



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

A COMPLEXA PRODUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO CAMPO
DA SAÚDE MENTAL

RAFAEL NICOLAU CARVALHO

JOÃO PESSOA-PB

2015

RAFAEL NICOLAU CARVALHO

**A COMPLEXA PRODUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO CAMPO
DA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para o título de doutor em Sociologia. Linha de Pesquisa: Saúde e Sociedade

Orientação: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

JOÃO PESSOA-PB

2015

C331c Carvalho, Rafael Nicolau.
A complexa produção da intersectorialidade no campo da
saúde mental / Rafael Nicolau Carvalho.- João Pessoa, 2015.
462f. : il.
Orientador: Eduardo Sérgio Soares Sousa
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHL
1. Sociologia da saúde. 2. Intersectorialidade. 3. Saúde
mental. 4. Políticas públicas. 5. Práticas de cuidado.
6. Reforma psiquiátrica.

UFPB/BC

CDU: 316:61(043)

FOLHA DE AVALIAÇÃO

A tese intitulada *A Complexa produção da intersectorialidade no campo da Saúde Mental*, de autoria de Rafael Nicolau Carvalho, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Doutor em Sociologia, foi APROVADO em 15/12/2015, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA:

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa – Orientador (PPGS/UFPB)

[Assinatura]

Prof. Dr. Rogério de Souza Medeiros (PPGS/UFPB)

Patricia Barreto Cavalcanti

Prof.^a Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti (PPGSS/UFPB)

[Assinatura]

Prof.^a Dra. Severina Alice da Costa Uchoa (PPGCSA/UFRN)

[Assinatura]

Prof.^a Dra. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas (PPGSC/UFRN)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo seu infinito amor, por ter me feito forte e guerreiro, mesmo quando eu achei ser fraco e covarde.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter concedido bolsa de estudos, o que possibilitou o desenvolvimento do meu doutorado sanduíche no Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa em Portugal.

Ao Professor João Ferrão, pela acolhida no ICS e pelo incentivo num momento crucial do desenvolvimento deste trabalho, sempre presente quando eu precisava e certo em suas observações. Muito obrigado!

Ao professor Eduardo Sérgio por ter acreditado em meu potencial e ter sempre me apoiado em todos os momentos do doutorado, pela sua competência e fundamental participação para a realização deste projeto.

Ao professor Rogério Medeiros pela sua valorosa contribuição durante o curso, sempre dedicado e atencioso com os alunos e por sua importante colaboração na qualificação deste trabalho.

À professora Patrícia Cavalcanti pela generosidade em partilhar seus conhecimentos, olhar atento e preciso que muito contribuiu com a sistematização da tese e principalmente pelas observações realizadas na banca de qualificação.

Às professoras Alice Uchoa e Cláudia Helena Freitas por terem aceitado participar da etapa final desta construção e por suas valorosas contribuições ao longo de nossa convivência.

A todos que fazem o Programa de Pós-graduação em Sociologia, em especial ao professor Roberto Veras, Nancy e Simone que sempre me receberam muito bem e me ajudaram com todos os pedidos e encaminhamentos quando de minha candidatura ao doutorado sanduíche e dos trâmites finais da defesa.

A Carlos, mais que marido, companheiro, amigo e meu fiel leitor. Obrigado por todo amor, por ter estado sempre ao meu lado e apoiado na construção deste sonho. Agora nosso sonho.

Aos meus pais, pelas oportunidades concedidas, pelo amor, carinho, pela confiança depositada e pela dedicação, estando sempre presentes, e vibrando com cada vitória alcançada.

Às minhas queridas amigas e colegas de curso, pelas experiências e momentos felizes que vivemos juntos nessa trajetória, especialmente, Alba Jean, Ana Lúcia Aurino e Danieli Siqueira.

Aos meus amigos pelo apoio, que me fizeram forte diante de tantas dificuldades vividas nessa fase de minha vida em especial a Alecsonia, Domingos, Katiusca e Ana Paula.

À minha madrinha querida e sempre amada Mônica Lins por ter contribuído com as discussões dos rumos deste trabalho.

Aos meus queridos amigos conquistados durante o período de doutoramento sanduíche em Portugal, Elis Amanda, Renata, Lúcia, Marina, Niedja, Jeferson e Wellington. Foi muito importante minha vida ter cruzado com a vida de vocês. Obrigado pelo carinho sincero.

A todos os profissionais que participaram dessa pesquisa pela paciência, confiança e disponibilidade. Muito obrigado!

“Somos assim: sonhamos com o voo, mas tememos a altura. Para voar é preciso ter coragem para enfrentar o terror do vazio. Porque é só no vazio que o voo acontece. O vazio é o espaço da liberdade, a ausência de certezas. Mas é isso o que tememos: o não ter certezas. Por isso trocamos o voo por gaiolas. As gaiolas são o lugar onde as certezas moram.”

Fiodor Dostoievski – Crime e Castigo

RESUMO

O debate sobre a intersetorialidade emerge a partir do reconhecimento que nenhuma política pública é capaz de responder unilateralmente as demandas complexas que surgem no âmbito social. Estas demandas historicamente têm sido respondidas por meio de ações focalizadas e fragmentadas do Estado mediante políticas públicas setoriais. Neste sentido, o debate sobre o tema o coloca, principalmente, como uma estratégia de reversão da fragmentação das ações do Estado no conjunto das políticas públicas. A intersetorialidade é abordada pelos diferentes campos e áreas do conhecimento que a tratam tanto como um modelo de gestão, a partir de uma perspectiva instrumental, quanto um modelo de prática profissional. No âmbito da saúde é concebida como articulação dos diferentes setores para a concretização da promoção, prevenção e recuperação da saúde estando agregada ao princípio da integralidade. A intersetorialidade neste âmbito tem se revestido também como estratégia profissional para a efetivação do cuidado em saúde. Desta feita, o presente trabalho aborda a intersetorialidade a partir de sua inserção no campo da saúde mental pela evidência que a discussão sobre o tema tem se adensado neste campo e participado da estruturação da política de saúde mental brasileira e das novas práticas de cuidado. Nesse sentido, o trabalho tem por objetivo compreender a construção e a materialidade da intersetorialidade no campo da saúde mental, bem como das práticas profissionais de cuidado no âmbito desta política. O interesse pela temática surge a partir das experiências do pesquisador no campo da saúde e dos projetos que desenvolveu no âmbito da saúde mental. A pesquisa consiste em um estudo de abordagem qualitativa que elege a perspectiva compreensiva como modo de interpretação das ações sociais. Definimos a triangulação de métodos como estratégia de pesquisa quando utilizamos a pesquisa bibliográfica sistemática, a pesquisa documental e a pesquisa de campo com os profissionais da rede de saúde mental de João Pessoa-PB. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir do levantamento de artigos científicos na base de dados SciELO com os seguintes descritores: *intersetorialidade*; *saúde mental e reforma psiquiátrica*; *saúde mental e intersetorialidade*. Foram selecionados 239 artigos publicados no período entre 2001 e 2014. A pesquisa documental considerou todos os documentos relativos à saúde mental editados no mesmo período. Para a pesquisa de campo utilizamos as seguintes técnicas: o Grupo Focal, a Entrevista Semiestruturada e o Questionário sociodemográfico. A coleta aconteceu nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na modalidade III, CAPS infantil, CAPS Álcool e Drogas e Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), serviços substitutivos que integram a rede de saúde mental do município. Foram realizados 04 grupos focais, um por serviço, 14 entrevistas e aplicados 30 questionários com os profissionais de saúde de nível superior. A coleta de dados transcorreu no período de janeiro a julho de 2014. A investigação possibilitou a construção de um modelo interpretativo para a abordagem da intersetorialidade em suas várias dimensões, que foi utilizado para a leitura dos dados empíricos. Os resultados apontam que os profissionais constroem arranjos diversos para dar materialidade às ações intersetoriais. A partir dos resultados foi possível estabelecer uma tipologia que agrupa as principais práticas identificadas entre os profissionais que atuam na rede de saúde mental.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Saúde Mental. Políticas Públicas. Práticas de Cuidado. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The debate on the intersectoral emerges from the recognition that no public policy is able to unilaterally respond to the complex demands that arise in the social sphere. These demands have historically been answered through focused and fragmented actions by state with sectorial public policies. Intersectorality is addressed by different fields and areas of knowledge that approach it both as a management model, from an instrumental perspective, as a professional practice model. In the health area is conceived as articulation of different sectors to the achievement of promotion, prevention and recovery of health being aggregated to the principle of integrity. The intersectorality in this area has also coated as a professional strategy for the effectiveness of health care. Therefore, this thesis discusses the intersectionality from their inclusion in the field of mental health by the evidence that the discussion on the theme has become dense in this field and has contributed to the structuring of the Brazilian mental health policy and new care practices. This thesis aims to understand the construction and materiality of intersectionality in the mental health field as well as the professional practices of care under this policy. The motivation to investigate this theme arises from the experiences of the researcher in the field of health and projects developed in the context of mental health. The research consists of a qualitative study which elects the comprehensive perspective as the way to interpret social actions. It was defined the method of triangulation as a research strategy when using the systematic bibliographic search and field research with health network professionals from the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. A literature review was conducted based on a research of scientific articles in the SciELO database with the following keywords: *intersectorality*; *mental health and psychiatric reform*; *mental health and intersectorality*. It was selected 239 articles published between 2001 and 2014. The documental research considered all the documents relating to mental health edited in the same period. For field research we used the following techniques: focus group, semi-structured interview and sociodemographic questionnaire. The data collection took place in Psychosocial Care Centers (CAPS), in the form III, Childhood CAPS, CAPS Alcohol and Drugs and Emergency Care in Mental Health (PASM), substitute services that integrate mental health network of the municipality. The empirical data was collected from 04 focus groups, one for each service; 14 interviews and 30 questionnaires applied to the top-level health professionals. Data collection went from January to July 2014. The research enabled the construction of an interpretive model to approach the intersectorality in its various dimensions, which was used for reading the empirical data. The results suggest that professionals construct several arrangements to give materiality to intersectoral action. From the results it was possible to produce a typology which brings together the main practices identified among professionals who work in the mental health network.

Keywords: Intersectorality. Mental health. Public policy. Care practices. Psychiatric Reform.

RESUMÉ

Le débat sur la intersectorielle émerge à partir de la mise en évidence qu'aucune politique publique est en mesure de répondre de façon unilatérale aux exigences complexes qui se posent dans le domaine social. Ces demandes ont été historiquement satisfaites par des actions concentrées et fragmentées par de politiques publiques sectorielles. En ce sens, le débat sur le sujet met principalement comme un renversement de la stratégie de la fragmentation des actions de l'état dans l'ensemble des politiques publiques. L'intersectorialité est adressée par différents champs et domaines de connaissances qui la traitent à la fois comme un modèle de gestion, d'un point de vue instrumental, comme un modèle de pratique professionnelle. Dans le domaine de la santé, elle est conçue comme articulation des différents secteurs à la réalisation de la promotion, prévention et rétablissement de la santé étant regroupées au principe d'exhaustivité. L'approche intersectorielle dans ce domaine prend aussi la forme d'une stratégie professionnelle pour l'efficacité des soins de santé. Ce travail aborde l'intersectorialité de leur inclusion dans le champ de la santé mentale comme conséquence de l'intensification de la discussion sur le sujet et à la structuration de la politique brésilienne de santé mentale et de nouvelles pratiques de soins. En ce sens, le travail vise à comprendre la construction et la matérialité de l'intersectorialité dans le domaine de la santé mentale ainsi que la prise en charge des pratiques professionnelles en vertu de cette politique. L'intérêt pour le sujet vient de l'expérience du chercheur dans le domaine de la santé et de projets développés dans le contexte de la santé mentale. La recherche consiste en une étude qualitative qui choisit la perspective compréhensive comme mode d'interprétation des actions sociales. Nous définissons un triangle de méthodes quand nous utilisons la recherche bibliographique systématique, la recherche documentaire et la recherche sur le terrain avec les professionnels du réseau de santé mental de João Pessoa-PB. Une recherche bibliographique a été menée sur la base de données SciELO d'articles scientifiques avec les mots-clés : intersectorielle; santé mentale et réforme psychiatrique; santé mentale et intersectorielle. Nous avons sélectionné 239 articles publiés entre 2001 et 2014. La recherche documentaire a examiné tous les documents relatifs à la santé mentale édités pendant la même période. Pour la recherche sur le terrain, nous avons utilisé les techniques suivantes : groupe cible, entrevue semi-structurée et sociodémographiques. Le recueil de données a eu lieu dans les centres de soins psychosociaux (CAPS), modalité III, CAPS de l'enfant, CAPS alcool et les drogues et les soins d'urgence en santé mentale (PASM), services de substitution qui intègrent le réseau municipal de santé mentale. Quatre groupes cibles ont été organisés, un pour le service, 14 entrevues et 30 questionnaires appliqués aux professionnels de la santé de haut niveau. La collecte de données est allée de Janvier à Juillet 2014. La recherche a permis la construction d'un modèle d'interprétation pour approche intersectorielle dans ses diverses dimensions, qui a été utilisé pour l'interprétation des données empiriques. Les résultats montrent que les professionnels construisent plusieurs arrangements visant à matérialiser l'action intersectorielle. À partir des résultats, il a été possible de créer une typologie qui rassemble les principales pratiques identifiées chez les professionnels qui travaillent dans le réseau de la santé mentale.

Mots-clés: Intersectorielle. La santé mentale. Politique publique. Les pratiques de soins. Réforme psychiatrique.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDENF	Base de dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAISI	Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética na Pesquisa
CEREST	Centro de Referência da Saúde do Trabalhador
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comitê Nacional de Ética na Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DEDALUS	O banco de dados bibliográficos da USP
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
GES	Gerência de Educação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central Municipal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MLAM	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASM	Pronto Atendimento em Saúde Mental
PBF	Programa Bolsa Família
PEPSIC	Periódicos em Psicologia
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PMJP	Plano de Metas para o Município de João Pessoa
PNAN	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
PRO-SAÚDE	Programa de Reorientação Profissional da Formação em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEP	Serviço de Emergência Psiquiátrica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Parâmetros de análise da pesquisa bibliográfica	34
Quadro 2:	Delimitação dos parâmetros de análise	34
Quadro 3:	Fases da Pesquisa Bibliográfica	35
Quadro 4:	Sistematização dos artigos classificados na categoria aspectos teórico-práticos	73
Quadro 5:	Características dos problemas complexos, segundo Rittel e Weber (1976) organizado por Roberts (2014)	94
Quadro 6:	Quadro de referência para abordagem da intersectorialidade	107
Quadro 7:	Características da intersectorialidade por dimensões	107
Quadro 8:	Categorias e subcategorias dos artigos de pesquisa empírica	119
Quadro 9:	Tipos e modalidade de CAPS	123
Quadro 10:	Temas identificados na subcategoria Representações Sociais	130
Quadro 11:	Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	153
Quadro 12:	Quadro de referência para abordagem do campo da saúde mental	177
Quadro 13:	Quadro de referência para abordagem da Reforma Psiquiátrica	177
Quadro 14:	Dimensões de processamento da reforma psiquiátrica	178
Quadro 15:	Delimitação da dimensão afetivo-emocional	178
Quadro 16:	Delimitação do trabalho em rede na saúde mental	185
Quadro 17:	Distribuição dos Serviços e dos pontos de atenção que compõem a RAPS em João Pessoa-PB	234
Quadro 18:	Roteiro para realização do Grupo Focal	240
Quadro 19:	Questões e objetivos do Grupo Focal	242
Quadro 20:	Roteiro de Entrevista Pré-estabelecido	244
Quadro 21:	Entrevistas Realizadas	246
Quadro 22:	Unidades temáticas (Nós) por questão CAPS i	268
Quadro 23:	Unidades temáticas (Nós) por questão PASM	283
Quadro 25:	Unidades temáticas (Nós) por questão CAPS ad	304
Quadro 26:	Unidades temáticas (Nós) por questão CAPS III Caminhar	322

Quadro 27:	Quadro síntese comparativo dos grupos focais	341
Quadro 28:	Identificação dos eixos e das categorias para o domínio de análise	347

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribuição dos artigos encontrados com descritor <i>intersectorialidade</i> por ano de publicação	38
Gráfico 2:	Distribuição dos artigos selecionados por periódico	39
Gráfico 3:	Distribuição dos artigos analisados por tipo de estudo	40
Gráfico 4:	Distribuição dos artigos de pesquisa documental por tipo de política	45
Gráfico 5:	Distribuição dos artigos de pesquisa bibliográfica por eixos-temáticos	78
Gráfico 6:	Distribuição dos artigos de pesquisa bibliográfica pelas bases de dados pesquisadas	79
Gráfico 7:	Distribuição dos artigos encontrados com o descritor <i>Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica</i> por ano de publicação	112
Gráfico 8:	Distribuição dos artigos selecionados com o descritor <i>Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica</i> por periódico	114
Gráfico 9:	Distribuição dos artigos selecionados com o descritor <i>Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica</i> por Tipo de Estudo	116
Gráfico 10:	Distribuição dos artigos empíricos em categorias relacionadas ao foco das pesquisas	118
Gráfico 11:	Distribuição dos artigos das Práticas Institucionais pelas subcategorias	120
Gráfico 12:	Distribuição dos artigos de reflexão teórica pelas subcategorias	139
Gráfico 13:	Distribuição dos artigos classificados como Pesquisa Bibliográfica pelas subcategorias	145
Gráfico 14:	Distribuição dos artigos classificados <i>Pesquisas Bibliográficas</i> de acordo com as bases de dados pesquisadas	147
Gráfico 15:	Distribuição dos artigos encontrados com o descritor <i>Saúde Mental e Intersetorialidade</i> por ano de publicação	190

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Revisão sistemática com o descritor intersectorialidade na base dados <i>SciELO</i> e percurso categorial temático	86
Figura 2:	Revisão sistemática com o descritor Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica na base de dados <i>SciELO</i> e o percurso categorial temático	161
Figura 3:	Revisão sistemática com os descritor saúde mental e intersectorialidade na base de dados <i>SciELO</i> e o percurso categorial temático	211
Figura 4:	Modelo Explicativo da intersectorialidade para análise dos dados empíricos	221
Figura 5:	Modelo Explicativo da intersectorialidade aplicados ao contexto de análise	221
Figura 6:	Mapa do Brasil com destaque para o Estado da Paraíba e localização do município de João Pessoa-PB	230
Figura 7:	Mapa do município de João Pessoa	231
Figura 8:	Distritos sanitários do município de João Pessoa com destaque para ESF	232
Figura 9:	Cobertura do CAPS/100 mil habitantes no período de 2002 a 2011	236
Figura 10:	Visualização da tela inicial do <i>Nvivo10</i>	252
Figura 11:	Ambiente de trabalho do <i>Nvivi10</i>	253
Figura 12:	Aba para importação de dados externos <i>Nvivo10</i>	253
Figura 13:	Exemplo de transcrição de vídeo	254
Figura 14:	Aba para criação de nó <i>Nvivo10</i>	254
Figura 15:	Exemplos de nós em árvore <i>Nvivo10</i>	255
Figura 16:	Nuvem de Palavras para o CAPS i	282
Figura 17:	Nuvem de Palavras para o PASM	303
Figura 18:	Nuvem de Palavras para o CAPS ad	321
Figura 19:	Nuvem de Palavras para o CAPS III Caminhar	338

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição dos artigos encontrados a partir da combinação dos descritores	37
Tabela 2:	Tabulação cruzada: distribuição por sexo e formação profissional	259
Tabela 3:	Tabulação cruzada: distribuição por formação profissional e capacitação em saúde mental	261
Tabela 4:	Tabulação cruzada: distribuição por formação profissional e engajamento	262
Tabela 5:	Tabulação cruzada: distribuição por formação profissional e vínculo trabalhista	264
Tabela 6:	Tabulação cruzada: distribuição por formação profissional e carga horária de trabalho	264
Tabela 7:	Tabulação cruzada: distribuição por formação profissional e renda mensal	266

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21

PARTE I

CAPÍTULO 1	31

DIMENSÕES DA INTERSETORIALIDADE: uma sistematização bibliográfica

1.1. Notas metodológicas da pesquisa bibliográfica	32
1.2 Análise preliminar do descritor <i>intersectorialidade</i>	38
1.3. Análise dos artigos científicos: Visões Panorâmicas da intersectorialidade	41
1.3.1 Artigos de pesquisa empírica	41
1.3.2 Artigos de pesquisa documental	45
1.3.3 Artigos de reflexão teórica	49
1.3.3.1 Subcategoria: <i>aspectos teórico-conceituais</i>	50
1.3.3.1.1 <i>Junqueira (2004)</i>	52
1.3.3.1.2 <i>Monnerat e Souza (2011)</i>	58
1.3.3.1.3 <i>Nascimento (2010)</i>	65
1.3.3.2 Subcategoria: <i>aspectos teórico-práticos</i>	72
1.3.4 Artigos de pesquisa bibliográfica	77
1.3.5 Artigos sobre relatos de experiência	81
1.3.6 Artigo sobre pesquisa-ação	84
1.4 Síntese da Revisão Sistemática: construindo um quadro analítico de referência	86
1.4.1 Resposta à primeira questão: setorialidade e os problemas sociais complexos	88
1.4.2 Resposta à segunda questão: produção de sentidos em torno da intersectorialidade	99

CAPÍTULO 2	110

SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma sistematização bibliográfica do campo de análise

2.1 Análise preliminar do descritor <i>Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica</i>	111
2.2 Análise dos artigos científicos: visões panorâmicas da saúde mental e da reforma psiquiátrica na produção científica brasileira	117
2.2.1 Artigos de pesquisa empírica	117
2.2.1.1 Artigos de pesquisa empírica sobre <i>práticas institucionais</i>	119

2.2.1.1.1 subcategoria <i>âmbito do CAPS</i>	120
2.2.1.1.2 subcategoria <i>metodologias de trabalho</i>	124
2.2.1.1.3 subcategoria <i>âmbito da rede</i>	128
2.2.1.1.4 subcategoria <i>âmbito hospitalar</i>	128
2.2.1.2 Artigos de pesquisa empírica sobre <i>representações sociais</i>	129
2.2.1.3 Artigos de pesquisa empírica sobre <i>formação profissional</i>	133
2.2.1.4 Artigos de pesquisa empírica sobre <i>prática profissional</i>	134
2.2.1.5 Considerações sobre os artigos de pesquisa empírica	135
2.2.2 Artigos de reflexão teórica	138
2.2.2.1 Artigos de <i>reflexões teóricas</i> sobre <i>aspectos teórico-práticos</i>	140
2.2.2.2 Artigos de <i>reflexões teóricas</i> sobre <i>aspectos teórico-críticos</i>	141
2.2.2.3 Artigos de <i>reflexões teóricas</i> sobre <i>aspectos históricos</i>	143
2.2.3 Artigos de pesquisa bibliográfica	144
2.2.3.1 Considerações sobre os artigos de pesquisa bibliográfica	146
2.2.4 Artigos sobre relatos de experiências	149
2.2.5 Artigos de pesquisa documental	152
2.2.5.1 subcategoria: <i>mecanismos de gestão</i>	152
2.2.5.2 subcategoria: <i>análise dos documentos do CAPS</i>	155
2.2.5.3 subcategoria: análise da produção midiática	156
2.2.6 Artigos de pesquisa-ação	158
2.3 Síntese da Revisão Sistemática: construindo aportes teóricos no campo da saúde mental	161
2.3.1 O campo e as práticas sociais em saúde mental: desvelando sua complexidade	163
2.3.2 Entre redes e arranjos no lócus de preposição da política de saúde mental	181
 CAPÍTULO 3	 188
RESSONÂNCIAS DA INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
3.1 Análise preliminar do descritor <i>Saúde Mental e intersectorialidade</i>	189
3.2 Análises dos artigos científicos: a intersectorialidade diluída no contexto da produção do cuidado em saúde mental	192
3.2.1 Artigos de pesquisa empírica	192
3.2.2 Artigo de reflexão teórica	199
3.2.3 Artigo de pesquisa bibliográfica	204

3.2.4 Artigo de pesquisa documental	208
3.3 Síntese da Revisão Sistemática: intersectorialidade enquanto campo de ativação das práticas de cuidado face às propostas da reforma psiquiátrica.	211
3.3.1. Apontamentos sobre a incorporação da intersectorialidade pelo campo da saúde mental	213
3.3.2 Notas finais para o quadro de referência.	220

PARTE II

CAPÍTULO 4	226

COORDENADAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA DE CAMPO

4.1 Notas introdutórias do contexto de análise: o município de João Pessoa e a rede de saúde mental	230
4.2 Apontamentos sobre as técnicas de pesquisa	238
4.2.1 Construção do Grupo Focal	240
4.2.2 Construção da Entrevista	243
4.2.3 Construção do Questionário sociodemográfico	247
4.3 Análise e interpretação dos dados	248
4.3.1 Alguns apontamentos sobre a Análise de Conteúdo	249
4.3.1 Notas sobre a utilização do software Nvivo10.	252

CAPÍTULO 5	257

POR DENTRO DO INVÓLUCRO: modelos, arranjos e parcerias nos contextos das práticas de cuidado nos grupos analisados.

5.1 Perfil dos profissionais da rede de saúde mental	257
5.2 Análise do grupo focal: CAPS i	267
5.3 Análise do grupo focal: PASM	282
5.4 Análise do grupo focal: CAPS ad	304
5.5 Análise do grupo focal: CAPS III Caminhar	322
5.6 Quadro Síntese dos grupos analisados	339

CAPÍTULO 6	346

ABORDAGENS E PARADOXOS DA INTERSETORIALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

6.1 Compreensões sobre a intersectorialidade: análise geral entre os entrevistados	347

6.2 Análises das entrevistas: CAPS i	373
6.3 Análises das entrevistas: PASM	389
6.4 Análises das entrevistas: CAPS ad	404
6.5 Análises das entrevistas: CAPS III Caminhar	418
6.6 Modelos de práticas intersetoriais no campo da Saúde Mental: uma tipologia	432
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 441
REFERÊNCIAS	448

INTRODUÇÃO

A tese que se apresenta é um requisito parcial do processo de doutoramento em Sociologia na linha de pesquisa Saúde e Sociedade do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O trabalho tem por objetivo precípua compreender a construção e a materialidade da intersetorialidade no campo da saúde mental, bem como das práticas profissionais de cuidado no âmbito da política de saúde mental brasileira. No caso particular desta investigação, focalizamos os profissionais de nível superior da Rede de Atenção Psicossocial de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil. Dentre as intencionalidades específicas destacam-se: a) delinear um modelo explicativo para a intersetorialidade aplicada ao campo da saúde mental; b) conhecer a organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental; c) examinar o processo de construção de ações intersetoriais no âmbito da rede; d) analisar os sentidos e significados produzidos em torno da intersetorialidade pelos profissionais de saúde; e) identificar as políticas públicas mais acionadas pelos profissionais na construção das ações intersetoriais f) desvendar os modelos concretos de implementação da intersetorialidade no âmbito das práticas no campo da saúde mental.

Ressaltamos que o trabalho trata do tema da intersetorialidade, que sem dúvida, é um tema contemporâneo e complexo e, portanto, desafiante. O debate sobre o tema e seu desvendamento enquanto categoria e/ou conceito no campo da gestão das políticas públicas e da saúde, no âmbito político e acadêmico, tem sido bastante recorrente. Neste debate se insere tanto posturas que tratam a intersetorialidade a partir de uma perspectiva instrumental, (que se traduz em modelos de gestão e de orientação das práticas sociais, sem diálogo com o universo de valores dos sujeitos) compondo os diferentes debates, quanto até mesmo a sua conformação enquanto prática, que envolve diversos saberes, campos e experiências, e que se propõe a criar novas abordagens para se compreender a construção de ações mais integradas.

A emergência do tema parte do reconhecimento que nenhuma política pública, ou área é capaz de responder unilateralmente as demandas complexas que emergem no campo social. Esta constatação encontra terreno fértil no contexto das políticas públicas brasileiras que são marcadas pela fragmentação e focalização da ação estatal no trato destas demandas de forma setorializada.

O destaque ao tema deve-se também não só a configuração das políticas públicas, mas, sobretudo, pelo debate que os diferentes campos e áreas do conhecimento têm travado sobre a intersetorialidade proporcionando formas de compreensão dos empreendimentos intersetoriais, o que tem exigido cada vez mais diálogo entre esses campos.

No âmbito empírico e teórico, os atores das políticas públicas tendem a definir a intersetorialidade como modelo de gestão, considerada em sua dimensão política, e como eixo orientador das ações profissionais, tentando imprimir em suas ações as noções atribuídas ao termo. Todavia, alcançar esta integração no âmbito das práticas sociais tem se tornado algo extremamente complexo. Observam-se esforços e experiências exitosas de alguns gestores e profissionais que tentam consolidar estes empreendimentos como uma boa prática de gestão e de implementação de muitas políticas. Entretanto, essas experiências cruzam rígidos espaços de lutas, marcados historicamente pela separação entre os setores, da fragmentação das políticas e das ações do Estado.

Podemos dizer ainda que neste debate emergem muitas leituras sobre o tema, que envolve outras temáticas e questões de outros campos. Portanto, devemos nos esforçar na construção de abordagens mais compreensivas que fujam de algumas leituras reducionistas do campo da gestão pública.

Notadamente, os estudos sobre a temática da intersetorialidade têm se concentrado no campo das Políticas Públicas e da Saúde Coletiva. No âmbito das políticas públicas os estudos mais recentes descrevem a intersetorialidade como uma estratégia de gestão importante para a reversão da fragmentação das ações do Estado no conjunto das políticas setoriais.

No campo da Saúde Coletiva, o tema integra o debate sobre processos de produção do cuidado atrelado às discussões em torno da concepção ampliada de saúde, da integralidade do cuidado e da complexidade das demandas postas para o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito das práticas de saúde, a intersetorialidade, muitas vezes, é tratada como uma estratégia profissional na articulação do cuidado por meio das redes sociais e do trabalho em rede.

No entanto, o presente trabalho trata da intersetorialidade a partir de sua inserção no campo da saúde mental por meio de sua incorporação tanto nas discussões do próprio campo quanto da construção da política de saúde mental brasileira. Esta delimitação decorre da própria experiência do pesquisador em projetos no âmbito da saúde mental e do

reconhecimento que este campo se configura em um espaço onde se verificam práticas e estudos sobre a intersetorialidade e como espaço de atuação de vários profissionais da área da saúde, das ciências sociais e humanas.

No campo da Saúde Mental, o tema da intersetorialidade se integra às discussões sobre a desinstitucionalização da loucura e da construção de redes de cuidado, sendo pauta dos movimentos sociais do campo e objeto de estudo de muitos pesquisadores.

O campo da Saúde Mental é descrito na literatura como um campo complexo onde se inter cruzam políticas públicas, práticas e saberes, criando interfaces diversas e produzindo novas experiências. Essas experiências têm provocado transformações em vários âmbitos. O campo tem discutido e redefinido os modelos de atenção para a saúde mental, as práticas de cuidado, e a forma como a sociedade lida com doença mental e com o significado da loucura na contemporaneidade.

No âmbito destas mudanças destacamos a lei da reforma psiquiátrica brasileira, Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial. A política de saúde mental afirmou e consolidou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residências Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC) como os principais mecanismos de oferta de cuidados em saúde mental e organizadores do modelo de atenção. Nesse sentido, a atual política de saúde mental tem provocado mudanças significativas na oferta do cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, significando uma visível redução dos leitos psiquiátricos e a ampliação de uma rede de serviços de base comunitária e substitutiva ao modelo asilar. Desde 2011, o Ministério da Saúde instituiu as redes temáticas de saúde que organizam em linhas de cuidado um conjunto de serviços e de processos voltadas para a estruturação da atenção à saúde. Nesse âmbito, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um sistema ordenado por linhas de atenção na oferta de cuidado em saúde mental. As Redes de atenção à saúde são estruturadas a partir da Atenção Básica e transversais aos processos de regulação, informação, promoção e vigilância à saúde. A RAPS, em tese, integra diversos componentes (serviços, estruturas e profissionais) nas demais redes de atenção à saúde.

Portanto, o nosso objeto se insere nessas interfaces trazendo definições e elementos de diferentes campos. Constituir o objeto de investigação deste estudo como objeto sociológico é, antes de tudo, descrever as condições em que são produzidos os discursos, sobre as experiências e vivências da intersetorialidade no cotidiano dos profissionais de

saúde, ou seja, analisar os processos através dos quais são produzidos os sentidos presentes nos discursos.

Os temas da saúde e da doença têm assumindo relativa importância e um interesse crescente para os pesquisadores das Ciências Sociais. Para Serapione e Matos (2014) são vários os indicadores que confirmam esse crescimento, como o aumento de revistas especializadas sobre a relação das ciências sociais com a saúde, visibilidade dos congressos, seminários e a produção bibliográfica sobre esses temas com destaque para as teses e dissertações.

Entretanto, a partir dos anos 1980, com a emergência dos movimentos sociais como: o Movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que conclamam a reforma no sistema de saúde no Brasil tem-se uma nova forma de inserção das Ciências Sociais na Saúde com a discussão dos temas que emergem dessa estrutura. Destacam-se os temas relacionados com a atenção básica, a universalidade do acesso, a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, promoção da saúde e controle social (SERAPIONE; MATOS, 2014; MINAYO 2009).

Essas mudanças abriram um reconhecimento das Ciências Sociais na área da Saúde Pública e entre as áreas de formação profissional, como também nas práticas das profissões de saúde. Surgem novos temas que se tornam objetos de investigação nesse campo como: o impacto dos modelos de saúde na vida população; as reformas do sistema de saúde; as redes de cuidado e participação social. A crescente demanda de formação dos profissionais de saúde tem requerido os conhecimentos das ciências sociais no desafio de compreender a multidimensionalidade e complexidade do fenômeno saúde-doença e dos modelos de gestão/cuidado para a saúde.

Perante esse cenário, a perspectiva de análise vem romper com as abordagens “tradicionais” do campo da gestão das políticas públicas. Desse modo o estudo não pretende avaliar o resultado ou impacto da intersetorialidade na gestão das políticas de saúde mental ou seus resultados a partir das ações realizadas nos CAPS, mas no modo como ela é operacionalizada pelos profissionais, como estes materializam as ideias relacionadas com o termo na construção das ações de saúde.

No campo sociológico o estudo pretende ampliar a discussão no âmbito das Ciências Sociais, possibilitando um olhar sobre uma temática ainda pouco explorada pela Sociologia. De acordo Minayo (2009), a Sociologia e a Antropologia da Saúde ao buscarem a

compreensão, o resgate dos significados sobre os processos relativos ao adoecimento da população, os processos de trabalho na saúde, dentre outras temáticas, seria uma forma destas ciências contribuírem para ampliação das abordagens. Assim, as abordagens das Ciências Sociais para o campo da saúde colaboram na construção de uma prática ampliada entre os profissionais que podem levar em conta esse conjunto de significados.

Desta feita, a natureza do nosso objeto o define como essencialmente qualitativo, portanto, decorre desta constatação a opção por uma perspectiva de análise qualitativa dos processos sociais. O estudo configura-se como uma pesquisa empírica de abordagem compreensiva. Elegemos como estratégia de pesquisa a triangulação de métodos, que consiste numa modalidade de investigação que combina métodos e técnicas de pesquisa já consagrados para a construção de uma síntese que integra os resultados.

Desse modo, combinamos na produção das análises os resultados das diversas pesquisas e técnicas delimitados para este estudo que se integram na construção de um modelo explicativo. As pesquisas utilizadas foram: a pesquisa bibliográfica sistemática, a pesquisa documental e a pesquisa campo. Foram utilizadas como técnicas de recolha de material: o grupo focal, a entrevista semiestruturada e o questionário sociodemográfico.

Os serviços que fizeram parte do estudo foram o: o Centro de Atenção Psicossocial modalidade III (CAPS III), o CAPS infantil (CAPS i), CAPS Álcool e drogas (CAPS ad) e Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM). Foram realizados 04 grupos focais, um grupo por serviço, 14 entrevistas e aplicados 30 questionários com os profissionais da rede de saúde mental do município pesquisado.

A articulação desses instrumentos permitiu compreender como os profissionais decodificam os modelos de atuação presente nas diretrizes da política de saúde mental e como vivenciam e interpretam a intersetorialidade em seu cotidiano profissional, bem como a percepção sobre o tema para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

O projeto foi submetido à Gerência de Educação em Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, sob o processo de nº 14.223/13, recebendo parecer favorável à sua execução (termo de anuência da gestão) em 16 de agosto de 2013. De posse do referido termo o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil do Comitê Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP), sendo designado o Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB para avaliar os procedimentos técnicos da pesquisa de acordo com os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos estabelecidos pelo CONEP.

O projeto foi registrado na plataforma com o CAEE 20778713.6.0000.5188, recebendo parecer favorável e autorização para sua execução em 19 de novembro de 2013. O processo de coleta dos dados empíricos aconteceu no período de janeiro a julho de 2014.

A motivação desse estudo vem da formação profissional do pesquisador, graduado em Serviço Social, especialista em Saúde da Família e Mestre em Serviço Social pela UFPB. Tendo em sua experiência profissional atuado nos serviços de saúde pública nos diferentes níveis de atenção, onde pôde vivenciar de maneira distinta a construção dos arranjos intersetoriais e interdisciplinares no interior das equipes de saúde. Tal experiência se iniciou na atenção hospitalar, quando atuou como assistente social em um Hospital Público Regional no interior do Estado do Ceará (2005-2006) e mais recentemente na atenção básica, quando Assistente Social efetivo do PACS/PSF no município de Campina Grande-PB (2006-2009), e estando cotidianamente participando desse processo de construção das ações intersetoriais com as demais políticas sociais.

Essa experiência possibilitou a primeira aproximação com o campo da saúde mental a partir das discussões intersetoriais sobre casos da rede de saúde mental de Campina Grande-PB. Diferentes serviços da rede se reuniam para discutir a construção de arranjos intersetoriais como forma de garantir o atendimento adequado ao usuário da saúde mental. Na ocasião os temas da interdisciplinaridade e da prática interdisciplinar eram constantes nas discussões desses casos.

Tal vivência possibilitou a elaboração do objeto de dissertação de mestrado intitulada: “*As (im) possibilidades da prática Interdisciplinar no Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB: uma análise a partir da vivência dos profissionais*” defendida e aprovada com distinção em 2008. A partir desse trabalho foi possível verificar as concepções de interdisciplinaridade que os profissionais do PSF tinham e como empreendiam ações interdisciplinares tendo como objetivo a integralidade da assistência. Verificamos uma aproximação das concepções muito próxima do debate exposto na literatura sobre a temática, porém havia uma dificuldade em operacionalizar essa ação interdisciplinar no campo da prática. Vários elementos foram destacados como impedimentos dessa prática interdisciplinar, dentre eles as condições objetivas que dificultavam o processo de trabalho na atenção básica, as divergências quanto ao conceito de prática interdisciplinar, e a *dificuldade de articular setores, serviços e outras políticas na integração das ações*.

A partir de então, com o amadurecimento possibilitado pela experiência docente, percebemos que a discussão em torno da intersetorialidade é uma expressão no âmbito das

políticas públicas tal como a interdisciplinaridade tem sido apreendida pelo campo do conhecimento científico. Ao passo em que a fragmentação dos saberes constitui disciplinas isoladas como modo de explicar objetos fragmentados da realidade e o aparato governamental organizado em setores e políticas setoriais reflete esta fragmentação no campo da gestão e das práticas (INOJOSA, 2001).

Um passo decisivo para a delimitação da temática enquanto objeto de estudo decorreu da aprovação do projeto Pró-PET-Saúde da UFPB em edital do Ministério da Saúde publicado em dezembro de 2011. O Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) consiste num mecanismo que envolve várias estratégias para a mudança na formação dos cursos da área da saúde, por meio do financiamento dos estudantes nos cenários de práticas desde os primeiros anos de suas formações, na revisão curricular e dos projetos político-pedagógicos dos cursos. Uma estratégia do Pró-Saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) que consiste na criação de grupos tutoriais que envolvem professores, alunos e profissionais dos serviços de saúde no desenvolvimento de ações de educação em saúde em vários dispositivos da rede. O PET-Saúde é uma estratégia que exige uma articulação entre Universidade e a Gestão Municipal da Saúde que tem que abrir a rede de serviços para o desenvolvimento das atividades do programa.

No referido edital a UFPB conseguiu aprovar cinco projetos de grupos PET, dentre eles o PET-Rede de Atenção Psicossocial (2012-2014). A experiência desse PET nos proporcionou o conhecimento da rede de saúde mental de João Pessoa e de Cabedelo, a partir desenvolvimento de ações integradas com alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia com os profissionais da rede e da gestão. Nos dois anos na coordenação adjunta do Pró-Saúde e participando do PET-Rede de Atenção Psicossocial foram discutidos temas que possibilitaram o reconhecimento da intersetorialidade enquanto tópico de fundamental importância para a integração da Rede de Atenção Psicossocial e articulação de ações intersetoriais, motivando o desenvolvimento do presente estudo.

O fato de o estudo ter o enfoque a partir de um olhar sociológico pode oferecer diversos conhecimentos aos profissionais de saúde, pesquisadores e gestores, para compreensão de suas ações, seja enquanto perspectivas de análise, seja enquanto ferramenta crítica de compreensão dos processos sociais.

Algumas dessas reflexões desenvolvidas ao longo dos primeiros anos do doutoramento foram sistematizadas em artigos e publicadas em periódicos e em anais de

eventos. Além disso, o desenvolvimento desta pesquisa nos proporcionou a abertura de importantes processos de diálogo com outros pesquisadores e instituições. A principal conquista refere-se à aprovação pelo CNPq do Plano de trabalho intitulado *A multidimensionalidade da Estratégia Intersetorial: o impacto do Trabalho em Rede em Saúde Mental nos territórios*. O referido plano foi desenvolvido no período de doutoramento sanduíche o qual foi financiado pelo CNPq por meio da concessão e implantação de bolsa de doutorado sanduíche no exterior (SWE) no Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa (UL-Portugal), no período de agosto de 2014 a julho de 2015. No período sanduíche o professor supervisor abriu uma via de diálogo com outros especialistas que favoreceram a compreensão sobre os processos de gestão, nomeadamente relativos ao uso da ideia de intersectorialidade em Portugal, de modo que fomos interlocutores sobre o desenvolvimento da temática no Brasil. Uma vez que durante o processo de revisão da literatura confrontou-se os resultados obtidos no projeto “*Saúde Mental - Avaliação do Impacte das Condicionantes Locais e Económicas*” desenvolvido em Portugal (no qual o supervisor português era integrante) com as discussões das pesquisas realizadas no Brasil.

Os estudos realizados em Portugal favoreceram a redefinição do modelo da pesquisa, principalmente na construção do nosso modelo de análise. O período sanduíche fortaleceu a nossa compreensão sobre os processos intersectoriais entre as políticas públicas e os agentes profissionais, bem como nos auxiliou perceber como a temática é tratada em âmbito internacional. Portanto, estas são as disposições iniciais que conformaram o desenvolvimento da tese.

Para a apresentação de nossas análises, o trabalho foi estruturado em duas partes. A primeira parte é constituída por três capítulos que foram produzidos a partir da análise dos dados da pesquisa bibliográfica sistemática realizada com os artigos coletados na base dados *SciELO*. Na segunda parte da tese, apresentamos os três capítulos finais produzidos no âmbito da pesquisa empírica.

No Capítulo 1, examinamos a produção científica sobre o tema. Os artigos foram coletados a partir do levantamento realizado com o descritor *intersectorialidade* na referida base, publicados no período de 2001 a 2014. A análise procurou desvendar as principais noções atribuídas à intersectorialidade na produção científica, bem como identificar os pressupostos teóricos que fundamentam as discussões sobre a intersectorialidade no campo das políticas públicas e das práticas de saúde. A análise converge para a construção de um modelo de abordagem da intersectorialidade para a leitura dos nossos dados empíricos.

No Capítulo 2, procedemos com a análise dos dados coletados com o descritor *saúde mental e reforma psiquiátrica* na referida base. A análise traz elementos para compreensão do contexto onde se desenvolve a pesquisa, delimitando ainda as principais noções atribuídas ao campo da saúde mental e a reforma psiquiátrica brasileira, agregando assim, novos conceitos para o nosso modelo de análise.

No Capítulo 3, apresentamos a discussão referente aos dados coletados com o descritor *intersetorialidade e saúde mental*. Nessa articulação temática desvendamos a relação estabelecida entre os dois temas ao passo que consolidamos o nosso quadro de análise para os dados da pesquisa empírica.

O Capítulo 4 traz as coordenadas metodológicas da pesquisa empírica com a descrição das etapas da definição dos instrumentos, das técnicas de pesquisa e de análise do material produzido. Apresentamos o processo de construção dos roteiros (Grupo Focal e Entrevista), da aplicação do piloto e da análise. Descrevemos brevemente os procedimentos com a técnica de análise de conteúdo e da utilização do *software Nvivo10*.

No Capítulo 5, procedemos com a interpretação dos dados produzidos com a realização dos Grupos focais, quando construímos uma análise a partir do modelo estabelecido pela pesquisa bibliográfica com as categorias que emergiram dos discursos dos participantes.

No Capítulo 6 apresentamos a discussão construída a partir do exame das entrevistas com destaque para as categorias que surgiram nas dimensões de análise da intersetorialidade. A partir da triangulação dos elementos que emergiram da análise bibliográfica, dos grupos e das entrevistas, ao final identificamos alguns modelos que sintetizam o modo como a intersetorialidade é materializada pelos profissionais da rede de saúde mental de João Pessoa.

Nas considerações finais, apresentamos as principais conclusões do estudo e o seu desdobramento no âmbito da pesquisa, da gestão e das práticas sociais.

PARTE I

CAPÍTULO 1

1 DIMENSÕES DA INTERSETORIALIDADE: uma revisão sistemática

A intersectorialidade tem sido descrita na literatura das Políticas Públicas como um modelo de gestão ou mesmo um desiderato para melhoria da qualidade de vida das populações por meio da integração dos serviços de várias políticas e, por conseguinte, da efetivação dos direitos sociais. Geralmente as publicações relativas à gestão das políticas, bem como as legislações sobre as mesmas e a produção no campo da saúde coletiva, fazem referência explícita à intersectorialidade.

Apesar de haver uma predominância em conceituar a intersectorialidade de uma maneira mais definitiva, entendemos a intersectorialidade ainda como um processo em curso, pouco claro e ainda descoordenado do modelo de gestão das políticas públicas e que ainda necessita de elaborações teóricas que deem conta de sua complexidade e processualidade (SANTOS, 2011).

Nesse sentido, no caso deste trabalho seria imprudente tomar a intersectorialidade como categoria de análise das práticas sociais em saúde mental sem a elaboração prévia de um quadro conceitual para o termo. Todavia, tal quadro não deve ser fixado *a priori*, mas baseado nas evidências dos pesquisadores do tema, que nos possibilite na análise do nosso objeto de estudo.

Portanto, não se quer tomar como base as noções ou pressupostos sobre o termo, mas sim construir um quadro analítico a partir da discussão sobre o tema na literatura produzida no Brasil. Assim, empreendemos a pesquisa bibliográfica como ferramenta necessária para a construção deste referencial analítico, seja nas constatações empíricas ou nos relatos de experiências de utilização da intersectorialidade como estratégia política e nas práticas sociais de cuidado em saúde.

O presente capítulo pretende responder às seguintes questões de pesquisa: quais as principais noções que são atribuídas à intersectorialidade na produção científica brasileira? Como a intersectorialidade é utilizada na análise de dados empíricos? Quais os pressupostos teóricos que fundamentam a discussão sobre a intersectorialidade nas políticas públicas e nas práticas sociais? Quais os principais temas que se relacionam com a intersectorialidade no campo da gestão e no campo da saúde?

Na primeira seção 1.1 deste capítulo descreve-se o percurso metodológico para a pesquisa bibliográfica. Na seção 1.2 examina-se sumariamente a utilização do termo intersectorialidade na produção científica nacional. Na seção 1.3 analisamos a variável *tipo de estudo* e as demais categorias estabelecidas.

Por fim na seção 1.4, a partir do exame dos principais axiomas que dão sustentação ao termo propomos um quadro analítico para a compreensão da intersectorialidade e das condições que favorecem e dificultam sua implementação, bem como destacamos as dificuldades de integração entre os setores e cooperação entre os atores das políticas públicas que elegem como princípio a promoção da intersectorialidade.

1.1 Notas metodológicas da pesquisa bibliográfica

Nesta seção, apresentamos a pesquisa bibliográfica relacionada ao nosso objeto de estudo: o desenvolvimento da intersectorialidade no campo da Saúde Mental e o modo como os profissionais de saúde processam essa *estratégia/conceito* por meio de suas práticas sociais de cuidado, tendo como contexto político o próprio desenvolvimento da Política de Saúde Mental no Brasil. Essa abordagem analítica da produção bibliográfica nacional foi utilizada para delinear as categorias teóricas do estudo e levantar as primeiras respostas para os problemas de pesquisa.

A opção pela pesquisa bibliográfica nesse primeiro momento deu-se pela possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações sobre o objeto de estudo, dispersas em inúmeras publicações, possibilitando além de sua sistematização e análise, uma construção de um quadro conceitual que envolve o nosso objeto que servirá de *lente* para leitura dos dados empíricos.

Assim, a pesquisa bibliográfica sistemática consiste num procedimento metodológico que oferece ao investigador a possibilidade de soluções para seu problema de pesquisa. Essa abordagem possibilita o aprofundamento conceitual e teórico sobre a temática, bem como clarifica as formas de construção do desenho operacional e conceitual do estudo (LIMA, MIOTO; 2007).

Desta feita, a pesquisa desenvolveu-se em duas etapas:

1. **Exploratório-descritiva:** teve um caráter quantitativo; identificou e selecionou o material bibliográfico (*meta-análise*);
2. **Análítica:** teve abordagem qualitativa; objetivou a construção, a partir do material selecionado na etapa anterior, de uma base conceitual que foi utilizada nas etapas posteriores do projeto.

Para Cooper (2009) nas Ciências Sociais há diferentes nomenclaturas para designar esse tipo de pesquisa, como *research synthesis* (pesquisa sintetizadora), *research review* (pesquisa revisão) e *systematic review* (revisão sistemática), que embora sejam utilizadas com conotações semelhantes preservam significativas diferenças. Em seus estudos, aquele autor faz a opção pelo termo pesquisa sistemática e a define como um conjunto articulado e particularizado de revisão de literatura (*research literature*), que tem como meta e foco a integração dos resultados da pesquisa empírica por meio da criação de generalizações conceituais (SOMMERMAN, 2012).

Cabe definir os objetivos dados por Cooper (2009, p.4) para esse tipo de pesquisa:

- 1) integrar o que outros disseram e fizeram;
- 2) criticar trabalhos acadêmicos anteriores;
- 3) construir interfaces entre temas relacionados;
- 4) identificar as questões centrais num determinado campo.

A pesquisa sistemática é um tipo de pesquisa que envolve um olhar mais atento para as teorias utilizadas pelos estudos; para a análise crítica da literatura; para a busca em resolver conflitos entre os conceitos; e para o levantamento de questões a serem investigadas.

O processo quantitativo da pesquisa sistemática denomina-se *meta-análise* e tem por objetivo descrever quantitativamente a produção sobre o tema, combinando estatisticamente seus achados, os quais são tomados numa perspectiva mais ampla, na medida em que são integrados aos demais resultados (SOMMERMAN, 2012; VALENTINE, 2009). Todavia, a *pesquisa sistemática* deve ser compreendida em todo seu processo e não apenas pela *meta-análise*. Desta forma, considera-se que pesquisa sistemática estará processada ao final de sua etapa qualitativa, articulada com os dados produzidos pela *meta-análise*.

Os parâmetros de análise da pesquisa bibliográfica deste estudo foram definidos a partir da lógica relacionada ao processo de pesquisa sistemática associada ao esquema operacional proposto por Lima e Miotto (2007), conforme Quadro 1:

QUADRO 1 - PARÂMETROS DE ANÁLISE DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Parâmetro Temático	Parâmetro Linguístico	Fontes	Parâmetro cronológico
Obras relacionadas de acordo com o objeto de estudo; temas.	Definição dos idiomas utilizados na pesquisa.	Definição do que se pretende consultar - livros, periódicos, teses e dissertações.	Período para seleção das obras.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Lima e Miotto (2007).

No âmbito da nossa pesquisa, de acordo com os parâmetros estabelecidos, elegeram-se os seguintes critérios, conforme Quadro 2.

QUADRO 2 - DELIMITAÇÃO DOS PARÂMETROS DE ANÁLISE

Parâmetro Temático	Parâmetro Linguístico	Fontes	Parâmetro cronológico
Intersetorialidade Saúde Mental	Português	Base de dados eletrônica <i>SciElo</i>	2001 a 2011 – posteriormente ampliado para 2014

Fonte: Elaboração do autor.

Conforme o Quadro 2, observa-se que os dois *parâmetros temáticos* decorrem diretamente do objeto de estudo: intersectorialidade e saúde mental. O *parâmetro linguístico* da pesquisa considerou os artigos publicados em português, tendo em vista o objetivo do estudo: analisar a produção científica sobre o tema. O *parâmetro fontes* vinculou-se à base de dados eletrônica *SciElo* (*Scientific Electronic Library Online*) (<http://www.scielo.org/php/index.php>), considerando que o referido portal congrega importantes periódicos por área do conhecimento, facilitando, assim, o processo de pesquisa.

Inicialmente, o *parâmetro cronológico* foi especificado por dois marcos legais. Assim, o início do período foi 2001, ano referente à aprovação da Lei 10.216/01, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira”, a qual passou a nortear os demais documentos legais sobre a estruturação da Saúde Mental no Brasil. O final do período foi demarcado como 2011, referente à publicação da Portaria GM 3.088/11, que institui a Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto, considerando a produção sobre a temática nos anos posteriores a 2011 resolveu-se ampliar esse período até o ano de 2014, tendo em vista também a duração do projeto.

Achamos apropriado considerar como marco cronológico as duas referências legais, dada a sua importância para o campo da saúde mental, entendendo que o nosso objeto de estudo desenvolve-se em interface com esse campo.

Após essas definições se faz necessário explicitar as demais etapas da pesquisa bibliográfica, uma vez que cada uma delas consiste em um processo contínuo que pressupõe a fase que a antecede e se complementa na seguinte (SALVADOR, 1986 apud LIMA; MIOTO, 2007).

QUADRO 3 - FASES DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Processo	Definições
Investigação das soluções	Coleta das informações em dois momentos distintos e sucessivos: 1) levantamento da bibliografia; 2) Levantamento dos conteúdos contidos na bibliografia.
Análise explicativa das soluções	Análise da documentação. Esta etapa considera a capacidade crítica do pesquisador para justificar os dados.
Síntese integradora	É o produto final do processo de investigação, resultante da análise e reflexão do material coletado e sistematizado.

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Lima e Mito (2007).

Definiu-se como principal técnica de abordagem dos artigos selecionados a leitura sistematizada. Para Salvador (1986 apud MIOTO; LIMA, 2007) devem ser realizadas leituras sucessivas do material em cada fase da pesquisa de modo a possibilitar ao final, por meio de um processo contínuo de reflexão, a construção de uma síntese integradora. Desta feita aquele autor apresenta os seguintes tipos de leituras:

- **Leitura de reconhecimento do material:** primeira leitura dos artigos levantados, notadamente os títulos e resumos;
- **Leitura exploratória:** leitura rápida para identificar se as informações apresentadas interessam ao estudo;

- **Leitura seletiva:** leitura que procura relacionar o material com os objetivos da pesquisa; momento da seleção de algumas informações;
- **Leitura reflexiva:** estudo crítico do material levantado a partir do ponto de vista do autor do trabalho, buscando conexões e evidenciar os aportes teóricos;
- **Leitura interpretativa:** relacionar as ideias presentes nos artigos com os problemas de pesquisa.

Para Lima e Miotto (2007, p. 41) esse momento requer “um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. O critério norteador nesse momento é o propósito do pesquisador”.

Para a realização da fase da *investigação das soluções* foi construída uma ficha de coleta (Apêndice A) com campos relacionados a indicações básicas do material selecionado, tais como: **Identificação do artigo**; **Caracterização da obra** (tema; objetivo; conceitos utilizados; abordagem teórica; referencial teórico) e **Contribuições da obra para a pesquisa**. Neste último campo foram registradas as impressões, ideias e reflexões proporcionadas pela leitura do material, consistindo num conjunto rico de informações que foram posteriormente trabalhadas na construção da síntese dos resultados. Nos momentos de registro do campo *contribuições da obra para a pesquisa* também foram identificados temas que estavam associados diretamente com o descritor-principal, constituindo-se posteriormente como subcategorias.

Após essas análises, os resultados das reflexões corroboraram para uma **Síntese integradora**, momento em que apresentamos uma discussão quando foi construída uma proposta analítica a partir da articulação das diferentes leituras.

Portanto, na primeira fase da pesquisa bibliográfica (*meta-análise*), procedeu-se com o levantamento do material no portal *SciELO*, utilizando inicialmente o descritor *intersectorialidade* e posteriormente o descritor *Saúde Mental*. Esse momento da pesquisa foi realizado no período entre agosto de 2012 e outubro de 2014. Após esse levantamento esses descritores foram combinados de modo a identificar uma produção específica da intersectorialidade no campo da saúde mental.

Considera-se como critério de inclusão do artigo para análise a evidência do descritor no título do artigo, no Resumo ou nas palavras-chave. Assim, procedeu-se a leitura de

reconhecimento para a realização das possíveis exclusões de dos artigos que não apresentavam os critérios já mencionados e dos artigos duplicados.

Na Tabela 1 apresenta-se o resultado desse primeiro levantamento com os descritores utilizados individualmente e combinados, a quantidade de artigos levantados, e os considerados.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ENCONTRADOS A PARTIR DA COMBINAÇÃO DOS DESCRITORES

Descritor	Artigos/ SciELO	
	Encontrados	Considerados
<i>intersectorialidade</i>	86	74
<i>intersectorialidade e Saúde Mental</i>	08	08
<i>Saúde Mental</i>	1799	00
<i>Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica</i>	195	157
TOTAL	1.893	239

Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa Bibliográfica (2014).

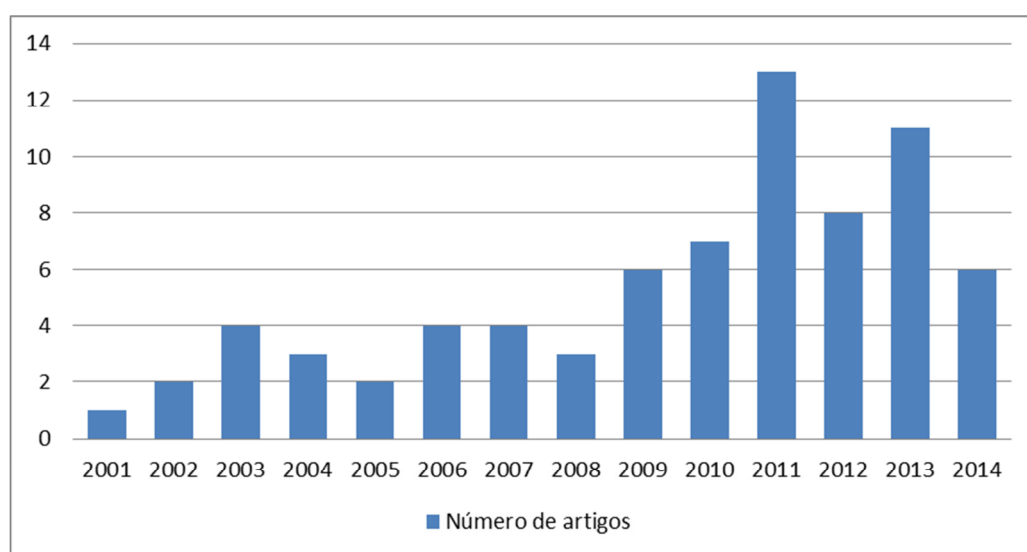
De acordo com a Tabela 1, com o primeiro descritor foram encontrados 86 artigos, mas apenas consideramos 74 para a análise, pois 03 artigos não estavam compreendidos pelo período estabelecido pela pesquisa, 01 artigo não atendia o critério idiomático e 08 artigos foram excluídos desse levantamento, considerando que foram os mesmos artigos encontrados ao combinarmos o primeiro descritor com o segundo (*intersectorialidade* e *Saúde Mental*). Assim, define-se com material para análise 74 artigos para o parâmetro temático *intersectorialidade* e 08 artigos para *intersectorialidade e Saúde Mental*.

Com o descritor *Saúde Mental* encontramos 1.799 artigos. No entanto, consideramos que esse descritor tomado isoladamente é muito genérico, o que possibilitou o levantamento de artigos dos mais variados tipos e que não atendiam aos interesses da pesquisa e não eram compatíveis com o objeto de estudo. Deste modo, considerando o contexto político no qual o objeto de estudo está inserido, optou-se por combinar o uso do descritor *Saúde Mental* com o descritor *Reforma Psiquiátrica*, demarcando assim um campo específico de análise. Com essa combinação levantou-se 195 artigos, dos quais efetuamos 38 exclusões, 03 artigos duplicados e 35 por não atenderem aos interesses da pesquisa. Assim, definimos o total de 157 artigos para o parâmetro temático *Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*.

1.2. Análise preliminar com o descritor *intersectorialidade*

O primeiro tratamento dado aos artigos levantados com o descritor *intersectorialidade* foi distribuí-los pelo ano de sua publicação, com o intuito de verificar o movimento das publicações sobre a temática ao longo do tempo.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ENCONTRADOS COM DESCRITOR *INTERSETORIALIDADE* POR ANO DE PUBLICAÇÃO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

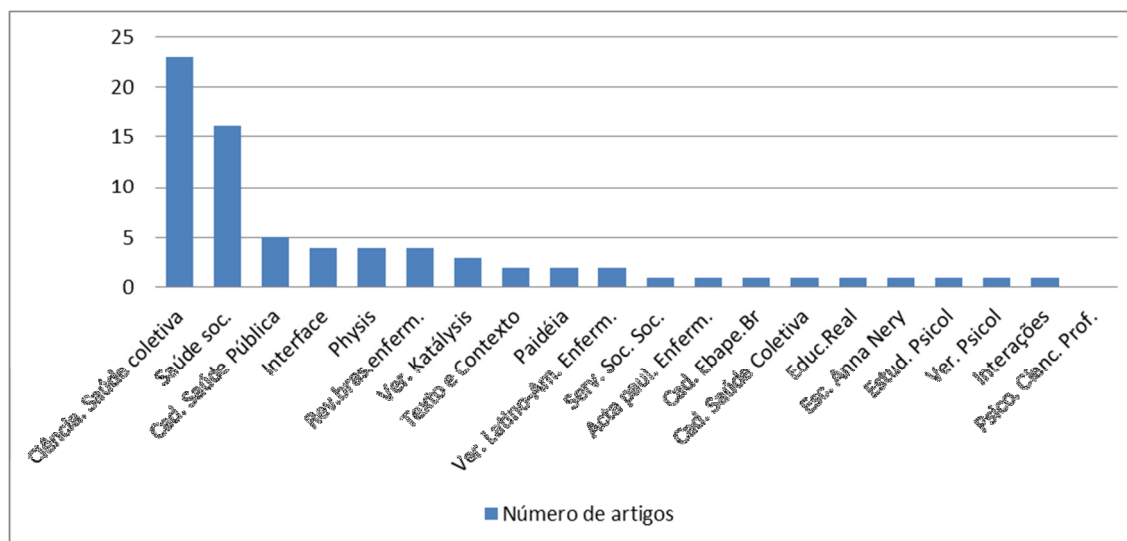
Como se pode observar no Gráfico 1, de um modo geral há uma tendência crescente da produção sobre o tema. Nota-se uma concentração considerável no número de publicações no período entre 2010 e 2014, totalizando 71,3% das publicações de todo o período.

Posteriormente, classificamos os artigos pelos indexadores aos quais estão vinculados na base *SciELO*, com o intuito de perceber a frequência de aparecimento do artigo em uma área do conhecimento. Nesse sentido, evidenciam-se três grandes áreas: Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas, conforme Gráfico 2.

Evidenciamos que a maioria das publicações está frequentemente vinculada à grande área das Ciências da Saúde, com 64% (47) de recorrência. Seguidos pelos artigos relacionados à área das Ciências Humanas com 31% (23) e 6% (04) de recorrência na área das Ciências Sociais Aplicadas.

A seguir, classificamos os artigos pelos títulos dos periódicos em que foram publicados, com o objetivo de identificar aquelas revistas que mais concentraram publicações sobre o tema. Assim, obtivemos a seguinte distribuição conforme o Gráfico 2.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS POR PERIÓDICO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Observamos que 59,5% dos artigos estão concentrados em três revistas: *Ciência e Saúde Coletiva* com 31,1%, *Saúde e Sociedade* com 21,6% e *Cadernos de Saúde Pública* com 6,7%. Este resultado delimita a concentração dos artigos em periódicos vinculados à grande área das Ciências da Saúde, mas que também têm caráter interdisciplinar recebendo contribuições de diferentes áreas do conhecimento que compõe o campo da saúde coletiva e de áreas afins, como produções das áreas de meio ambiente e de ciências humanas e sociais.

O segundo tratamento dado aos artigos selecionados com o descritor intersetorialidade referiu-se às análises qualitativas das seguintes variáveis:

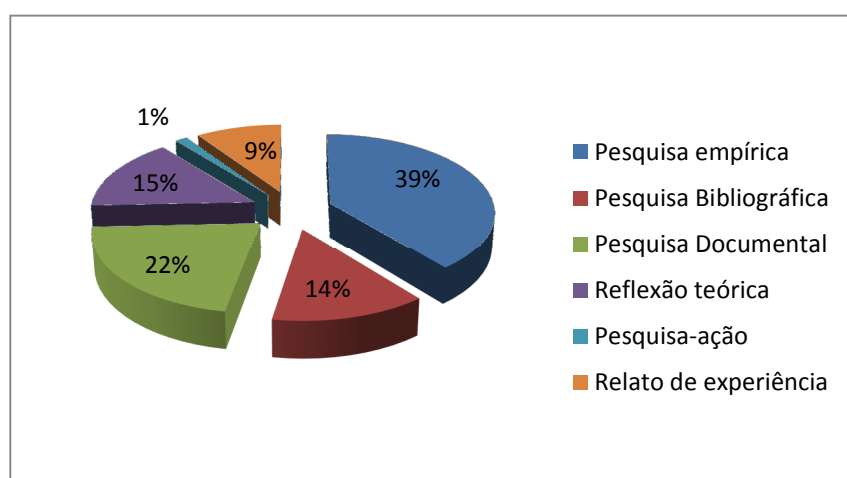
- 1) tipo de estudo;
- 2) principais resultados;
- 3) contribuição do estudo para a pesquisa.

Com relação à classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo, foram identificadas quatro categorias:

- **Artigo de pesquisa empírica:** essa categoria congregou estudos que tiveram como principal abordagem metodológica a análise de situações concretas que envolveram o uso da estratégia da intersetorialidade em diversos campos;
- **Artigo de pesquisa documental:** reuniu artigos que analisaram a incorporação da intersetorialidade a partir da inserção do conceito em políticas; programas e projetos por meio do estudo de documentos como portarias; legislações; programas e etc;
- **Artigo de reflexão teórica:** reuniu aquelas publicações com diferentes abordagens de elementos teóricos, mas tendo como objetivo principal colaborar com o debate conceitual sobre a intersetorialidade. São artigos que tratam a temática como uma categoria e tentam definir um conceito preciso para o termo;
- **Artigo de pesquisa bibliográfica:** reuniu aqueles artigos que também colaboraram com o debate sobre a intersetorialidade a partir de pesquisa bibliográfica e levantamento da produção sobre a intersetorialidade e aos temas relacionados;
- **Artigo sobre relato de experiência:** artigos que apresentam experiências de incorporação da intersetorialidade em programas e serviços por meio das práticas profissionais das equipes de saúde e de gestão;
- **Artigo de pesquisa-ação:** reuniu um artigo que combinou a incorporação de estratégias de ação em conjunto com o processo de pesquisa.

Assim, a partir desta categorização dos artigos quanto ao tipo de estudo elaborou-se o Gráfico abaixo:

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS POR TIPO DE ESTUDO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Há uma predominância da categoria *artigos de pesquisa empírica* com 39% das publicações, seguidos de *artigos de pesquisa documental* com 22% e de *artigos de reflexões teóricas* com 15%.

Se considerarmos que os artigos de reflexão teórica e os de pesquisa bibliográfica tentam contribuir para o debate teórico sobre o tema, podemos considerar que 29% dos artigos tratam a intersectorialidade como categoria teórica.

Por outro lado, se agruparmos as categorias *pesquisa empírica* e *pesquisa documental* infere-se que 61% das publicações utilizam a noção sobre a intersectorialidade como ferramenta de análise das práticas sociais dos diversos agentes sociais, notadamente profissionais de saúde e gestores (estudos empíricos), ou de análise de estruturas institucionais ligadas aos serviços sociais ofertados pelas políticas públicas (estudos documentais).

Apresentamos nos próximos itens a análise dos artigos que compõem cada uma das categorias identificadas.

1.3 Análise dos artigos científicos: visões panorâmicas da intersectorialidade

1.3.1 Artigos de Pesquisa empírica

A partir da leitura dos artigos classificados como *pesquisas empíricas*, podemos organizá-los em duas subcategorias:

- a) os artigos empíricos que tratam das práticas profissionais;
- b) os artigos empíricos que tratam das práticas de gestão.

Consideramos pertinente essa classificação pelo fato de evidenciarmos que o conceito de intersectorialidade é largamente descrito como um modelo de gestão e como um tipo de prática profissional engendrada pelas políticas públicas.

Evidenciamos que 72% (21) dos trabalhos empíricos tratam das práticas profissionais, enquanto 28% (08) tratam das práticas de gestão.

Após analisarmos os conteúdos dos artigos que abordam as práticas profissionais, 86% deles tratam das práticas na Estratégia Saúde da Família (ESF), seja da equipe multiprofissional ou de categorias profissionais específicas, como enfermeiros e odontólogos;

9% analisam as práticas relacionadas com algumas políticas sociais e o trabalho em rede; enquanto 5% se dedicam à análise das práticas no Programa Saúde na Escola (PSE).

A predominância dos artigos que se relacionam com a ESF talvez se justifique pelo fato da intersetorialidade ser tomada como princípio fundamental da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil (PNAB), que orienta as práticas profissionais nesse campo. A referida política destaca que as ações intersetoriais são necessárias para estabelecer parcerias e também como meio de levantar recursos na comunidade para o fortalecimento das ações em saúde.

Também na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a intersetorialidade aparece enquanto um princípio que é definido como: “uma articulação de possibilidades de distintos setores de pensar a questão complexa da saúde e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2010, p.13). A PNPS afirma que é compromisso do setor saúde a articulação intersetorial com vistas a evidenciar o processo saúde-doença em seus vários aspectos, pelo incentivo à pesquisa e divulgação de iniciativas voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Assim, fica evidente o interesse dos pesquisadores em analisar como a intersetorialidade é processada na ESF, bem como os profissionais e gestores da saúde articulam o princípio da intersetorialidade em suas práticas.

O processo de trabalho na ESF é marcado pela interdisciplinaridade e pelas equipes multiprofissionais. Mas, por exemplo, paradoxalmente o enfermeiro ocupa uma posição estratégica ao compartilhar com os médicos a responsabilidade por alguns programas específicos, como o Programa de Pré-natal, Imunização e Puericultura. Além disso, os enfermeiros realizam os atendimentos em enfermagem e individualmente são responsáveis pela avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tais responsabilidades têm levado os enfermeiros a perceberem a complexidade do processo saúde-doença e também a lidarem com demandas que anteriormente não eram consideradas pelo setor saúde, tais como a pobreza, a violência ou a incapacidade das famílias em cuidarem dos seus membros mais vulneráveis (e.g. idosos, crianças e nutrisses).

Se analisarmos apenas os estudos que enfocaram as práticas de gestão destaca-se que 38% deles trabalharam a intersetorialidade como um mecanismo de planejamento estratégico, principalmente o planejamento local em saúde, levando em conta a dimensão gerencial dos serviços. 37% analisaram a intersetorialidade a partir do controle social e da participação

social em saúde e outros 25% centraram seus esforços na interface entre saúde e assistência social, notadamente a partir da emergência do Programa Bolsa Família (PBF).

A principal definição da intersetorialidade destacada por esses artigos emerge do campo da gestão das políticas públicas. Assim, a prevalência dos artigos que relacionam o termo intersetorialidade com o planejamento estratégico e o planejamento local em saúde deve-se ao fato da dimensão intersetorial ser valorizada como um modo de garantir a eficiência e eficácia desses serviços na acepção do campo da gestão das políticas públicas.

O Controle Social e a Participação Social também são princípios do SUS e são reforçados por mecanismos próprios como a Lei 8.142/90, que dispõe sobre o envolvimento da comunidade no sistema de saúde estabelecendo essa participação por meio das Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde, os quais são instâncias colegiadas compostas por representantes dos governos, dos usuários, dos profissionais e dos prestadores de saúde. Os Conselhos têm caráter deliberativo na proposição e formulação das políticas de saúde no âmbito de sua instância.

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos em cada instância do governo, ou seja, no âmbito municipal, estadual e federal. Dentro do nível de governo correspondente as conferências têm por objetivo propor diretrizes e avaliar a política de saúde, bem como deliberar estratégias e ações para o nível subsequente.

Vale destacar que o controle social e a participação também são reforçados pela PNAB e pela PNPS, determinando que seja dever dos profissionais de saúde estimular a participação social por meio dos conselhos locais nos territórios.

Com relação ao PBF salienta-se que foi um programa criado pela medida provisória nº 132 de 2003, posteriormente convertida na Lei Federal 10.831/04, a qual o institui e dá outras providências. O PBF consiste no maior programa de transferência de renda direta do país, considerando o alcance populacional, que beneficia famílias em situação de pobreza (renda mensal por pessoa entre R\$77,01 e R\$154,00) e de extrema pobreza (renda mensal por pessoa de até R\$77,00). O programa elege como estratégia de combate à pobreza quatro princípios básicos: 1) alívio rápido da pobreza por meio da transferência direta de renda; 2) combate ao ciclo-geracional da pobreza entendendo sua reprodução social; 3) ampliação e exercício dos direitos sociais básicos como os de Saúde e Educação expressos nas condicionalidades do programa; 4) articulação e coordenação de programas complementares,

principalmente os de geração de emprego e renda e na oferta de qualificação para jovens e adultos (BRASIL, 2014).

Notadamente, a intersetorialidade foi adotada como modelo de gestão no PBF, rompendo com o modelo de programas assistenciais focalizados e setoriais como os que foram unificados pelo Programa Bolsa Família (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás e Cartão Alimentação). Pode-se dizer que o PBF é o primeiro programa social de transferência direta de renda que articula estruturas institucionais, estratégicas e recursos humanos de outras políticas no caso saúde e educação. Esse programa cria e estimula a adoção de mecanismos de gestão intersetoriais, tais como: planejamento unificado das ações e acompanhamento das condicionalidades do programa por instituições da saúde, da educação e da assistência social nas três esferas envolvidas.

No conjunto, os artigos contribuem para perceber que na ausência de uma teoria da intersetorialidade os autores tendem a associar ao termo as noções definidas pelos campos da saúde coletiva e da gestão das políticas públicas. Tais abordagens são tentativas de garantir uma base de sustentação para o termo, ao relacioná-lo com diferentes aportes teóricos. Então, os trabalhos possibilitaram perceber que os motivos e paradigmas que justificam o uso da intersetorialidade como ferramenta de análise estão pautados na discussão teórica sobre a promoção da saúde, integralidade e interdisciplinaridade. Reconhece-se também que esses termos ainda carecem de elaborações teóricas, mas, no entanto, possuem uma discussão mais ampliada e associada às teorias consolidadas no campo da Saúde Coletiva, como a perspectiva crítica de saúde coletiva de tradição marxista e a visão radical de Promoção da Saúde. Nesse sentido, a intersetorialidade é tomada como um espaço de compartilhamento de saberes e de poder, de construção de novas linguagens, de novas práticas e conceitos (COMERLATO et al., 2007).

Para mediar à relação da intersetorialidade com os demais conceitos supramencionados evidencia-se a busca de aportes teóricos e metodológicos distintos, tais como: o método de Educação Popular de Paulo Freire; o paradigma da complexidade de Morin; a Noção de Redes e Rizoma de Deleuze e Guattari (1995); o debate sobre a categoria trabalho de orientação marxista; a crítica à fragmentação do saber e do paradigma cartesiano que dá sustentação ao debate sobre a interdisciplinaridade. No campo da gestão das políticas públicas, destacam-se ainda as discussões sobre o papel do Estado; da Seguridade Social; do processo de descentralização das políticas públicas no Brasil e da dimensão territorial das políticas públicas.

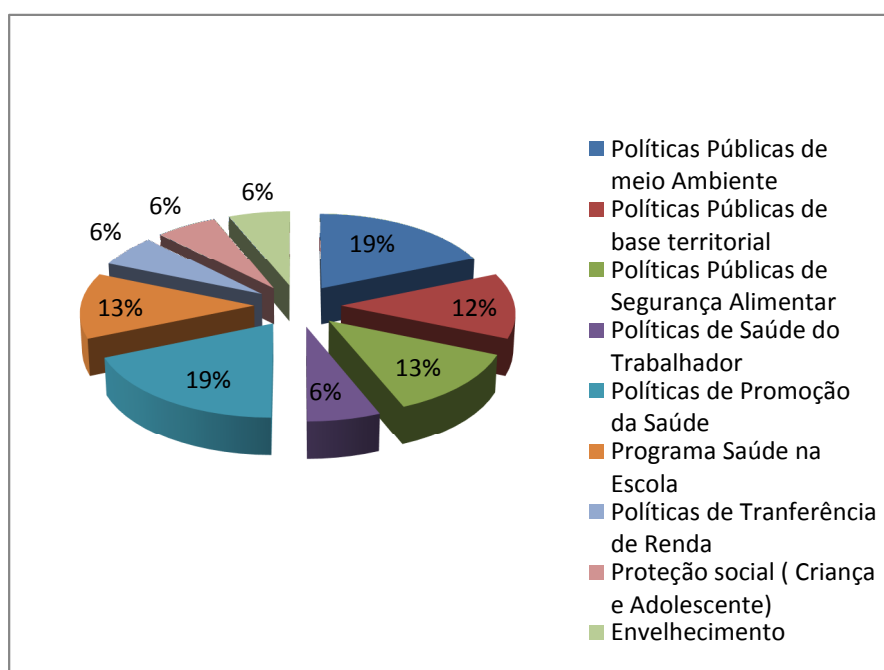
Nossas análises apontaram que quase a totalidade dos artigos empíricos possui abordagens qualitativas, sendo que apenas um trabalho tem caráter quantitativo. Entre as técnicas de análise que dão suporte às referidas investigações qualitativas, destacam-se: a análise de conteúdo de Bardin (1979); a Teoria das Representações Sociais de Moscovici; e a análise do discurso coletivo de Lefebvre e Lefebvre (2003).

1.3.2 Artigos de Pesquisa documental

No tocante aos artigos classificados como pesquisa documental, evidencia-se que todos eles se dedicam às análises das políticas públicas em seus processos de formulação, implementação e avaliação das ações. Com o objetivo de analisar tais políticas públicas, os autores utilizaram relatórios e outros documentos que são relacionados a elas.

Classificamos os artigos pelos tipos de políticas públicas e programas sobre os quais as análises foram focalizadas, conforme a distribuição apresentada no Gráfico 4:

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DE PESQUISA DOCUMENTAL POR TIPO DE POLÍTICA PÚBLICA



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

As políticas públicas de meio ambiente e de promoção da saúde são as mais numerosas, cada categoria representa 19% dos artigos de pesquisa documental que foram

analisados. A política de segurança alimentar e o PSE aparecem com 13% cada e com 12% as políticas de base territorial. Saúde do trabalhador, políticas de transferência de renda, envelhecimento e proteção social da criança e adolescente com uma menor quantidade de artigos, cada uma com 6%.

Como já foi citado anteriormente, a intersetorialidade é um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que, por sua vez, teve forte influência dos documentos internacionais, tais como: a Declaração de Alma-Ata (1978); a Carta de Ottawa (1986); o movimento de Cidades Saudáveis (2000) e, mais recentemente, a Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Saúde em todas as Políticas (2013).

Assim, a intersetorialidade aparece com grande recorrência nos estudos da saúde coletiva, estando principalmente relacionada com os pressupostos da promoção da saúde. Nesse sentido, os conjuntos dos artigos analisam conceitualmente, no âmbito da PNPS, o termo intersetorialidade e sua relação com as ações de saúde, dentre as quais: prevenção de violência; promoção da alimentação saudável; estímulo à atividade física e desenvolvimento sustentável.

Os artigos de pesquisa documental que foram analisados utilizam como referencial teórico o debate conceitual sobre a intersetorialidade dos autores que demarcaram a temática no campo da Gestão Pública, como exemplos: Junqueira (1998; 1999; 2000; 2004) e Inojosa (1998; 2000; 2001). Tais discussões teóricas são complementadas com as elaborações de autores do campo da Saúde Coletiva como Mendes (1996); Feurwerker e Costa (2000); Buss (2000); Campos et al. (2005); Westphal, (2006); Mendes e Akerman (2007). Essas discussões conceituais são *costuradas* de modo a corroborar com o conceito de intersetorialidade proposto pela PNPS: [...] “como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2006, p.13).

Apesar de nos artigos analisados encontrarmos evidências da identificação e recorrência da intersetorialidade nos documentos políticos-normativos e nas experiências de gestão intersetorial, tais artigos indicam que há ainda dificuldades de implementação das iniciativas intersetoriais, o que contraditoriamente torna-se um entrave para a concretização dessas políticas. Além disso, nos casos analisados fica evidente a necessidade de “clarificar” o tema de modo que as práticas e as ações intersetoriais sejam viáveis para a efetivação da PNPS e de outras políticas.

Alguns dos estudos, cuja classificação é apresentada no Gráfico 4, privilegiam a identificação histórica e a concretização da intersetorialidade nas políticas de segurança alimentar. Assim, esses artigos indicam que a noção de intersetorialidade não é algo novo dentro das políticas de segurança alimentar, uma vez que há referências ao conceito desde o início do século passado. O debate novamente recai nas transformações das políticas públicas contemporâneas no Brasil, principalmente as de proteção social, de combate à pobreza e à fome, que vêm mudando radicalmente suas estruturas de gestão a partir da Constituição de 1988. Todavia, só a partir da nova governabilidade dada pela carta magna, no sentido da descentralização das ações, foi possível avançar com a construção de políticas de segurança alimentar que adotaram de forma mais consistente a intersetorialidade (BURLANDY, 2009).

O PSE foi criado pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como uma das mais recentes iniciativas no âmbito da gestão federal em dar materialidade a uma política intersetorial entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde de modo a abranger todos os entes federados nos três níveis de governo. Essa política tem por objetivo ofertar ações integrais de saúde, promoção, prevenção e assistência à saúde de estudantes das escolas de educação básica da rede pública. Vale destacarmos que a Educação Básica compreende a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e Médio, o Ensino Profissionalizante e a Educação de Jovens e Adultos (EJA). Os cuidados de saúde são ofertados pelas Equipes de Saúde da Família, reproduzindo a mesma lógica das ações da ESF, ou seja, ênfase na promoção, prevenção e cuidados aos agravos em saúde por meio de uma equipe multiprofissional em um território determinado. A referida política intersetorial pretende promover a formação integral dos estudantes através dessas ações, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento das crianças e adolescentes. Ainda prevê que as equipes em articulação com a comunidade escolar planejem ações que mobilizem as comunidades e os dispositivos presentes nos territórios e que estabeleçam parcerias com outros serviços de base territorial. Deste modo, o PSE se constitui como uma política intersetorial estabelecida por decreto, mas que coloca a intersetorialidade na pauta das discussões, tornando-se um desafio à prática de profissionais da saúde e da educação, bem como uma inovação na construção desse tipo de política (FERREIRA et al., 2014).

Portanto, pelo caráter inovador desta política em introduzir a intersetorialidade como elemento fundamental, tanto do ponto de vista da formulação e gestão quanto da articulação de saberes e práticas. Desta feita, nota-se o aumento das publicações relacionado ao tema,

principalmente sobre: a análise de indicadores; a sua efetividade; as dificuldades de implementação e o exame das práticas dentro do programa.

Destacamos também os trabalhos que se dedicam a analisar algumas políticas públicas, principalmente a partir da ênfase territorial. O debate teórico, como nos outros artigos, também recai na análise da constituição das políticas públicas brasileiras a partir das correntes teóricas que tratam do tema, dando ênfase ao enfoque econômico, social e do desenvolvimento urbano de forma a evidenciar a importância da intersectorialidade no trato das políticas públicas (NASCIMENTO, 2010). Neste cerne, os estudos trazem para o centro do debate as políticas de desenvolvimento urbano e social, analisando a articulação entre as políticas e que levam em consideração a questão territorial e socioterritorial, dando ênfase a questões como “lugar”, “espaço”, “relações” e “território existencial”. Os trabalhos utilizam-se da noção de intersectorialidade consolidado no campo da gestão, articulando esse conceito com a discussão de autores como Ribeiro (2007), Koga (2003) e Sposati (2006), os quais enfatizam a dimensão territorial como forma de promover a articulação entre as políticas de desenvolvimento urbano e social. As discussões enfocam o modo de vida nas grandes metrópoles e indagam como as diversas políticas públicas podem combinar seus objetivos para uma maior efetividade das ações no âmbito da reconstrução social, habitacional e urbanística nos territórios. Essas preocupações vêm atreladas, também, ao conceito de interdisciplinaridade que tenta integrar os diferentes olhares para a questão urbana das cidades.

A partir da análise qualitativa dos trabalhos que tiveram como foco a pesquisa documental, podemos tecer algumas observações:

- O desenvolvimento de estratégias intersectoriais ainda é uma tarefa desafiadora e carece da confluência de distintos mecanismos, processos, saberes e práticas;
- O espaço institucional, os espaços de gerência e coordenação, e a inserção do tema na agenda política favorecem o desenvolvimento de ações intersectoriais;
- A participação e o controle social têm mobilizado o debate sobre o tema, colocando-o na ordem do dia;
- Há evidências de uma maior integração entre as políticas de Assistência Social, Saúde e Educação, sendo que as duas primeiras junto com a política de Previdência Social compõem o tripé com a Seguridade Social brasileira;

- As parcerias entre as diferentes políticas públicas tendem a estimular o processo de discussão e ampliação para outras políticas, seja pela criação de programas intersetoriais ou pelo estímulo de ações em conjunto;
- Fica claro que o despreparo técnico de profissionais e gestores é um empecilho para o desenvolvimento das ações intersetoriais.

Com relações às contribuições das análises dos artigos estudados para a nossa pesquisa, ressaltamos:

- Os trabalhos investigados contribuem para construção de um modelo de análise das políticas públicas tendo como referência a intersectorialidade;
- Contribuem igualmente para o entendimento das teias de relações entre as matrizes políticas de diferentes áreas;
- Auxiliam na compreensão de uma metodologia para a pesquisa documental tendo como ênfase a dimensão intersectorial.

Evidenciamos ainda uma conceituação para a intersectorialidade que traz novos elementos para o debate, como:

- A intersectorialidade como modo de viabilizar aos mais excluídos o acesso aos direitos sociais;
- A intersectorialidade como mecanismo de participação social e de articulação dos territórios.

Embora não haja um desenvolvimento consistente dessas ideias nos artigos, é importante considerar essa percepção para estabelecermos relações futuras com esses temas e perceber como o tema da intersectorialidade é indutor de novas articulações e ancoragens paradigmáticas, teóricas e metodológicas.

1.3.3 Artigos de reflexão teórica

Na análise dos artigos que fazem uma reflexão teórica sobre o tema, foram encontradas abordagens vinculadas ao surgimento da intersectorialidade e como a mesma é

conceituada pelos autores. Também se percebeu um incremento de discussões sobre o conceito de intersectorialidade ancorado numa perspectiva mais prática, geralmente ligada a um campo específico. Assim, os artigos foram organizados em duas subcategorias:

- *Aspectos teórico-conceituais* que claramente fazem um esforço de definir conceitualmente a intersectorialidade;
- *Aspectos teórico-práticos* que utilizam o debate conceitual para estabelecer interlocuções com outros temas, enfatizando elementos e processos interventivos.

Percebemos que a maioria dos artigos (64%) foram classificados na subcategoria *aspectos teórico-práticos*, enquanto 36% dos trabalhos abordam os *aspectos teórico-conceituais* da intersectorialidade.

Com relação aos artigos classificados na categoria *teórico-conceituais*, optamos por organizar as nossas análises a partir das perspectivas dos autores destes artigos, de modo a tentar sistematizar o percurso de cada autor e perceber as principais similitudes e diferenças entre as abordagens. Obviamente não pudemos fazer tal percurso a partir da leitura de um único trabalho, portanto, buscaram-se outros textos para tentar compreender o processo de construção do tema. Salienta-se que os autores desses trabalhos aparecem como “formuladores da temática” e são frequentemente referenciados nos trabalhos empíricos e documentais.

Os trabalhos classificados como *teórico-práticos* utilizam-se do mesmo debate referido, estabelecendo vinculações com os mesmos autores para conceituar a intersectorialidade. Todavia, tais artigos articulam o conceito, enfatizando uma aplicabilidade prática, com os seguintes temas: Promoção da Saúde e Educação Infantil; SUS e Participação Social; Educação em Saúde e Vigilância em Saúde e Saúde do Trabalhador.

Os artigos classificados como *teórico-práticos* utilizam-se da discussão teórica estabelecida pelos artigos categorizados como *teórico-conceituais*, os quais formam a subcategoria que é discutida a seguir.

1.3.3.1 Subcategoria: Aspectos teórico-conceituais

Este eixo sistematiza uma visão panorâmica sobre a intersectorialidade a partir do debate dos autores dos artigos classificado como *teórico-conceituais*. Destacam-se nessa

categoria os artigos de Junqueira (2004); Monnerat e Souza (2011); e Nascimento (2010). Apesar de que a nossa pesquisa na base *SciELO* resultaram apenas artigos desses autores, achamos importante destacar que a tese de doutorado de Andrade (2004) constituiu-se no primeiro resgate histórico sobre a intersectorialidade, vinculado ao campo da Saúde Coletiva por meio do movimento das Cidades Saudáveis. Para Andrade (2004), a discussão sobre a intersectorialidade iniciou-se na segunda metade do século XIX, atrelada ao movimento de reforma médica alemã, que posteriormente seria denominada de Medicina Social, e que influenciaria os determinantes sociais em saúde. Essa discussão considerou o crescimento acelerado das cidades no período industrial do século XIX e o correlativo aumento de várias patologias, o que chamou a atenção dos estudiosos e políticos alemães para a relação entre saúde e as condições de vida, trabalho, habitação, higiene e alimentação.

A partir desse debate histórico-conceitual e da incorporação da ideia de intersectorialidade nos principais movimentos e da OMS, Andrade (2004) analisa duas experiências de gestão no Brasil: a primeira experiência em Fortaleza-CE e a segunda em Curitiba-PR. Aquele autor observa a organização da gestão municipal nas duas cidades a partir das ideias incorporadas pela intersectorialidade que *forçou* uma redefinição do aparelho estatal para lidar com demandas sociais, principalmente as vinculadas com a questão da saúde, educação e pobreza. Andrade (2004) conclui em seu trabalho que há um consenso discursivo sobre a intersectorialidade nas duas experiências e um dissenso prático na medida em que os dois municípios remodelaram os mecanismos de gestão por caminhos diferentes. O autor acrescenta que para uma maior efetivação da intersectorialidade é preciso romper com as estruturas setoriais e que os diversos setores devem construir objetos de *atuação/intervenção* de forma conjunta, apenas construindo esses objetos de forma partilhada que se pode efetivar uma ação intersectorial mais concreta.

No entanto, apesar da discussão promovida por Andrade (2004) demarcar a intersectorialidade nas formulações teóricas no campo da saúde coletiva, foi com Junqueira (2004) que o tema ganhou destaque e foi amplamente projetado para as outras áreas. Junqueira é considerado também um dos primeiros a tratar conceitualmente a intersectorialidade vinculada às experiências de gestão. O referido autor trata do tema em vários artigos publicados individualmente e em parceria com Inojosa e Koga.

1.3.3.1.1 Junqueira (2004)

O primeiro artigo analisado na subcategoria *aspectos teórico-conceituais* foi o artigo de Junqueira (2004), intitulado: *A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor*. O autor elabora três premissas para sustentar o seu conceito de intersectorialidade:

- A crise econômica e social dos países demanda uma maior eficácia na gestão das políticas públicas;
- A complexidade dos problemas sociais exige vários olhares de modo que se agreguem saberes e práticas para a construção de soluções integradas;
- Nesse contexto, o Estado estaria buscando novos formatos, democratizando o processo de gestão e articulando mais fortemente com o controle social;

A partir dessas premissas, Junqueira (2004) trabalha sua argumentação em duas linhas discursivas:

- 1) *Intersectorialidade e Políticas Sociais*;
- 2) *Intersectorialidade e Terceiro Setor*.

Na primeira linha discursiva o autor parte das ideias centrais que sustentam o conceito de intersectorialidade, na medida em que define a sua compreensão para o termo e defende o discurso de mudanças e reformas estruturais na gestão das políticas sociais brasileiras. Tais ideias se entrelaçam num jogo discursivo em defesa de uma ação intersectorial tão em voga. Utiliza-se da noção de território, principalmente elegendo o âmbito das cidades como mais favorável ao desenvolvimento das ações intersectoriais.

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais. [...] Essa abordagem supõe a consideração dos problemas sociais onde eles se manifestam. Nessa perspectiva, a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersectorial. [...] A cidade, considerada como protagonista política, como arena de negociação e de salvaguarda dos interesses dos cidadãos, não pode encarar de maneira fragmentada e setorializada os problemas sociais que emergem em seu espaço geográfico. Essa maneira de encarar os problemas sociais determina uma nova forma de gestão das políticas sociais, que passa também pela descentralização. A intersectorialidade refere-se à população e aos seus problemas, circunscritos a um território ou região da cidade ou do município. Essa visão da ação integrada das

políticas sociais ainda não constitui uma prática dos gestores (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Na defesa desta ideia, o autor apresenta seu conceito sobre ação intersetorial e intersetorialidade, sem nenhuma grande inovação em comparação com outros artigos seus publicados anteriormente. Consideramos como novidade apenas a introdução com mais ênfase da ideia de redes e pela defesa da participação do terceiro setor na gestão dos problemas sociais. Assim, vejamos seu conceito para ação intersetorial:

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial (JUNQUEIRA, 2004, p.27).

Junqueira (2004) defende a ideia de ação intersetorial como um processo de aprendizagem, tendo em vista o desafio dessa perspectiva de gestão integrada dos problemas sociais dispersos nos territórios. O território emerge como uma dimensão referencial e estratégica que orienta um tipo de prática de gestão e profissional, ao mesmo tempo em que é objeto de intervenção. Entende-se também que a ação intersetorial concreta resultaria na articulação e integração dos diversos serviços sociais dispersos num dado território, que por muitas vezes trabalham com a mesma população de forma isolada sem combinar esforços e recursos. Nessa ótica há recorrência do planejamento estratégico, tomado pela ideia de intersetorialidade como ferramenta para viabilizar essa integração. Mais uma vez, observamos que a *ideia/conceito* de intersetorialidade se incorpora às ferramentas específicas de gestão de forma a modificar os processos sociais. Assim, a definição do autor para o termo,

A intersetorialidade que transcende um único setor social é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997 apud JUNQUEIRA, 2004, p.28).

Como podemos observar, o conceito de intersetorialidade tratado pelo autor enfatiza a dimensão do planejamento dessas ações de modo que favoreça ou se construa uma

articulação em rede entre diversos segmentos e atores públicos, privados e do terceiro setor como uma saída para lidar com problemas sociais notadamente complexos. Nas palavras do autor, assim apresenta:

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2004, p.28).

A noção de rede é incorporada como uma mudança nesse novo cenário, lembrando-se das premissas iniciais do autor, e surge como uma linguagem entre os atores sociais em suas relações sociais mediadas pela interação entre as organizações. Junqueira (2004) aponta que essa noção de rede está amparada pela necessidade dos atores e dos setores entenderem a realidade social e buscarem novas formas de agir. A ideia nos parece que é trabalhar em rede, articulando os diversos setores institucionais, articulando as redes informais integrando-as às redes pessoais dos atores, tornando-se assim uma espécie de *sistema* em rede. Obviamente toda essa dimensão em rede é cuidadosamente conectada com a dimensão do planejamento estratégico e gerencial com um fim bastante “nobre” de resolver os problemas sociais, promover os direitos sociais, garantir a participação das pessoas e combater as iniquidades sociais. Nas palavras do autor,

Nessa perspectiva, a rede constitui a construção de um espaço de organização dos sujeitos "enquanto encarna um projeto utópico, não como meta futura, mas como uma realidade presente..." (Pakman, 1995, p.302). Por isso, a rede é uma construção coletiva, que se define na medida em que é realizada. Sua verdade está na sua concretização, na superação das determinações sociais mediante o estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos, mobilizados por objetivos construídos e apropriados coletivamente, para a construção de uma nova realidade social (JUNQUEIRA, 1999, p.64 apud JUNQUEIRA, 2004, p. 30).

A partir dessa definição, o autor introduz sua ideia central que é defender a participação das Organizações Não governamentais (ONG) como integrante desse processo de construção das redes e como espaço privilegiado de gestão das políticas sociais. As ONG, dada a sua natureza, pode conseguir uma articulação entre diversos segmentos, mobilizando pessoas e incorporando seus saberes e experiências de modo a constituir uma rede social. Nas palavras do autor,

Assim, as organizações sem fins lucrativos, como integrantes desse processo de parceria passam a constituir uma forma privilegiada de gestão das políticas sociais.

Além dessas organizações, são incorporados indivíduos que voluntariamente integram as redes, ajudando a tecê-las, colocando o seu saber, o seu tempo e experiência a serviço do bem público. Assim, o trabalho voluntário e sua organização constitui parte de um processo mais amplo de cooperação de parceria como um meio de garantir aos diversos segmentos sociais uma vida com qualidade [...] (JUNQUEIRA, 2004, p.31).

Com tais argumentos o autor finaliza sua primeira linha discursiva. Na segunda linha discursiva, intitulada “*Intersetorialidade e Terceiro e Setor*”, Junqueira (2004) inicia sua argumentação partindo da definição de política social como integrante do processo de redistribuição da riqueza social e, ao mesmo tempo, como mecanismo de viabilização da democracia nas economias modernas. A noção de trabalho integrado entre as políticas sociais colocadas a partir da Constituição de 1988 torna-se um desafio para gestores, políticos e profissionais. Para o autor, a implementação de políticas sociais integradas não depende apenas da vontade política ou de recursos, tendo em vista que cada setor tem seu modo próprio de funcionar, mas sim de uma mudança de cultura e valores organizacionais para além das vontades individuais e políticas.

Dessa forma, levando em consideração esse desafio, o autor defende que a experiência do terceiro setor, ou seja, das organizações não governamentais e sem fins lucrativos, pode ajudar na superação dessas lacunas. Para o autor essas organizações têm por oferecer um “ser humano mudado” e os trabalhadores desse campo (voluntários) constituem uma força de trabalho que “possuem um espírito distinto, valores distintos e prestam uma contribuição distinta à sociedade, são organizações que reúnem pessoas comprometidas com o bem coletivo” (DRUCKER, 1997, p.159 apud JUNQUEIRA, 2004, p. 31).

Para a construção dessa nova realidade com mudanças sociais complexas e consequentemente transformações no papel do Estado e das políticas sociais, Junqueira (2004) defende a participação do terceiro setor na gestão das demandas sociais como uma “nova realidade” que precisa ser construída para se estabelecer uma nova relação entre Estado e Sociedade Civil, ou seja, entre público e privado. Para ele as organizações sociais buscam novas maneiras de gestão, novas maneiras de atender as demandas sociais, e podem colaborar com o Estado na integração dos serviços. Citando Ribeiro (1997), o autor argumenta:

Essa construção exige mudanças significativas no Estado, no seu aparato burocrático e na própria Sociedade; faz-se necessária a reforma do Estado e das suas organizações. Nesse contexto predominam críticas às “organizações burocráticas, em que se alternam preocupações políticas sobre o caráter antidemocrático dessas organizações, com preocupações ligadas à eficiência administrativa e ao custo dos

serviços prestados pelo Estado" (RIBEIRO, 1997 p. 32 apud JUNQUEIRA, 2004, p. 19).

Para viabilizar essa reforma em curso, Junqueira (2004) aciona o conceito de descentralização incorporado na Constituição, mas agora como uma estratégia de racionalização do aparelho estatal. Para ele, por meio da descentralização o estado pode aumentar sua eficiência deslocando para a esfera periférica competências e poder de decisão sobre as políticas no âmbito local. Para além das responsabilidades dos governos estaduais e municipais, já que a estrutura de gestão das políticas públicas é descentralizada, entrariam em cena as organizações do terceiro setor como mais uma alternativa para essa descentralização.

Para o autor as instituições não governamentais possuem uma base comunitária e como tal congregam pessoas do âmbito do território que dominam as dinâmicas locais e conhecem os problemas que afetam a população. Dessa forma, as ONG estariam abertas à possibilidade da população buscar resolver seus próprios problemas sem a intervenção do Estado, sendo o objetivo final garantir os direitos sociais.

Junqueira (2004) conclui seu texto ressaltando a importância da intersetorialidade nesse processo, destacando esse elemento de inovação: a possibilidade da gestão incorporar os segmentos sociais nas soluções dos problemas por meio das organizações do terceiro setor. A ação intersetorial seria não só a articulação entre os serviços das políticas sociais, mas também a integração com outras formas de gestão do social, criando novas formas de gerenciar a política social. Assim, "A gestão intersetorial integra as políticas sociais de um determinado território considerando a sua população e os seus problemas sociais de maneira integrada" (JUNQUEIRA, 2004, p. 34).

No bojo dessa discussão emergem como metáfora transformadora as dinâmicas das redes sociais e do trabalho em rede de base territorial, surgindo como uma alternativa de promover essas integrações entre as diversas organizações públicas, privadas e com a sociedade.

O texto de Junqueira (2004) apresenta de maneira clara a perspectiva daquele autor em torno do conceito da intersetorialidade. Seu esforço discursivo e teórico foi fundamental para a definição da ideia de intersetorialidade que influenciou vários autores que trabalham com o tema. Ao se tratar da intersetorialidade enquanto categoria teórica e como mecanismo de gestão, sem dúvida, o autor é um dos mais referenciados. No entanto cabem aqui alguns comentários sobre a contribuição do artigo para a nossa pesquisa.

- O texto define o marco analítico do autor associando a definição da intersectorialidade como a dimensão territorial e com a descentralização das políticas sociais, a participação e os direitos sociais;
- Permite-nos perceber que essa ideia foi construída com base nas experiências no âmbito da gestão pública e enriquecida com uma discussão mais ampliada sobre as políticas sociais, direitos sociais e equidade;
- Há uma defesa sobre a articulação dos saberes e práticas como forma de se perceber a dinâmica das ações intersetoriais;
- A intersectorialidade é tomada como objeto e meio de *compreensão/ação* das demandas sociais.

Destacamos também algumas imprecisões e limitações do artigo de Junqueira (2004), tais como:

- A sua ênfase na reforma e nas mudanças sociais está atrelada unicamente à dimensão da administração pública, dado que, apesar de fazer referência a processos mais amplos, suas considerações recaem sempre no “modus operandi” das políticas;
- Seu argumento parece-nos reduzir as demandas sociais ao âmbito local, defendendo sempre a participação do terceiro setor, do trabalho em rede e de articulação dos serviços sociais, sublimando as demandas macroestruturais;
- A intersectorialidade incorpora a ideia de um “sistema” em rede para articular pessoas, conhecimentos, saberes e práticas para melhor intervir na realidade social, no entanto, não deixa claro como operacionalizar essa rede.

Parece-nos pertinente salientar que consideramos importante a ênfase nas ideias de integração entre os setores e a argumentação sobre a complexidade das demandas sociais que Junqueira (2004) desenvolve em seu artigo. Todavia, a fórmula apresentada pelo autor para a solução dos problemas parece afinada com o ideário neoliberal de redução do papel do Estado ou da gestão partilhada entre Estado e Sociedade. Apesar de a defesa estar apoiada nos direitos sociais, os argumentos apresentados no texto nos parecem dúbios, quando o autor afirma que a sociedade terá a oportunidade de resolver seus problemas sem a intervenção do Estado e, contraditoriamente, afirma depois que só a partir da articulação entre Sociedade e Estado é que será possível resolver essas questões.

1.3.3.1.2 Monnerat e Souza (2011)

O segundo artigo analisado na subcategoria dos *aspectos teórico-conceituais* é da autoria de Monnerat e Souza (2011), intitulado “*Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil*”. Nesse artigo as autoras discutem os principais dilemas da Seguridade Social brasileira a partir da instituição de um “sistema de proteção social” que tem como marco o processo de descentralização das políticas sociais que é a marca da nova institucionalidade impressa pela Constituição Federal de 1988. Elege-se como foco de análise a trajetória histórica das políticas de Saúde e de Assistência Social. No entanto, as autoras adiantam que a política que mais se desenvolveu, considerando a diretriz da descentralização, foi a política de saúde e que o relativo “atraso” no desenvolvimento da política de assistência social colaborou também com a fragilidade da “proteção social brasileira”.

Para Monnerat e Souza (2011), a descentralização das políticas sociais, embora suficientemente desenvolvida no âmbito da gestão, esbarra hoje nos dilemas estruturais da sociedade brasileira necessitando de um esforço para a integração destas políticas, ou seja, no dilema da intersectorialidade acionada como uma necessidade para a conformação de um sistema de proteção social.

Dessa forma, as autoras partem da compreensão que a definição conceitual de Seguridade Social, como incorporada pela Constituição, e a noção de intersectorialidade preservam a ideia de integração e articulação das políticas públicas e das organizações governamentais (e também não governamentais) para a consecução de atender as demandas sociais, compreendendo a noção de direitos sociais e a proteção social dos indivíduos.

A partir desse argumento introdutório, as autoras expõem suas ideias em três esquemas analíticos:

- 1) *Seguridade Social: da promessa de integração para além do vínculo contributivo aos pontos de inflexão marcantes de sua trajetória;*
- 2) *Inclusão da Intersetorialidade nos princípios e nos programas do Sistema Único de Saúde: dilemas e perspectivas;*
- 3) *Trajetória recente da política de assistência social e concertação intersectorial.*

No primeiro esquema analítico, Monnerat e Souza (2011) resgatam brevemente o processo tortuoso de inserção do conceito de Seguridade Social na Constituição. Reconhecem sua importância e a superação de alguns dilemas da sociedade brasileira, mas também demonstram os pontos de inflexão da Seguridade Social. Para as autoras, um dos pontos ultrapassados refere-se à superação da lógica do seguro social, com cariz contributista, para a noção de seguridade com a emergência de políticas sociais universais como, por exemplo, a Saúde que foi inscrita na Constituição como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, Art. 196 CF).

Monnerat e Souza (2011) ressaltam que a própria noção de seguridade inscrita no documento foi mais um ponto ultrapassado, considerado uma conquista social: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, Art. 194 CF).

Com relação aos pontos de inflexão, as autoras fazem algumas considerações sobre o contexto político e social da época que impediu a concretização da Seguridade Social, conforme estava escrita na Constituição:

- As legislações posteriores à Constituição, as Leis orgânicas, não previram a integração das três políticas, assim cada política acaba se desenvolvendo com estruturas diferentes, inclusive com definição de ministérios específicos;
- Foram definidas fontes diversas de recursos para o provimento das ações das políticas de seguridade, mas, no entanto não ficaram definidos os mecanismos de repasse desses recursos, levando a uma disputa entre o ministério da fazenda e os ministérios sociais;
- O legado técnico das três áreas dificultou a construção de políticas mais integradas.

Assim, as autoras apoiadas no consenso da literatura especializada afirmam que a Seguridade Social conforme definida na Constituição nunca foi realmente implementada. Assinalam, ainda, que a Política de Previdência Social preservou seu caráter de seguro social,

embora tenha incorporado à noção de benefícios assistenciais, mas pelo seu caráter histórico nunca se integrou nas demais políticas, mantendo uma estrutura técnica e financeira própria. A Política de Assistência Social historicamente marcada pelo assistencialismo e clientelismo teve dificuldades de se afirmar enquanto política pública e se constituir num sistema protetivo.

Monnerat e Souza (2011) concluem essa linha argumentativa afirmando que o abandono da noção de integração das políticas sociais e a *competitividade* entre os setores contribuíram para a fragmentação dos programas e das ações de caráter social no país e, por isso, justificam a necessidade de *intersecção* entre as políticas sociais. Nesse contexto, a intersectorialidade emerge como mecanismo essencial para a efetivação das ações no campo social.

No segundo esquema analítico, as autoras afirmam que apesar da área da saúde ter um maior acúmulo de experiências políticas e de gestão principalmente pela promoção do acesso universal, não foi suficiente para a construção da Seguridade Social, para elas, essa construção poderia ter sido mediada pela intersectorialidade.

Assim, a descentralização avança no sentido do planejamento e gestão setorial das políticas de saúde, mas persiste ainda um modo fragmentado de produzir as ações de saúde. Mesmo considerando que o princípio da intersectorialidade aparece na Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90 como uma dimensão de integração da rede assistencial em saúde com os demais dispositivos assistenciais (rede intersectorial) como modo de potencializar os resultados em saúde. Nesse momento, as autoras sinalizam a conexão da intersectorialidade com outro princípio do SUS, a integralidade, sobre o qual tecem algumas considerações,

Pesquisas recentes mostram que a noção de integralidade apresenta caráter bastante difuso, tanto para os gestores quanto para profissionais de saúde. Além disso, a integralidade não assume na agenda setorial a conotação de prioridade. Autores como Giovannella et al. (2002) e Mattos (2001) apontam que a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema, ao contrário das diretrizes da descentralização e do controle social, tomadas como centrais na trajetória recente do setor (MONNERAT E SOUZA, 2011, p. 44).

As autoras consideram que a integralidade foi desenvolvida em nível de gestão e dentro do âmbito local quando os municípios consideram a adoção da integralidade apenas no sistema municipal de saúde a partir das dimensões hierárquicas da rede assistencial (atenção básica, atenção secundária e alta complexidade) e quando para resolverem as fragilidades da

sua rede local de saúde incentivam a regionalização dos serviços por meio dos consórcios intermunicipais.

Parece consensual para Monnerat e Souza (2011) que o debate sobre a integralidade tem se expandido nos últimos anos pela evidência da pouca incorporação desse princípio nas ações de saúde. Além do crescimento desse debate foram incorporados outros, tais como: a discussão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (agrupada recentemente no conceito de Promoção da Saúde) e o resgate conceitual dos princípios originais da Reforma Sanitária brasileira. Desta feita, destacam-se iniciativas importantes para a garantia da integralidade, como a ESF e Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), mas que para se efetivarem plenamente precisam de pactuações intersetoriais.

Nestas circunstâncias, a intersetorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença. Em virtude disso, movimentos internacionais como a Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Políticas Públicas Saudáveis, cuja lógica incorpora necessariamente ações intersetoriais, vêm ganhando centralidade no âmbito do setor saúde no país (MONNERAT E SOUZA, 2011, p. 44).

Nessa perspectiva das autoras, o campo da saúde tem buscado soluções dos problemas de saúde das populações e dos indivíduos por meio da transversalidade de suas ações no campo social, no entanto elas alertam que mesmo assim o foco prioritário tem sido o seu objeto específico de intervenção: os problemas de saúde.

A ideia de intersetorialidade surge como uma necessidade de articulação entre vários setores no sentido de aperfeiçoar os resultados das ações de saúde, ou seja, melhorar os indicadores. Segundo as autoras, essa noção estaria subscrita na própria concepção de intersetorialidade que orienta essas iniciativas:

Ações intersetoriais em saúde correspondem a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA; PAIM, 2000, p. 64 apud MONNERAT E SOUZA, 2011, p. 45).

Percebe-se certa endogenia das ações de saúde ao considerar os resultados apenas no âmbito de seu setor. No entanto, as autoras não negam a importância dessa definição, o acúmulo de experiências intersetoriais que a saúde tem desenvolvido, nem a contribuição que os pesquisadores têm dado a esse debate. As autoras evocam o conceito de intersetorialidade

trabalhado por Andrade (2004) como uma definição apropriada para resolver essa ação endógena da saúde, quando as diferentes políticas trabalharem em objetivos de intervenção comuns e para isso utilizem o planejamento integrado para a solução desses problemas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

No terceiro esquema analítico as autoras trabalham a política de Assistência Social, evidenciando seu caráter histórico marcado pelo assistencialismo, clientelismo e pela fragmentação e descoordenação de suas ações.

Mesmo com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) 8.742/93 e da definição na referida lei da assistência como “[...] direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, Art. 1. LOAS), para as autoras por mais de uma década a LOAS não passou de uma “carta de boas intenções”.

No entanto, apontam que,

Apesar dos obstáculos à sua implantação, a LOAS inaugurou um novo debate político-institucional no campo da assistência, propondo mudanças estruturais e conceituais e novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, confirmando-se enquanto possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários. A população em situação de pobreza deixou de ser "assistida" ou "favorecida" para se tornar usuária ou beneficiária (MONNERAT E SOUZA, 2011. p. 45).

Só a partir da IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2003, no primeiro governo do presidente Lula, se desenhou uma nova institucionalidade para a política de assistência social, com a definição dos objetivos e das diretrizes da política. A partir desta época, marcada pela conjuntura política favorável, publicaram-se importantes documentos para a construção de Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para Monnerat e Souza (2011), a intersetorialidade passou a ser o princípio norteador da assistência social inclusive se tornando indutora de ações intersetoriais em outras políticas.

Destaca-se no corpo dessas iniciativas a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), em 2004, que teve importante papel na redefinição da política de assistência social no país; o estímulo de programas de caráter intersetorial e por colocar na agenda política o debate ampliado sobre a fome e a pobreza.

No mesmo ano de 2004 foi editada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que instituiu o SUAS. Sobre isso, as autoras escrevem:

A PNAS apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania, e, para efeito da operacionalização do SUAS, está previsto que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas. O SUAS tem como principais pressupostos a territorialidade, a descentralização e a Intersetorialidade. Entende-se que o paradigma desse sistema articula a descentralização com a Intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre a população de um dado território (SIMÕES, 2009 apud MONNERAT E SOUZA, 2011. p. 46).

Evidencia-se maior proximidade do conceito da intersetorialidade com a dimensão territorial juntamente com a descentralização tomada pela Assistência Social, com mais ênfase do que exposto pelas autoras no debate sobre a política de saúde. A intersetorialidade aparece definida como uma estratégia de integração com o objetivo bem definido de melhorar a qualidade de vida e a inclusão social das pessoas. O programa prioritário do MDS que materializa a intersetorialidade tanto por meio de suas ações quando dos mecanismos políticos institucionais é o PBF, que para além dos seus objetivos específicos desenhou uma possibilidade concreta de articulação intersetorial, partilhando um objetivo comum e integrando os diferentes agentes sociais.

No entanto, o artigo sinaliza que apesar da Política de Assistência Social ser a política do tripé da seguridade que tem maior clareza na definição da intersetorialidade (tanto nos objetivos, quanto no desenho institucional de seus programas), ela amarga uma carência de recursos financeiros que dificulta a expansão de suas ações. Sobre essa questão, Monnerat e Souza (2011) observam, por exemplo, a dificuldade dos municípios em ampliar e manter em funcionamento os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), instituições consideradas “porta de entrada” para o SUAS, e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), estratégicos para a efetivação do sistema. Os CRAS têm por objetivo sistematizar nos territórios ações socioassistenciais de proteção às famílias em situação de vulnerabilidade social. Já os CREAS, de caráter municipal ou regional, têm por objetivo ofertar ações de proteção a indivíduos ou famílias em situação de risco social no âmbito do território de acordo com a PNAS. Os dois serviços são considerados elementos fundamentais para articulação das ações da política de assistência social no âmbito local.

Contudo, as autoras não negam o legado deixado pela assistência social ao colocar a intersectorialidade como elemento central da reestruturação da política e que essa configuração converge para conferir à assistência social o estatuto de política pública. Para Monnerat e Souza (2011), os objetivos para os quais a política de assistência se volta (famílias em situação de vulnerabilidade ocasionadas pela pobreza, fome, desemprego, etc.) só poderão ser equacionados por meio de uma articulação intersectorial. Desta feita, a política de assistência assume um papel proativo na condução/construção dessas iniciativas.

Por fim as autoras reafirmam o conceito de intersectorialidade tendo como referência a definição de Andrade (2004), ampliando o debate para o âmbito das políticas sociais. Relacionam o conceito com o de Seguridade Social, inferindo que são indissociáveis no trato dos problemas sociais, ao considerarem que tais demandas são de difícil resolução por estruturas setoriais engessadas. Monnerat e Souza (2011) endossam que os dois conceitos buscam resgatar a ideia de sistemas e de rede de proteção social.

Para as autoras, a intersectorialidade, para sua efetivação, requer uma ação coordenada nas três esferas de governo e dos vários setores do mesmo nível, garantindo também a participação e o controle social.

O artigo de Monnerat e Souza (2011), apesar de não dedicar-se diretamente a definir um conceito preciso para a intersectorialidade, colabora para uma compreensão histórica da inserção da noção de intersectorialidade nas duas principais políticas de seguridade social brasileira: Saúde e Assistência Social. As autoras assumem de maneira explícita a perspectiva de Andrade (2004) sobre a construção de objetivos comuns entre as políticas sociais para concretização ou definição da intersectorialidade. Conceitualmente, as autoras vinculam o termo com o próprio conceito de Seguridade Social como definida por publicações da área social e pela própria Constituição Federal. Assim, só poderíamos analisar uma política a partir da ótica da seguridade e esta pela ótica da intersectorialidade, as duas funcionando como lentes sobrepostas para a construção e otimização dos esforços de uma “verdadeira” política de proteção social.

Contribuem também para identificar categorias e temas nas duas políticas, as quais, a nosso ver, se coadunam com a intersectorialidade. Desta feita, ficou claro que tanto na Saúde quanto na Assistência social a descentralização é uma categoria fundamental para compreender o alcance e também as limitações da intersectorialidade. Especificamente na saúde, é evidente a vinculação da descentralização com o princípio da integralidade, que as autoras bem demonstraram. A integralidade é um dos princípios do SUS que pouco se

afirmou em seus mais de 20 anos de existência, por isso mesmo tem-se aumentado as produções científicas sobre o tema.

Essa discussão no âmbito da saúde tem evocado o debate sobre os determinantes sociais da saúde e consequentemente das ações de Promoção da Saúde que se materializaram na emergência do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) e reorganizadora do sistema de saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Na vinculação da intersetorialidade com a política de assistência social, as autoras associam o debate com o tema da pobreza e da fome tendo como horizonte a sua superação a partir da ampliação dos direitos sociais e da qualidade de vida dos indivíduos. Nesse processo, a intersetorialidade avança como um modo de avaliar essas políticas tornando-se uma importante categoria analítica de efetividade das práticas sociais.

Percebemos nesse artigo que o termo intersetorialidade não é tomado como uma experiência ou uma noção apenas no campo da gestão, mas sim como algo concreto que deve ser alcançado mediante o esforço coletivo dos atores envolvidos com as políticas sociais.

As autoras não apresentam nenhuma “fórmula” milagrosa para se efetivar as práticas intersetoriais, apenas o aprofundamento do que já está posto na Constituição Federal e no modo como as políticas, notadamente a de Assistência Social, têm desenvolvido a intersetorialidade em seus programas e ações. A argumentação teórica é bastante consistente, pautada nos princípios democráticos, dos direitos sociais e na própria definição de seguridade social numa perspectiva histórica.

1.3.3.1.3 Nascimento (2010)

O terceiro artigo analisado na categoria dos *aspectos teórico-conceituais* foi o de Nascimento (2010) intitulado: *Reflexões sobre a intersetorialidade entre as Políticas Públicas*. Como a própria autora explica na introdução, o artigo está organizado em três partes. A primeira parte procura analisar como o conceito de intersetorialidade é abordado por diferentes correntes teóricas e como estas tratam dos dilemas das políticas públicas a partir de um enfoque intersetorial. Na segunda parte, o texto procura analisar o conceito de intersetorialidade a partir da identificação dos conceitos em documentos de algumas políticas públicas, notadamente as políticas de desenvolvimento urbano e social, objeto de interesse da

autora. Na terceira parte apresenta-se uma síntese integradora entre as partes anteriores, com uma reflexão crítica sobre os limites e as possibilidades da intersetorialidade nas políticas de desenvolvimento urbano e das políticas sociais.

Na perspectiva de Nascimento (2010), a intersetorialidade passou a ser uma dimensão valorizada a partir da comprovada falta de eficiência, eficácia e efetividade esperada com a implementação das políticas setoriais no atendimento das demandas da população. Assim, o termo passou a ser requisito fundamental para implantação das políticas sociais promovendo a interação e articulação entre as agendas setoriais por meio do envolvimento dos agentes governamentais públicos e privados, de modo a garantir a efetividade das políticas.

Na primeira parte de seu artigo *Intersetorialidade: um debate ainda em aberto*, a autora aponta que há um debate travado entre as principais correntes teóricas sobre o papel das políticas setoriais, destacando três dessas políticas: desenvolvimento urbano, econômicas e as sociais. Para Nascimento (2010), existe certa importância dada a essas políticas setoriais pelo fato delas atenderem os “interesses em jogo”, tal privilégio estaria expresso na forma como cada uma delas é operada e como os recursos são distribuídos. Nesse sentido, estaria expressa a subjugação das políticas de desenvolvimento social e urbano aos interesses das políticas econômicas, alinhadas ao ideário neoliberal. Desta feita, as políticas setoriais estariam sendo “conduzidas” a partir dos interesses macroestruturais e não considerando as necessidades da população-beneficiária dos serviços sociais. Tal manejo evidencia-se na mercantilização de serviços básicos para a população, especificamente os de saúde, educação, habitação e a na redução do papel do Estado (NASCIMENTO, 2010).

Nessa primeira parte, Nascimento (2010) busca apoio em autores que analisam a relação entre as políticas, sua dimensão territorial e a intersetorialidade, identificando-se com algumas perspectivas. De acordo com os autores citados, o território emerge como espaço privilegiado de articulação entre as políticas de desenvolvimento urbano e social por possibilitarem a participação dos atores do território na compreensão das suas demandas sociais. Assim, a participação social seria outra dimensão garantida pelas políticas que têm como foco de ação os espaços territoriais, em sua dimensão geográfica e existencial. A intersetorialidade seria o mecanismo de articulação dessas políticas e do material humano, social, cultural e político presente nos territórios cobertos pelas políticas sociais,

Para Koga (2003, p. 238), a intersetorialidade sobressai enquanto caminho de perspectiva para a política pública, a fim de articular as políticas sociais, urbanas, econômicas de forma a atuarem nos mesmos territórios prioritários da política da cidade. [...] Essa autora advoga que a intersetorialidade se torna, assim, uma qualidade necessária ao processo de intervenção. Programas, projetos, equipes técnicas são desafiados ao diálogo, ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social. Neste caso, há de se fazer presente a participação dos membros da comunidade envolvida, enquanto sujeitos do processo da continuidade da proposta (KOGA, 2003, p. 242 apud NASCIMENTO, 2010, p. 100).

Destarte a autora apresenta sua definição tendo como referência o texto supramencionado, que valoriza a dimensão territorial e a participação social como fundamentais para a intervenção das políticas públicas nos territórios a garantir a participação da comunidade e o constante diálogo entre essas dimensões. Com relação a essa questão a autora identifica um conjunto de definições e perceptivas sobre a intersetorialidade que ajudam na sua argumentação e análise própria do conceito, que destacamos a seguir:

A intersetorialidade para Junqueira (2004) constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, de forma a garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2004, p. 9 apud NASCIMENTO, 2010, p. 100).

Como primeira definição, a autora se apoia na concepção de Junqueira (2004) quando compreende a intersetorialidade como uma possibilidade de mudança na forma de gestão da ação governamental para um modelo mais integrado, com evidente interação e articulação entre os diferentes setores, que deve conformar todas as etapas da prestação de serviços sociais: o planejamento, a execução, o controle e o monitoramento.

Parece-nos que a autora, percebendo a evidente “superficialidade” da noção circunscrita no âmbito da gestão social, procura associar a sua compreensão com a dimensão do conhecimento e dos saberes, mas reforçando ainda a dimensão gerencial do termo. Nessa lógica, recorre às ideias de Inojosa (2001) para agregar outro aspecto ou dimensão ao termo que mais tarde nos apresenta:

Inojosa (2001, p. 4) define a intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização de avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas. Desta forma, uma perspectiva de trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente; de fato, a intersetorialidade traz um conjunto de implicações para a ação do Estado, entre as quais se destacam dois aspectos: (i) os desafios relacionados às polícias

focalizadas territorialmente, em segmentos da população; (ii) os desafios relacionados aos resultados e impactos da intervenção (INOJOSA, 2001, apud NASCIMENTO, 2010, p. 9).

Tal como a autora supracitada Nascimento (2010), tenta superar a lógica do planejamento setorial, mesmo quando este tenta contornar um objeto partilhado entre vários setores. Nesse aspecto, a autora destaca as políticas territoriais que trabalham com populações específicas e não percebem essa população como beneficiária de várias políticas, e a forma de como avaliar os impactos dessas ações, numa perspectiva sinérgica, se as ações e o recorte foram construídos setorialmente.

Superando essa dimensão da fragmentação, e reconhecendo também a importância da setorialidade, assume a perspectiva da ação intersetorial como espaço de aprendizagem, não apenas dos agentes institucionais, mas como um espaço estruturador de novos conhecimentos e práticas de um modo de fazer política pública. Assim, recorre ao pensamento de Sposati (2006):

A intersetorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais. Sposati (2006, p. 140) vê a intersetorialidade não só como um campo de aprendizagem dos agentes institucionais, mas também como caminho ou processo estruturador da construção de novas respostas, novas demandas para cada uma das políticas públicas (SPOSATI, 2006, p. 140 apud NASCIMENTO, 2010, p.11).

Preocupada em dar voz aos aspectos “negativos” da intersetorialidade, a autora recorre às assertivas de Koga (2002) e Azevedo (2003), tal como nas citações:

Koga (2002, p. 33 e 2003, p. 238) aponta algumas considerações no que se refere aos limites, pois não é a conjugação de várias ações de diferentes secretarias que irá configurar a Intersetorialidade, mas uma estratégia comum que a defina; a partir do lugar-comum de ação, quais ou que tipos de intervenção deverão ser efetuados. E por outro lado, mesmo que as políticas sociais, de desenvolvimento urbano e econômicas atuem nos mesmos territórios prioritários da política da cidade, isto não significa que suas ações sejam confrontadas e realizadas em um projeto global (KOGA, 2002 apud NASCIMENTO, 2010).

Azevedo (2003, p. 41) menciona que a Intersetorialidade, para ele interface, diz respeito à inter-relação entre as diversas políticas. Neste contexto, destaca algumas dificuldades para a Intersetorialidade no que se refere à crescente especialização do poder público e a tendência de maximização do desempenho de cada um dos órgãos do setor estatal (AZEVEDO, 2003 apud NASCIMENTO, 2010).

Essas citações de Nascimento (2010) apresentam noções complementares à sua argumentação de que um dos desafios à intersectorialidade é a crescente fragmentação do setor público em vários ministérios, secretarias, setores e áreas. E consequentemente a exigência de comprovada eficácia de todos esses setores e, na busca desse efeito, cada “segmento” busca isoladamente cumprir suas metas deixando evidente a falta de uma visão integradora. Por outro lado, não é apenas com integração das ações desses vários setores que se pode garantir a efetividade da intersectorialidade, é necessário um “lugar-comum” de ação ou um campo estratégico que a defina. Para a autora mesmo que todas as políticas de desenvolvimento urbano e social que atuem no território compartilhem alguns objetivos, não há garantia de que suas ações convirjam para uma perspectiva global.

Portanto, a partir dessa perceptiva analítica a autora discorre sobre as definições de intersectorialidade previstas nas políticas de desenvolvimento urbano e nas políticas de saúde e assistência social.

Especificamente sobre a abordagem da intersectorialidade nas políticas de desenvolvimento urbano, a autora em suas conclusões levanta alguns questionamentos:

Diante das análises apresentadas, surgem algumas questões no que se refere à concepção de intersectorialidade expressa nas palavras e conceitos utilizados no desenho das políticas urbanas a fim de desenvolver uma atuação intersectorial. Percebe-se que, em geral, são utilizadas expressões/palavras no sentido de compreender a intersectorialidade como: integração, articulação, em conjunto, associação, união, entre outras. Mas será que utilizando essas expressões estamos falando em intersectorialidade na implementação da política? Será que essas palavras podem expressar uma proposta intersectorial no plano local? Como garantir a intersectorialidade a partir da proposição de instrumentos administrativos, como diagnósticos, planos e outros? Haverá realmente troca de saberes ou reuniões institucionais para tratar de assuntos momentâneos? (NASCIMENTO, 2010, p. 107).

Apesar da forte evocação semântica aos termos que por ora definem a intersectorialidade, a autora questiona se esses conceitos se expressam no âmbito local, se estariam integrando os diversos projetos e, ainda, se os instrumentos administrativos são viáveis para a garantia da intersectorialidade. Sua análise nos leva a perceber que a resposta para esses questionamentos seria negativa, quando identifica mais uma relação interinstitucional ou interministerial do que um espaço estratégico de troca de saberes e de construção de uma nova cultura.

No entanto, observou-se que há uma preocupação de Nascimento (2010) em articular as políticas setoriais com a política nacional de desenvolvimento urbano, a partir da criação de *conselhos interministeriais* e o Conselho das Cidades com representação da sociedade.

Percebe-se que a autora procura analisar as políticas sociais a partir de suas concepções sobre intersectorialidade e se essas políticas garantem em suas ações um planejamento compartilhado com outros setores na perspectiva também de viabilizar uma troca de saberes.

Na análise sobre a política de saúde e assistência, a autora observa que ambas fazem referência à intersectorialidade enquanto princípio constitutivo de suas ações, e que em sua opinião as duas políticas se complementam numa perspectiva de garantir uma melhor qualidade de vida e inclusão social. No entanto, apesar da política de assistência evocar a complementariedade de suas ações com as políticas de saúde, e até mesmo possuírem programas considerados intersectoriais como o PBF, Nascimento (2010) afirma que não encontrou evidências na política de saúde sobre a assistência social. O que fica implícito em sua reflexão é uma tendência, uma predisposição à atuação intersectorial.

Por fim, a autora apresenta um quadro analítico que nos auxilia a perceber a relação de integração entre as políticas. O referido quadro foi criado a partir da leitura e análise dos conceitos sobre intersectorialidade retirado do debate na literatura e associados com os processos de análise das políticas públicas. Assim, apoiadas nas definições dos autores que citou em seu artigo, Nascimento (2010) reproduz algumas tipologias:

- Quanto à gestão - *modelo descendente e ascendente* e: o primeiro teria uma intersectorialidade construída a partir da “cúpula” das políticas, ou seja, pelos gestores e planejadores, ainda na fase de delineamento da política; o segundo pelos gestores das bases e dos técnicos que conduzem as ações;
- Quanto às dimensões - *setorial e intersectorial*: nesses aspectos as políticas devem combinar essas duas dimensões, acionando sua estrutura setorial para a configuração de uma ação intersectorial atendendo assim, para a autora, ao princípio da convergência que seria um conjunto de impulsos para uma determinada ação, tema, objetivo, população ou território.

Desse modo, para Nascimento (2010) a maioria das políticas é do tipo descendente e combinam ações setoriais e intersectoriais, mas tem que se observar a qualidade dessa articulação entre as políticas. Percebeu-se também que nas políticas de desenvolvimento

urbano há uma maior proximidade na articulação de suas ações, até mesmo com a política de saúde.

Observa-se ainda que entre as políticas sociais há uma maior interação entre a saúde e a assistência social, sem, no entanto, esta ser mencionada como uma possível parceira pelas políticas de desenvolvimento urbano, o que leva a autora a se questionar sobre a dificuldade em perceber a política de assistência social como forte promotora de integração social nos territórios e, assim, uma forte parceira das políticas de desenvolvimento urbano.

Por isso, destaca a necessidade de estudos e pesquisas no âmbito local para perceber como a intersectorialidade está sendo processada nesse âmbito. Ressalta ainda a interdisciplinaridade como fundamental nesse processo, tanto no âmbito mais geral da formulação da política quanto no âmbito local, quando os diferentes técnicos trocam conhecimentos e constroem uma nova forma de atuar tendo como referência essa experiência de aprendizagem coletiva.

O artigo de Nascimento (2010) nos auxilia na percepção das diferentes abordagens sobre intersectorialidade no âmbito das políticas públicas. A autora trabalha diretamente com os conceitos dos principais autores sobre a temática e vai desenhando uma forma de abordar a intersectorialidade dentro de uma análise das políticas de desenvolvimento urbano e social. Apesar de incorporar ao final uma tipologia discutida por outro autor, sistematiza os conceitos, mesmo com abordagens distintas, num quadro analítico conceitual sobre o tema para análise dessas políticas.

Assim, ao incorporar de cada um desses autores essas dimensões parece-nos querer fundir esses vários pensamentos numa “grande categoria”. Porém, percebe-se que a autora não arrisca muito na construção de um conceito próprio, mas dá uma possibilidade metodológica para o termo, o que a nosso ver foi o preenchimento de uma lacuna deixada pelos demais artigos analisados nesta categoria.

Todavia, ficou evidente como contribuição desse artigo para a nossa pesquisa que existem campos produtores sobre a intersectorialidade e que de certa forma percebe-se uma aproximação entre esses campos, quais sejam o campo acadêmico e o campo da gestão das políticas sociais. Há concepções que emanam das análises teóricas dos autores e outras que advêm do aparato político-institucional das políticas. O que nos leva a perceber a intersectorialidade como uma expressão tanto do aparato governamental das políticas públicas, das organizações, quanto do processo interdisciplinar da produção do conhecimento.

Portanto, a intersectorialidade seria muito mais que *juntar* setores e *compartilhar* uma agenda comum de ações, e sim a criação de uma nova dinâmica de governança das políticas sociais e urbanas.

Assim, com a sobreposição dos diversos conceitos a autora consegue sistematizar um quadro referencial que supera algumas limitações dos autores mencionados.

Para nós há a superação da dimensão local atribuída por Junqueira (2004) ao seu conceito de intersectorialidade, pois incorpora processos mais amplos. Supera também a lógica de ação integrada de base interdisciplinar, transpondo-a para além do âmbito da gestão, levando essa possibilidade para todo o ciclo das políticas (concepção, implantação, implementação, monitorização e avaliação), envolvendo a participação da comunidade e o controle social.

1.3.3.2 Subcategoria: Aspectos teórico-práticos

Nesta seção, analisamos os artigos classificados na subcategoria *reflexões teórico-práticas*. A partir das análises dos artigos classificados pretendemos discutir como a intersectorialidade se relaciona com outros temas, notadamente aqueles ligados à saúde, evidenciando aspectos teórico-práticos para o conceito em interface com outras categorias. Entretanto, essa análise não aprofundará aspectos teóricos, tendo em vista que tais elementos foram objeto da categoria tratada na seção anterior. Nesta seção enfatizaremos a relação da intersectorialidade com as referidas temáticas, tentando visualizar a dimensão prática associada ao termo.

Para tratar os sete artigos classificados na categoria teórico-práticos, nós elaboramos um quadro com as principais informações sobre os mesmos (Quadro 4). Na primeira coluna codificamos os artigos com art. e seu respectivo número. A ordem de introdução dos artigos seguiu o critério de ordem de aparecimento do artigo quando do processo de pesquisa na plataforma *SciELO*. Na segunda coluna apresenta-se a autoria, o ano de publicação e o título de cada artigo. Na terceira coluna tem-se uma síntese dos objetivos, na quarta indicam-se as principais conclusões, e na quinta coluna são endereçadas nossas análises sobre a relevância de um cada um dos artigos para a nossa pesquisa, enfatizando os temas que se relacionam diretamente com a categoria da discussão. Finalmente, na sexta coluna são citados os temas relacionados, os quais foram extraídos das palavras chaves e da análise do artigo categorizado.

QUATRO 4 - SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS CLASSIFICADOS NA CATEGORIA ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS

Código	Artigos	Objetivo	Principais Conclusões	Relevância	Temas relacionados
Art.01	Nobre (2003): <i>Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do SUS</i>	Apresentar uma reflexão sobre o papel do setor saúde (do Sistema Único de Saúde) e sobre os desafios da prática da intersectorialidade na prevenção e erradicação do trabalho de crianças e adolescentes.	O autor <i>conclama</i> que o tema Trabalho Infantil, por inúmeros prejuízos sociais que causa, seja transformado em objeto do campo da Saúde Coletiva. Defende que o desafio da intersectorialidade consiste em identificar objetivos comuns e persegui-los mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição de prioridades para as ações conjuntas.	O trabalho ressalta a relação das práticas intersectoriais, a partir da delimitação de um objeto e objetivos comuns, na construção de uma abordagem sobre o Trabalho Infantil. Parte da compreensão da intersectorialidade extraída da Saúde Coletiva ligava ao conceito de Promoção da Saúde.	Promoção da Saúde; Trabalho Infantil; Vigilância em Saúde; Municípios saudáveis.
Art.02	Góes e Machado (2013): <i>Políticas Educativas, intersectorialidade e desenvolvimento local.</i>	Apresenta reflexões sobre as potencialidades das relações entre política educativa, ações intersectoriais e desenvolvimento local.	A partir da análise dos conceitos de política educativa, intersectorialidade e desenvolvimento local o autor propõe a concepção de “cidades educadoras” como uma articulação intersectorial dessas dimensões: a escola, educação e a cidade.	A qualificação dada ao termo desenvolvimento local, território e o trabalho em rede permitem compreender mais claramente a relação desses conceitos com a intersectorialidade e a educação.	Descentralização; Território; Rede; Educação.
Art.03	Barba; Martinez e Carrasco (2003): <i>Promoção da Saúde e Educação Infantil: caminhos para o desenvolvimento.</i>	Apresentar reflexões acerca dos aspectos envolvidos na melhoria da qualidade de vida de crianças e suas famílias destacando ações de desenvolvimento e promoção da saúde na infância, o <i>empowerment</i> e intersectorialidade, na perspectiva da construção de caminhos para minimizar ou atenuar os inúmeros estressores aos quais as famílias de parcelas menos favorecidas da população estão expostos.	A intersectorialidade constitui um caminho quando se objetiva a promoção da saúde e da educação de crianças no Brasil. Destaca a vertente educacional com fundamental para a promoção do desenvolvimento infantil saudável e na capacitação de agentes de desenvolvimento infantil.	Apresenta um quadro conceitual interessante ao aproximar conceitos, por meio da Intersectorialidade e da interdisciplinaridade, como educação e cuidados em saúde na primeira infância, relacionando com a pobreza e a educação infantil. Percebe-se a Intersectorialidade como mediadora de um processo de construção de uma área de intervenção.	Pobreza; Infância; Educação; Cuidado.
Art.04	Leão e Vasconcellos (2013): <i>Nas trilhas</i>	Discutir subsídios teóricos e	Propõe eleger a cadeia	Permite perceber como a	Cadeias produtivas;

	<i>das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente.</i>	práticos para uma política de vigilância em saúde, trabalho e ambiente sobre as cadeias produtivas a partir das teorias ligadas à noção de complexidade e ao pensamento sistêmico em saúde coletiva, em articulação com alguns princípios: intrasetorialidade (integração das vigilâncias do SUS) e intersectorialidade e transdisciplinaridade.	produtiva como elemento de conexão das ações de vigilância em saúde é uma alternativa para as práticas de saúde mais integradas e que considerem numa perspectiva ampliada as demandas existentes nos territórios. A intersectorialidade e a transdisciplinaridade são acionadas para a integração dessa vigilância tendo como referência a complexidade desses processos.	intersectorialidade é associada às teorias de sistemas e ao conceito de complexidade. Por meio dessa compreensão a intersectorialidade é acionada como ferramenta de integração entre sistemas de vigilância em saúde.	Sistema; Complexidade; Transdisciplinaridade.
Art.05	Costa e Lionço (2006) “ <i>Democracia e Gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde</i> ”?	Analisar o potencial dos Comitês Técnicos de Promoção da Equidade adotados pelo Ministério da Saúde desde 2003, na efetivação de iniciativas voltadas para a ampliação da equidade na atenção e no cuidado a saúde relacionando com outros princípios do SUS como a universalidade, integralidade e Intersectorialidade.	Aponta a criação dos comitês de promoção da equidade, uma estratégia intersectorial, que incorpora a discussão sobre o direito à saúde, principalmente dos grupos mais discriminados. Relaciona assim o princípio da equidade e a participação social no âmbito do SUS, como alternativa viável de construção concreta desse princípio.	Percepção de como a intersectorialidade permeia vários processos sociais e na construção de alternativas que tem por objetivo o resgate dos princípios do SUS, por meio de uma maior integração entre os setores, as políticas e aos próprios princípios doutrinários do sistema.	Participação social; Equidade.
Art.06	Fracolli et al., (2008): <i>Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública?</i>	Refletir sobre a possibilidade de instituir a Vigilância à Saúde como política pública. Para tanto, apresenta-se o conceito de política pública e vigilância à saúde como um processo intersectorial.	Propõe a integração ensino-serviço como forma de mediação da integração da vigilância em Saúde, ressaltando a importância da intersectorialidade nesse processo.	Auxilia na percepção da intersectorialidade como ferramenta de proposição de interfaces entre as políticas públicas ou de se restar um sentido de integração dentro das próprias políticas.	Política Pública; Território; Vigilância em Saúde; Redes.
Art.07	Mello; Moysés e Moysés (2010): <i>A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional.</i>	Problematizar os pressupostos teóricos do debate contemporâneo sobre a educação, e, particularmente, da formação profissional em saúde explorando a adoção dos referenciais amplos da Promoção da Saúde, da intersectorialidade e dos ambientes	Só haverá mudanças no processo de formação em saúde se houverem simultaneamente mudanças significativas tanto nesse âmbito quanto no mercado de trabalho. Para os autores, as mudanças devem superar o discurso e considerar a	Favorece a percepção da importância do processo de formação, e do papel das universidades para a promoção de mudanças qualitativas no cenário político-institucional do campo da saúde e	Formação em Saúde; Promoção da Saúde; Educação; Políticas Públicas.

		saudáveis.	relação profícua entre a formação e a organização do trabalho em saúde.	consequentemente de suas práticas.	

Fonte: Elaborado pelo autor. Pesquisa Bibliográfica (2014).

A análise dos trabalhos em tela nos permite evidenciar a capacidade indutora do termo “intersectorialidade”. Referimo-nos ao termo por considerar que há uma profusão semântica para o mesmo, e mesmo sem uma definição precisa ou uma teoria específica a intersectorialidade emerge como uma “grande” categoria que carrega fortes noções de integração, justaposição de setores, criação de novos conceitos, compartilhamento de saberes e experiências. Essas noções empregadas ao termo são objeto de estudos, debates acadêmicos e pesquisas teóricas em busca de uma definição, ao mesmo tempo em que fomenta outros trabalhos e pesquisas de natureza empírica e ações práticas como pudemos evidenciar a partir da leitura dos artigos que compõem esta categoria.

Sua noção de integração tornou-se um elemento chave na análise e avaliação de inúmeras políticas, programas e projetos sociais e também tem despontado uma capacidade de impulsionar novas ancoragens e interfaces teóricas. A utilização do termo/conceito ainda é “forte” no âmbito da saúde e no campo mais geral das políticas públicas e mais especificamente na integração entre as políticas de seguridade social como ficou evidente tanto nos artigos do eixo anterior quanto deste, mas também desponta a interface com outras políticas e processos quando consideramos a educação e sua relação com o trabalho em rede, ou quando os autores propõem a criação de campos ou núcleos específicos de atuação formados a partir de uma demanda intersectorial.

A partir do modo de “incorporação” da intersectorialidade nesses trabalhos foi possível visualizar propostas metodológicas de adoção do conceito ou metodologias de ação que consideram as principais noções que o termo carrega. Talvez mesmo sem uma definição precisa, tendo em vista as particularidades que autores e pesquisadores dos mais variados campos tenham sobre o termo, a intersectorialidade nos parece induzir novas relações e novas práticas e cada vez mais se torna um elemento fundamental ao se analisar uma política pública.

Todavia, vale destacar que a discussão em torno da intersectorialidade supera a lógica do “receituário técnico”, quando se toma a intersectorialidade apenas como um mecanismo gerencial, técnico e burocrático. Nesse sentido, a partir do aprofundamento da discussão ficam visíveis os temas que se relacionam com o debate e a constatação de que nenhum setor isoladamente conseguirá promover a saúde das populações e melhorar a qualidade de vida das pessoas sem “mexer” na dinâmica do poder. Essa discussão abre margem para discutir o papel do Estado, os desafios da Seguridade Social brasileira, a ampliação e efetivação dos direitos sociais e a orientação das políticas públicas para o bem-estar da população.

Nesta primeira análise não “definimos” um conceito para a intersectorialidade, o material coletado nos mostrou as principais temáticas que se relacionam com o termo, as ideias que se relacionam com uma ação intersectorial, bem como as abordagens teóricas e os principais autores que trabalham o tema.

1.3.4 Artigos de pesquisa bibliográfica

Nesta seção discutimos os 10 artigos que foram classificados na *categoria estudos bibliográficos*. As análises de algumas variáveis qualitativas dos referidos artigos geraram três subcategorias:

1) ***Cotidiano de trabalho***: artigos que investigam as práticas de categorias profissionais específicas ou de equipes multiprofissionais, com destaque para as ações intersectoriais desenvolvidas por esses atores sociais;

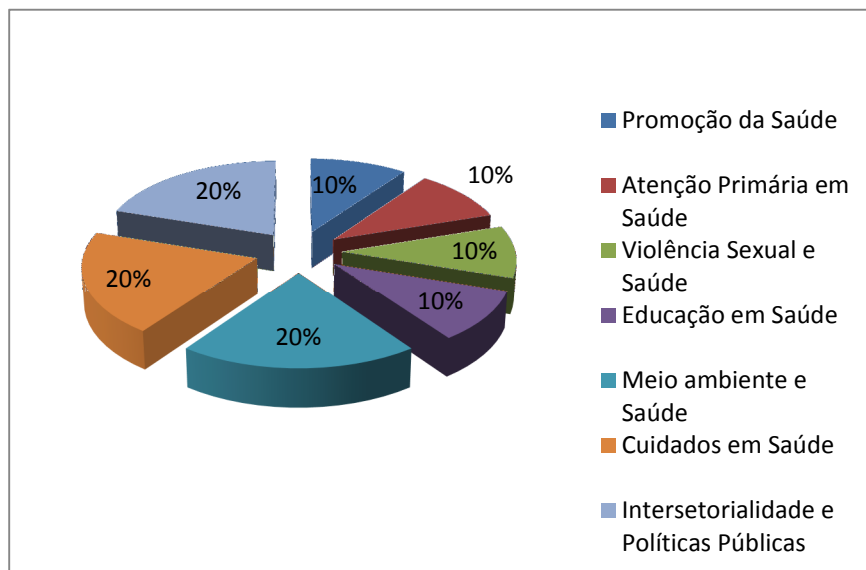
2) ***Intersectorialidade***: artigos que tomam o termo/conceito como objeto central do trabalhos, relacionando-o com os temas das políticas públicas;

3) ***Gestão de Políticas Públicas***: artigos que analisam a gestão de políticas, programas e serviços a partir da ótica da construção de ações intersectoriais.

Observamos que a maioria dos estudos, 50% (05) do total para esta categoria, tratam do Cotidiano de Trabalho, enquanto 30% (03) dedicam-se a Gestão das Políticas Públicas e 20% (02) dão centralidade à discussão teórica sobre a intersectorialidade.

Ressalta-se que em todos os trabalhos há uma “conexão” estabelecida entre a intersectorialidade com temas específicos da saúde e da gestão das políticas públicas, que parecem ser apenas equacionados em interface com a dimensão intersectorial. A intersectorialidade aparece como uma possibilidade transformadora das práticas profissionais e dos atuais modelos de gestão. Sobre essa relação, ao evidenciarmos os principais eixos-temáticos tratados pelos artigos, conforme o Gráfico 5, percebemos com maior clareza essa relação.

GRÁFICO 5- DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA POR EIXOS-TEMÁTICOS



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Com 20% respectivamente, destacam-se os trabalhos que abordam os temas da intersectorialidade e Políticas Públicas; Meio Ambiente em interface com a Saúde e os Cuidados em Saúde. Com 10% respectivamente seguem os temas: Promoção da Saúde; Atenção Primária em Saúde; Violência sexual e Saúde e Educação em Saúde.

No que se refere à relação entre Promoção da Saúde e Atenção Primária em Saúde, as discussões em torno da Promoção da Saúde no âmbito internacional têm desde os anos 1970 induzido a relação entre meio ambiente e saúde, o que nos leva a acreditar que daí emerge o interesse dos pesquisadores em investigar a produção nacional e internacional sobre essa relação, evidenciando os avanços e recuos de ações, estudos e pesquisas que integrem as duas áreas.

Por outro lado, aparecem temas contemporâneos decorrentes da implantação do novo modelo de atenção em saúde brasileiro tendo como referência a Promoção da Saúde e Atenção Primária em Saúde, como a questão da educação em saúde e a relação entre violência sexual e saúde.

Percebemos, a partir da evidência desses temas, que nesses trabalhos a intersectorialidade aparece como uma dupla função: 1) demonstrar que o enfrentamento de questões do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde como violências (sexual ou no âmbito escolar) ou questões bioéticas (relação entre médico/paciente; equipe/comunidade) podem ser mediadas por ações intersectoriais ou por uma perspectiva intersectorial de se

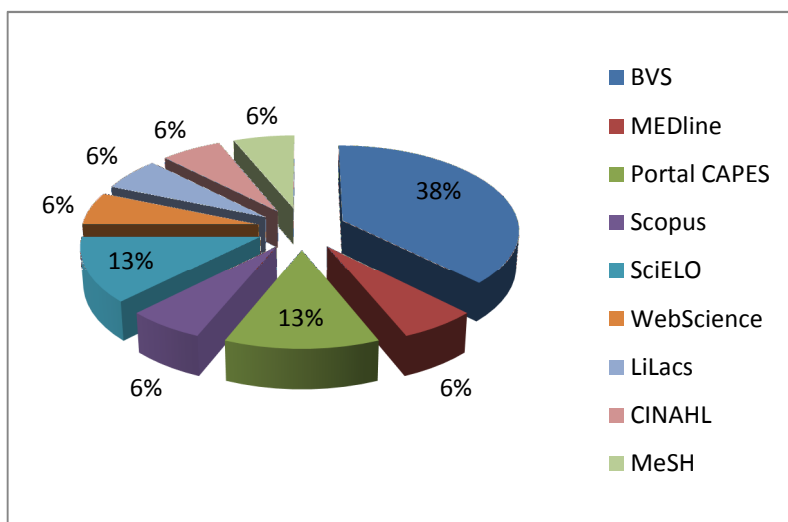
abordar o problema; 2) emerge como função ético-política, uma possibilidade de construção de uma mediação entre as diversas políticas públicas para dar resolubilidade às questões tratadas, mas também como um princípio a ser buscado pela equipe profissional como um “*Ethos*” do cuidado.

Com relação ao âmbito das pesquisas destacaram-se os estudos em âmbito nacional e internacional. Assim, observamos que as pesquisas bibliográficas realizadas abrangeram estudos em sua maioria com publicações no âmbito nacional (60%), enquanto os estudos com coleta de material em âmbito internacional aparecem com 40% dos trabalhos.

Os estudos internacionais privilegiaram principalmente a revisão de literatura sobre a atenção Primária nos âmbitos nacional e internacional; violência sexual; e relação entre saúde e meio ambiente. Os estudos nacionais versaram principalmente sobre a intersectorialidade e as políticas públicas, as práticas de cuidado pelos profissionais de saúde na ESF, violência na escola e educação em saúde.

Com relação às bases de dados consultadas pelos estudos, destacam-se de acordo com Gráfico 6:

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA PELAS BASES DE DADOS PESQUISADAS



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Destacam-se, com 38% dos trabalhos, a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), seguida pelo Portal de Periódicos da CAPES e pelo portal SciELO, com 13% respectivamente. Com 6% respectivamente aparecem as demais bases de dados.

A BVS consiste numa plataforma de dados para a América Latina e o Caribe que agrupa bases de dados com as publicações em saúde, conduzida pela BIREME/OPAS/OMS. No Brasil, o portal da BVS é coordenado em conjunto pelo Ministério da Saúde (MS) e pela representação no país da BIREME/OPAS/OMS. O portal de periódicos da CAPES tem um importante papel para os Cursos de Pós-Graduação no Brasil, o qual abriga várias bases de dados e o repositório nacional de teses e dissertações dos Programas regulamentados pela CAPES. O portal *SciELO* também é uma importante plataforma, principalmente por indexar revistas das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais.

No conjunto, os artigos selecionados na categoria de pesquisas bibliográficas contribuem para perceber a dimensão das possibilidades de investigação da intersectorialidade com outros temas, e principalmente em várias dimensões seja sobre o cotidiano profissionais, os cuidados em saúde ou as práticas de gestão das políticas públicas. Observamos que apenas nos artigos da categoria específica correspondente ao termo (intersectorialidade) há uma preocupação conceitual, principalmente em definir um conceito preciso para o termo, mas essa preocupação acaba sendo eclipsada pelas possibilidades de integração, arranjos e ações que a intersectorialidade pode induzir nas dimensões já mencionadas. No entanto, é evidente, por se tratar de estudos bibliográficos, que há uma produção crescente de pesquisas dessa natureza que demonstram as possibilidades de uso para o termo. Muitas vezes percebemos, em alguns trabalhos, notadamente os de âmbito internacional, que o termo não era o objeto fulcral dos estudos, mas sim uma espécie de “consequência lógica” para o desenvolvimento do tema principalmente em interface com outra área temática. Por exemplo, os estudos de levantamento sobre a violência sexual ou violência escolar e suas implicações com o âmbito da saúde, seja no tratamento teórico- metodológico ou no âmbito da construção das práticas sociais, passam por conexões interdisciplinares e intersectoriais.

Nesse sentido, a intersectorialidade possibilita a criação de uma linguagem transversal às áreas e outros conhecimentos, o que nos leva a pensar nas ideias trabalhadas pelos teóricos da temática que sugerem a criação de espaços de comunicação, interação e socialização de saberes e experiências intersectoriais.

1.3.5 Artigos sobre relatos de experiências

De um modo geral, os artigos classificados na categoria *relatos de experiências* dão evidências mais concretas sobre o uso da intersetorialidade em ações profissionais e de gestão. Assim, nossas análises indicaram duas subcategorias de publicações:

1) ***Práticas intersetoriais***: artigos que apresentam experiências de práticas profissionais em equipes de saúde de caráter intersetorial;

2) ***Práticas de Gestão Intersetorial***: artigos que discutem experiências de gestão em programas e projetos sociais de natureza intersetorial no âmbito local e nacional.

Observamos que 57% dos artigos apresentam experiências de práticas intersetoriais enquanto 43% evidenciam práticas de gestão intersetorial.

Com relação aos temas tratados pelos referidos artigos, destacaram-se uma variedade, mas que de certa forma já foram contemplados anteriormente no decorrer dessa análise. Assim, evidenciam-se os seguintes temas: ESF; Promoção da Saúde; Atenção Básica e Vigilância Alimentar; Cuidados em Saúde; Controle Social; Formação em Saúde; Violência Sexual e Adolescência.

Por se tratar de artigos classificados como relato de experiências, achamos pertinente observar de qual seguimento eram oriundos seus autores. Assim destacamos três segmentos sociais: Profissionais dos serviços de saúde (29%); Pesquisadores/docentes (57%) e profissionais do âmbito da gestão das políticas públicas (14%).

Dentre as experiências destacamos que 86% são de âmbito local, circunscrita a um município e/ou região, e apenas 14% de âmbito nacional e especificamente na construção de uma política de âmbito nacional.

Os estados onde essas experiências se desenvolveram foram três: São Paulo (60%); Rio de Janeiro e Amazonas (20%, respectivamente).

Considerando os artigos classificados como relato de práticas profissionais, destacamos a estreita conexão no campo das práticas sociais de cuidado em saúde entre interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Evidência esta que já foi demonstrada por autores da saúde coletiva e dos pesquisadores do tema. Percebe-se uma estruturação de ações coletivas e estratégias de atuação mais complexas com capacidade de enfrentamento dos problemas apresentados que também são considerados complexos

(WIMMER; FIGUEIREDO, 2006). Nesse sentido, a intersectorialidade é tomada nesses trabalhos como uma prática de coordenação e cooperação de diferentes atores e de integração ou articulação entre os setores, que se complementam e interagem para a resolução dos problemas complexos.

No entanto, para além da capacidade técnica dos profissionais e da ação política para a construção da intersectorialidade, os artigos trazem um elemento fundamental para a construção e enfrentamento dos problemas de saúde nos territórios, que seja a participação mais ativa da comunidade. Para os autores, por meio da compreensão de suas demandas, de suas subjetividades e cultura, seria possível integrá-los ao processo de construção das ações em saúde e ao planejamento local. Assim, desta forma, através do estímulo à autonomia da comunidade e ao seu empoderamento do direito à saúde, percebe-se, nos casos relatados, um melhor espriamento das ações intersectoriais nos territórios.

Fica evidente que as ações intersectoriais e suas iniciativas de articulação conceitual concretizam-se em diversos espaços, nos serviços de saúde articulados com outros serviços sociais espalhados pelos territórios, nas universidades, onde emergem discussões conceituais sobre o tema e projetos de articulação intersectorial entre saúde, universidade e comunidade, e, sobretudo, nos órgãos definidores das políticas sociais. Evidenciamos também que cada vez mais emergem propostas intersectoriais nos espaços sociais do cotidiano das pessoas da comunidade, como na escola, nos grupos comunitários, no ambiente de trabalho, etc. Essas ações têm estimulado o fortalecimento do nível local por meio da intersectorialidade e da participação social (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

Assim, a partir da leitura do conjunto desses trabalhos entendemos a intersectorialidade como um campo conceitual, mesmo que em construção, mas que já possui uma direção concreta no sentido de propor uma articulação, integração e compartilhamento de uma agenda política, técnica e ética para as políticas públicas e para as práticas sociais. Entendida, também, como um campo político, não apenas limitada às práticas de gestão, mas um campo da proposição de ideias, princípios e diretrizes que devem orientar o processo de construção das políticas públicas. E também como um campo metodológico onde se integram as práticas sociais em suas várias dimensões de ordem objetiva, subjetivas e culturais, representando de certa forma um verdadeiro “ethos” nas atuais práticas de cuidado em saúde.

Portanto, a partir das experiências relatadas a intersectorialidade nessas várias acepções ou dimensões acaba por se materializar em micro e macro-estratégias intersectoriais. Muitas vezes percebe-se um melhor desenvolvimento das ações intersectoriais quando há uma

combinação de esforços no âmbito micro e macro das políticas públicas. Vale destacar que a nosso ver no âmbito das micro-estratégias, principalmente aquelas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, evidenciam-se também as que surgem a partir da iniciativa da própria comunidade por meio dos seus grupos sociais, redes de apoio e outras instituições sociais presente nos territórios. Na macro-estratégia, além da segurança da proposição da intersetorialidade na agenda política e do financiamento, é necessária uma disposição e abertura ao diálogo, ao compartilhamento e à troca de saberes e experiências entre planejadores, gestores, técnicos e comunidade.

Enfim, na composição entre micro e macro-estratégias intersetoriais conjugaria a criação de um espaço transversal de diálogo entre essas dimensões na construção de uma linguagem própria à prática da intersetorialidade.

No entanto, mesmo com o relato de experiências até consideradas “exitosas” há também a constatação das dificuldades colossais para a implementação dessas ações intersetoriais, seja no âmbito local ou no âmbito nacional. Todavia, nos parece mais complicado o desenvolvimento destas ações no âmbito local, quando não há uma compreensão dos gestores locais sobre a importância da intersetorialidade para as atuais práticas de gestão das políticas públicas e, conseqüentemente, no impulsionamento das práticas de cuidado em saúde.

Mesmo com o bom envolvimento das equipes multiprofissionais e na disposição de se articularem para um trabalho intersetorial e constituindo-se uma rede de colaboração, esbarram na falta de receptividade dos governantes, de apoio político e financeiro. Nas experiências relatadas ficou evidente que o “êxito” das propostas e os bons resultados foram provenientes da combinação dos esforços da equipe de trabalho e da própria comunidade. Daí a emergência desse elemento como fundamental para o desenvolvimento das ações intersetoriais no âmbito local ou na constituição de micro estratégias.

Certamente, a falta de apoio no desenvolvimento dessas ações surge da própria constituição histórica das políticas públicas brasileiras marcadas pela inexistência de articulação, de debate com os segmentos sociais e, principalmente, de conexão com os princípios da seguridade social inscritos na constituição federal.

Percebe-se que mesmo com essas experiências positivas, ainda são necessários muitos avanços para que a intersetorialidade seja integrada nas práticas de gestão das políticas

públicas com mais efetividade, transformando-se assim num princípio ético-político ou numa forma de linguagem transversal às políticas e às práticas sociais de saúde.

1.3.6 Artigo sobre pesquisa-ação

Apenas um trabalho foi classificado como pesquisa-ação, o qual merece nossa atenção. O estudo trata da análise da percepção de algumas equipes da ESF de um município do sul do país sobre o trabalho de grupo desenvolvido com os usuários das referidas equipes. Apoiados na concepção de Promoção da Saúde difundida pela Carta de Otawa (1986) que a definem,

[...] como um processo de capacitação de indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...] Apresenta como estratégias principais a “implementação de políticas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária; e o desenvolvimento de habilidades pessoais” (BUSS, 2000 apud ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012, p. 402).

A partir dessa definição os autores compreendem a Educação em Saúde, consubstanciada nas ações educativas desenvolvidas pelas equipes da ESF, como um espaço de exercício da promoção da saúde, da “implementação de políticas saudáveis”, e do reforço ao autocuidado dos usuários dos serviços de saúde. Para compreender como são desenvolvidas essas atividades, e principalmente a percepção de seu desenvolvimento para profissionais e usuários (como ficou claro no decorrer do artigo), os autores propõem como metodologia de investigação o “itinerário freiriano”, baseado no método de Paulo Freire, que consiste na criação de “círculos de cultura”, que consiste na criação de um espaço de diálogo e troca de experiências entre equipe e comunidade. O itinerário freiriano consiste na interligação de três fases: 1) identificação de temas extraídos da realidade dos participantes dos círculos; 2) contextualização e problematização dos temas geradores; 3) leitura crítica com a tomada de consciência da realidade (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012).

A partir dessa metodologia foi proposta a realização de 6 círculos, sendo 3 em cada equipe de saúde, com assessoramento dos autores que na medida em que implementavam a metodologia da pesquisa trabalhavam juntamente com as equipes para o planejamento,

discussão e instrumentalização dos mesmos para uma mudança das práticas de organização e execução dos grupos.

Assim como resultados levantaram, a partir do confronto das opiniões dos usuários e profissionais, as principais dificuldades sentidas pela população na participação dos grupos de saúde. Destacaram o preconceito em participar da atividade tendo em vista que foi avaliado que os grupos tinham o foco na doença, a exemplo do grupo para pessoas com diabetes e hipertensão, entre outras patologias. Falta de estímulo para a participação bem como a falta de comunicação, muitos alegaram que não sabiam quando as atividades eram realizadas e a dificuldade de compreender como era desenvolvido o trabalho dentro do grupo.

Para os autores a experiência foi interessante, pois possibilitou o estabelecimento de uma comunicação mais aberta entre equipe de saúde e comunidade. Os usuários tiveram a oportunidade de refletirem sobre seu papel no contexto local da saúde e os profissionais reverem suas práticas de cuidados.

Os autores ainda concluíram que, a partir do levantamento dos temas e da observação do trabalho realizado com os grupos de saúde, este trabalho contempla apenas algumas dimensões dos princípios da Promoção da saúde conforme a Carta de Ottawa. No entanto, mesmo com a fragilidade dessas ações evidenciaram a presença de um trabalho intersetorial e certa disposição da equipe para o desenvolvimento dessas ações. No entanto, compreendem que para uma maior efetivação das ações intersetoriais ou para seu pleno desenvolvimento, seria necessário uma abertura para os recursos socioculturais do território.

Apesar do trabalho não ser centrado na intersetorialidade, esta aparece na discussão como uma importante dimensão de efetivação da promoção e da educação em saúde. Não há nenhuma definição conceitual para o termo no trabalho, mas ela está presente como algo tácito nas práticas de saúde.

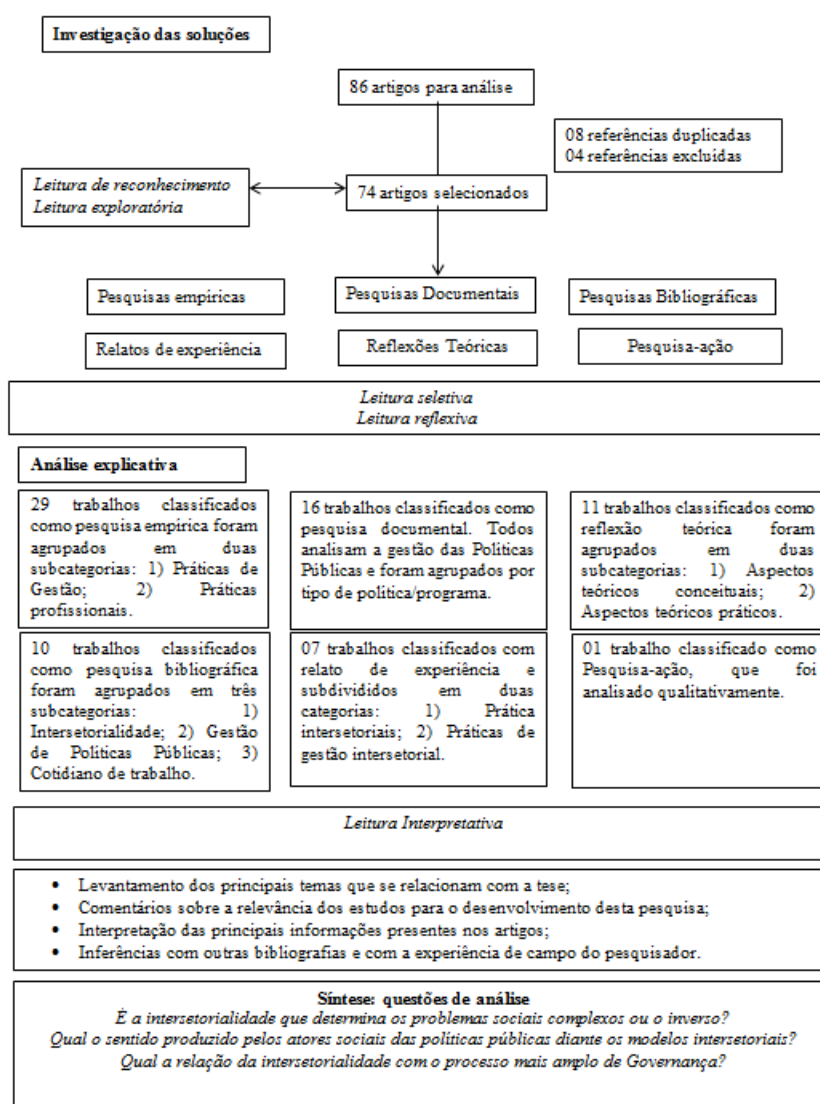
Os autores ressaltam a importância das ações intersetoriais como um mecanismo de valorizar a participação social e a dimensão cultural das comunidades dos territórios. O que nos pareceu bem interessante essa articulação, pois ela também está presente em outros trabalhos que foram analisados. Assim, temos a ideia que o desenvolvimento da intersetorialidade passa também pela integração dos saberes e das experiências das comunidades e não apenas dos serviços públicos presentes nos territórios.

O trabalho nos apresentou uma dimensão interessante ao combinar metodologias de investigação e intervenção ancoradas no aporte teórico freiriano, o que a nosso ver é uma característica bastante positiva dos estudos interdisciplinares.

1.4 Síntese da Revisão Sistemática: construindo um quadro analítico de referência

A partir da análise de nossa pesquisa com o descritor *intersectorialidade*, construímos um quadro síntese com o percurso metodológico utilizado e as principais categorizações empreendidas, por fim, aglutinamos as nossas principais observações em três questões de análise que nos auxiliaram a definir o quadro conceitual que subsidiará as demais etapas do estudo.

FIGURA1- REVISÃO SISTEMÁTICA DO DESCRITOR *INTERSETORIALIDADE* NA BASE DE DADOS SCIELO E PERCURSO CATEGORIAL TEMÁTICO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Conforme já explicitado anteriormente, a fase da investigação das soluções consistiu no levantamento bibliográfico bem como na leitura de reconhecimento e exploratória dos conteúdos dos artigos, o que nos permitiu classificar as pesquisas de acordo com as metodologias empregadas em seis grandes tipos.

Na fase da Análise explicativa foram feitas as leituras seletiva e reflexiva do material coletado na íntegra para perceber os temas e as principais conexões e ancoragens estabelecidas pelos autores. Nessa fase, dentro de cada tipo de estudo foram criadas categorias para alocar um conjunto de artigos que preservavam características semelhantes, quer seja pela temática, por tipo de política, pela abordagem dada aos temas e, principalmente, pela forma com definiam intersetorialidade. Ainda nessa fase foi realizada uma análise descritiva dos temas, que foram agrupados nos gráficos e nas tabelas, que foram devidamente justificadas e explicadas ao longo do texto.

Na Leitura Interpretativa os temas levantados foram agrupados de modo a criar uma rede de conexões com a intersetorialidade e também favorecer aproximações com o nosso objeto de investigação. As principais conclusões dentro de cada tipo categorial foram incorporadas ao texto juntamente com a análise descritiva de cada categoria.

Nesse sentido, esta seção está estruturada de modo a responder as questões propostas em nosso quadro-síntese. No subitem 1.4.1 construímos uma discussão que converse para uma resposta à primeira questão e corrobora para uma compreensão da relação entre a intersetorialidade e os problemas sociais complexos. No subitem 1.4.2 apresentamos uma discussão, com base em nossas escolhas teóricas, que conflui para uma definição da intersetorialidade.

No fim desta seção, propomos um quadro analítico sobre a intersetorialidade que nos dê a possibilidade de compreender as formas de integração e interação das políticas públicas e coordenação e cooperação dos atores sociais que atuam nesse âmbito.

As análises referentes às categorias da *Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* e da *Saúde Mental e Intersetorialidade* serão apresentadas nos próximos capítulos desta primeira parte da tese.

1.4.1 Resposta à Primeira questão: setorialidade e os problemas sociais complexos

Como observamos por meio da nossa pesquisa bibliográfica o termo intersectorialidade possui uma rica diversidade semântica, o que nos leva a acreditar que este termo não tem sido definido com precisão. Evidencia-se na verdade um conjunto de noções empregadas ao termo, que nem sempre estão articuladas, mas que tentam traduzir processos complexos de intervenção na realidade social e organizar experiências e práticas no âmbito da gestão das políticas públicas. Neste sentido, corrobora-se com Pereira (2014) quando aponta que a imprecisão da intersectorialidade é terminológica e não conceitual tendo em vista que a intersectorialidade ainda não é um conceito, ou seja, não é uma formulação teórica representativa dos fatos sociais captados pelo processo científico de produção do conhecimento. Em outras palavras, a intersectorialidade não é um conceito científico.

Apesar de verificarmos um movimento crescente na produção científica de estudos sobre a temática na última década e de reconhecer a importância deste debate para o campo das políticas públicas e para as práticas sociais, a constatação que a intersectorialidade não é um conceito definido fica bastante evidente.

Ribeiro (2014, p. 10) captura bem esse processo de imprecisão em torno da intersectorialidade quando sintetiza o movimento de expansão semântica do termo em quatro *tempos* distintos, que são organizados de maneira decrescente pela autora:

Tempo 3: uma experiência do campo da gestão das políticas públicas, ou seja, uma simples prática gerencial;

Tempo 2: o reconhecimento da eficácia dessa experiência de gestão levou a incorporação do planejamento estratégico;

Tempo 1: a experiência de gestão e do planejamento levam ao diálogo necessário sobre as prioridades e as definições das políticas;

Tempo 0: quando as finalidades e os fins de uma determinada política são postas na mesa para uma pactuação e construção coletiva.

Para a referida autora esses *tempos* resumem as sucessivas metamorfoses da ideia de intersectorialidade, mas não correspondem a todo o seu potencial, elasticidade e direções que as discussões em torno do termo assumem. Todavia, aponta esse movimento dos *tempos*

decrecentes como fundamental para superar a lógica utilitarista dada a intersectorialidade e a incorporação das aprendizagens promovidas por esse processo na construção das políticas públicas. Nesse sentido, afirma que o movimento de resignificação semântica do termo não se limitou ao seu aspecto gerencial, mas tem produzido uma nova estrutura de significados, construída a partir de práticas sociais diversas e de intervenções no cotidiano das populações em seus territórios (RIBEIRO, 2014).

O desenvolvimento da nossa pesquisa bibliográfica evidenciou diferentes formas de incorporação da ideia de intersectorialidade em seus aspectos práticos, metodológicos e “conceituais”. Advém também a perspectiva que a ideia de intersectorialidade tem “remodelado” o debate em torno de várias questões, como a definição e enfrentamento da pobreza, dos problemas relacionados ao meio ambiente, da saúde, da moradia, do envelhecimento e das práticas sociais, principalmente dos profissionais de saúde.

Akerman et al (2014) constata também em sua pesquisa bibliográfica que há um polissemia para o vocábulo intersectorialidade. O autor examina a aproximação das ideias sobre intersectorialidade com as teorias do pensamento complexo que tentam prover uma base teórica de sustentação do termo e também para a construção de uma “práxis intersectorial” apoiada em pesquisas avaliativas e menos empíricas. Ainda para aquele autor esse caminho indubitavelmente convergirá para um conceito operacional da intersectorialidade (modelo de gestão), desenvolvido por um processo sistemático de planejamento, articulação e cooperação entre os diversos setores sociais e das políticas públicas. Defende a perspectiva que não há um banco “congelado” sobre a intersectorialidade e que cada experiência ou cada situação-problema demandará um tipo particular de articulação e intervenção, imprimindo assim uma característica própria a esse arranjo intersectorial.

Nessa lógica, Akerman e seus colegas (2014) propõem seis caminhos analíticos para se pensar a intersectorialidade:

Primeiro caminho: políticas públicas integradas e estratégias intersectoriais,

Segundo caminho: hipótese comunicacional,

Terceiro Caminho: cotidiano das políticas públicas,

Quarto caminho: trabalho em rede e participação social,

Quinto caminho: empreendimentos intersectoriais,

Sexto caminho: saúde em todas as políticas.

No *Primeiro caminho*, os autores evidenciam dois fundamentos para se pensar as políticas públicas integradas por meio da estratégia da intersectorialidade: os *fundamentos políticos* e os *fundamentos técnicos*. Nos *fundamentos políticos* temos o destaque para a integração e a articulação como uma decisão política fundamental. E nos fundamentos técnicos a coordenação e cooperação intersectorial propriamente dita, por meio das ações/atividades dos atores sociais.

No *Segundo caminho* os autores alertam que a hipótese comunicacional converge no “dilema intersectorial” quando há o reconhecimento da necessidade de uma gestão intersectorial, tensionado por um dissenso no âmbito prático.

No *Terceiro caminho* alertam para a evidência da aplicabilidade da intersectorialidade no cotidiano das políticas públicas, principalmente no SUS, e destacam os limites para essa aplicabilidade. Os autores afirmam que a literatura tem descrito essa aplicabilidade como experiências pontuais, fragmentadas e sem mecanismos de sustentabilidade.

No *Quarto caminho* os autores fazem referência à potencialidade do trabalho em rede e das iniciativas de participação social, e levantam o questionamento se essas iniciativas constituem um processo ou um resultado da intersectorialidade.

No *Quinto caminho* os autores abrem a possibilidade da definição da intersectorialidade como um dispositivo de escuta qualificada, de busca de objetivos comuns e de respeito às diferenças. Ainda nesse aspecto para eles o ponto de partida seria analisar os empreendimentos intersectoriais nos níveis macro, meso e micro da gestão e da produção de cuidado.

No *Sexto caminho* os autores enfatizam a inspiração na 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada na Finlândia em 2013, que sugere a abordagem integral dos aspectos de saúde em todas as políticas públicas e advoga a avaliação de todo o governo nos impactos das distintas políticas.

Desta feita Akerman et al (2014) afirmam que há uma multiplicidade de questões e aspectos para se investigar e analisar a intersectorialidade nas políticas públicas e nas práticas sociais e defendem a ideia, margeada pela imprecisão terminológica, que não existe uma intersectorialidade, mas sim *intersectorialidadeS* (grafia dada pelo autor), que como ondas vão se revelando, se alternando e se transformando ao longo do tempo em decorrência das conjunturas e dos atores sociais.

Ainda para os autores, a última onda ainda está por vir, que seria a interdependência “generosa” em que as *intersectorialidadeS* não serão apenas a instalação de arranjos multisetoriais, mas o compromisso ético-político do Estado e sua gestão em compreender que as políticas servem ao interesse comum (AKERMAN et al., 2014).

Tanto Rebeiro (2014) e Akerman et al (2014) quanto Pereira (2014), semelhante ao nosso estudo, evidenciaram a imprecisão terminológica e conceitual para a intersectorialidade. Também apontam certo devir para as discussões em torno da temática, mas não problematizam o futuro possível para as mudanças que o termo tem assumido.

Portanto, é concreta a constatação da imprecisão do termo intersectorialidade como também a busca de compreendê-la em suas dimensões e enquanto processo em curso. Nossa análise é que a intersectorialidade se encontra numa fase profícua de discussões que levará o debate sobre as políticas públicas no Brasil para outro patamar. Entretanto, é preciso superar esse debate e conectar essa discussão com processos mais amplos.

Pudemos evidenciar as potencialidades do termo, tanto pelas ideias que congrega quanto pela diversidade dos usos da intersectorialidade na produção científica que foi observada em nossa pesquisa bibliográfica.

Para efeitos de análise propomos em nossa **Síntese** discutir e responder a duas questões que levantamos no decorrer desta etapa da pesquisa bibliográfica e que refletem os aspectos que pretendemos relacionar com a construção do nosso quadro de referência:

1. *É a intersectorialidade que determina os problemas sociais complexos ou o inverso?*
2. *Qual o sentido produzido pelos atores sociais das políticas públicas diante os modelos intersectoriais?*

Pretendemos responder a primeira questão da nossa síntese.

Mesmo diante da multiplicidade de abordagens, questões e definições, e como resultado da nossa síntese integradora, elegemos dois aspectos que, para nós, são fundamentais para pensar um novo quadro analítico referencial para a intersectorialidade: a ideia de *setorialidade* e o conceito de *problemas sociais complexos*. Em nossa pesquisa bibliográfica, e nos estudos que utilizamos como referência, constatamos que o elemento “setor” é campo comum na definição e até mesmo na produção do sentido sobre a intersectorialidade.

Outro traço que tem delimitado a razão de ser das estratégias intersetoriais, mas que notadamente não é qualificado pelos trabalhos analisados, refere-se à natureza dos problemas sociais complexos. A primeira impressão é que não há uma relação estrita entre os dois termos, *setorialidade* e *problemas sociais complexos*, mas tentaremos elucidar essa relação demonstrando a necessidade de clarificação desses termos para podermos avançar na construção do nosso quadro analítico.

Trataremos inicialmente da *setorialidade*. Comumente os autores dos artigos analisados situam a intersetorialidade como um modelo de gestão cuja principal característica seria a superação da setorialidade das políticas públicas, ou seja, da lógica da gestão organizada em setores específicos. Então, o termo “setor” passou a ser um ponto comum tanto na definição das políticas públicas quanto nos esboços de conceituação da intersetorialidade. Para Marques (2000, p.22), setor seria “um conjunto de papéis sociais estruturados em torno de uma lógica vertical e autônoma”. A lógica do setor representa frequentemente uma lógica profissional, agrupando os atores sociais de um determinado campo profissional, suas ideias e suas práticas. Embora esse seja o traço característico do setor, não podemos defini-lo como um espaço homogêneo, tendo em vista o jogo de ideias e conflitos em torno das estratégias e práticas que integram a lógica setorial (SANTOS 2011).

No entanto, para Santos (2011) é necessário compreender que há uma linha que diferencia o setor enquanto campo específico de atividade por especialidade. Essa fronteira se torna mais tênue quando o foco das políticas públicas não se circunscreve dentro desses limites, como sucede, por exemplo, com as políticas públicas “temáticas”: crianças e adolescentes, saúde mental, combate a pobreza, onde são agrupados diferentes atores profissionais de formações distintas.

Portanto, a dificuldade de delimitar os contornos precisos aos setores tem levado a falta de comunicação entre as áreas na gestão das políticas bem como na cooperação entre os diferentes atores sociais dentro do mesmo setor e entre setores. Nessa lógica, a intersetorialidade, na definição da maioria dos autores analisados, se inscreve nesse campo em romper com essa perspectiva setorial e promover essa interação entre os atores sociais dos diferentes setores.

No entanto, patilhamos da ideia de Pereira (2014) que a noção de setor não corresponde à realidade social, uma vez que ela não é setorializada. Assim, consideramos que os referidos “setores” das políticas públicas, como saúde, previdência, assistência e educação, fazem parte de uma realidade complexa e que cada política incorpora elementos das demais

políticas, o que dificulta sua definição. Portanto, a definição de setor é um arranjo técnico/burocrático criado para facilitar a gestão dos problemas sociais que se proliferam no campo das políticas públicas.

Assim, enquanto *arranjo técnico* o termo setor não pode ser tomado para definir políticas integradas ou estratégias de ações integradas. Embora a intersectorialidade seja identificada como a superação da lógica “setorial”, observa-se nos artigos analisados que essa superação não está inscrita na “destruição” do setor e de sua lógica, mas sim na articulação de saberes e experiências, na construção de espaços de aprendizagem e de diálogo.

Portanto, a lógica setorial só faz sentido se for pensada como arranjo técnico/burocrático, talvez para facilitar a organização das instituições e a partilha de recursos, mas não serve para definir a divisão do conhecimento, das experiências e das práticas (PEREIRA, 2014).

Nesse sentido, o que a intersectorialidade pretende integrar não são propriamente os “setores”, mas as políticas e as práticas sociais que elas engendram, e nessa interface também se destacam os atores sociais como elemento fundamental da coordenação/cooperação das práticas dentro do campo das políticas públicas (PEREIRA, 2014; CARVALHO; CAVALCANTI, 2013).

Se a lógica do “setor” não pode ser utilizada para definir a intersectorialidade, qual o parâmetro que nós utilizaremos para compreendê-la? Para problematizar essa questão, destacamos o segundo aspecto que observamos em quase todos os artigos analisados: *os problemas sociais complexos*. Vale destacar que mesmo fundamentando a compreensão da intersectorialidade tendo como referência a lógica do “setor”, observamos também a recorrência à existência dos problemas sociais complexos para justificar a necessidade da intersectorialidade, tendo em vista a incapacidade dos “setores” em darem conta desses problemas. Então, conforme observamos em nossa pesquisa bibliográfica, a denominação de “problemas sociais complexos” tornou-se uma metáfora explicativa para intersectorialidade, o que acarretou a necessidade de clarificar este conceito e buscar compreender as relações concretas que se estabelecem entre os dois termos.

Os problemas sociais complexos têm sido caracterizados na literatura como de difícil definição, considerando que para tanto seria necessário um diagnóstico. Esse diagnóstico, por sua vez, exige conhecimentos e indicadores de áreas muito diferentes, considerando o caráter multidimensional e interdisciplinar desses problemas. Portanto, dada a sua natureza, as

“soluções” para os problemas sociais complexos podem ou devem envolver uma variedade de conhecimentos, atores, instituições, níveis de governo e organizações, cuja interação e cooperação são necessárias (MADURO 2014).

Mota (2014) aponta que os problemas sociais complexos correspondem a questões para as quais não há uma solução linear, dada à incerteza em definir o termo, a imprecisão das suas causas e até mesmo a inexistência de uma solução clara.

Tanto Roberts (2014) quanto Vandebroek (2014), fazendo referência ao texto de Rittel e Webber (1973) sobre problemas complexos, apontam que se não há uma definição para o termo, então não faz sentido procurar classificá-lo. Todavia, para Roberts (2014) é preciso ao menos distinguir os problemas complexos dos problemas simples ou dos problemas complicados.

Para aquela autora, é necessário construir um quadro de referência que sirva de orientação para esse tipo de problemas, tendo em vista que o termo “problemas complexos” passou a ser largamente utilizado para justificar processos distintos. Essa diferenciação/especificação proposta por Roberts, a nosso ver, é importante porque a definição de “problemas complexos” aplica-se ao caso da intersectorialidade.

Trazemos o quadro proposto pela autora:

QUADRO 5 – AS CARACTERÍSTICAS DOS PROBLEMAS COMPLEXOS, SEGUNDO RITTEL E WEBER (1976) ORGANIZADO POR ROBERTS (2014).

1. Não existe uma definição definitiva de um problema complexo;
2. As soluções dos problemas não são verdadeiras ou falsas, mas boas ou más;
3. Não existe uma fórmula de testar instantaneamente uma solução para um problema complexo;
4. Todas as soluções para os problemas complexos são “oportunidades únicas”, porque não é possível aprender por tentativa e erro, uma vez que todas tentativas são importantes;
5. Os problemas complexos não dispõem de um conjunto determinável de soluções possíveis nem existe um conjunto bem descrito de operações permitidas que possam ser integradas no plano;
6. Todos os problemas complexos podem ser considerados como uma manifestação de outro problema;
7. A existência de uma discrepância na representação de um problema complexo de outro problema;
8. Quem planeja não tem direito de errar.

Fonte: Roberts (2014).

Roberts (2014) esclarece que o quadro proposto é útil para clarificar a compreensão dos problemas complexos e, principalmente, para auxiliar a distingui-los de outros tipos de

problemas. Entretanto, para aquela autora há um denominador comum presente nesse quadro, que seja o nível de discordância ou ausência de consenso no que se refere à resolução dos problemas. Nos problemas simples existe um grau maior de consenso sobre qual é o problema e quais são as soluções. Os problemas complicados reúnem algum consenso ou em torno da definição do problema ou em suas soluções, mas permanece alguma discordância. Os problemas complexos não reúnem consenso nem em torno dos problemas e nem em torno das soluções, o que gera, conseqüentemente, altos níveis de conflito na definição das respostas.

Portanto, para a referida autora a questão estaria centrada não mais na busca de um conceito preciso para os problemas complexos, mas sim na alternativa de se investigar o contexto onde os problemas se desenvolvem e nesse mesmo contexto encontrar diversas definições dos problemas e das soluções. Assim,

[...] mapear o contexto de resolução de problemas com múltiplos enquadramentos sobre “o” problema, “a” solução, e as diversas partes interessadas e suas prioridades é uma forma muito mais adequada de compreender a complexidade do contexto do que a tentativa arbitrária de rotular um problema (ROBERTS, 2014 p. 31).

Nesse sentido, a autora prefere falar em uma abordagem de resolução dos problemas complexos mais adequada ao contexto. Deste modo, nos apresenta um quadro sistematizado a partir das abordagens encontradas em artigos científicos sobre as abordagens à solução dos problemas sociais complexos. Mas alerta que nem todas as abordagens podem ser úteis tendo em consideração os diferentes contextos.

Vandenbroeck (2014) tece uma contundente observação sobre os problemas complexos:

Um problema complexo não é uma coisa, mas sim uma construção social. É um modo específico de ver o mundo, de enquadrar os desafios que enfrentamos atualmente. Podemos identificar a complexidade tanto à escala macro do planeta como à escala micro de uma pequena comunidade. A própria decisão de ter uma perspectiva complexa é uma opção. Não deve impedir-nos de reconhecer os benefícios da simplicidade e a utilidade de uma abordagem heurística na compreensão da complexidade (VANDENBROECK, 2014, p. 41).

Para o autor, apresentar uma questão enquanto complexa permite-nos desenvolver um conjunto alargado de estratégias de resolução, ou seja, constitui um incentivo para se estudar os contextos e possibilitar a criação de uma “bússola” mais resistente para estudar a realidade.

Na construção dessa abordagem Vandenbroeck (2014) elege um conjunto de competências necessárias para se abordar os problemas sociais complexos: a *metodologia dos sistemas*, o *diálogo*, e o *design*. Para o autor, essas três competências conjugadas são úteis para lidar com a complexidade.

Na competência denominada *metodologia des sistemas*, o autor aponta que a questão principal está centrada na compreensão de como uma entidade (insere-se aqui uma organização, uma política, uma instituição, etc.) preserva a sua integridade num contexto em constante mudança. Nessa perspectiva, tal competência estaria focada na capacidade de criar modelos conceituais da área de onde o problema está sendo estudado. No entanto, o autor considera que os modelos são uma representação rudimentar, mas, na sua essência, fiel a realidade (VANDENBROECK, 2014, p. 42).

Assim, para o autor:

Os modelos são importantes, mas apenas enquanto meios para criar um debate produtivo sobre a questão que enfrentamos. O importante não é conceber imagens sofisticadas da realidade. Os modelos são instrumentos pragmáticos para revelar as nossas divergências, identificar pontos comuns e passar à ação (CHECKLAND, 1999 apud VANDENBROECK, 2014, p. 43,).

Na competência *Diálogo*, o autor faz referência ao capital social necessário para promover as mudanças pretendidas, considerando que os problemas complexos não existem no vazio, estão sempre enraizados num determinado lugar (território, comunidade, organizações), portanto o diálogo seria um meio de apoiar esse tipo de transformação.

Na competência do *Design*, o autor propõe uma interface ou mesmo uma fusão entre as dimensões da *ação* e da *reflexão*, pois, para ele, no trabalho de um designer é impossível determinar onde termina o processo de reflexão e começa o processo de ação. Desta feita, essa competência propõe a remodelagem dos profissionais para “profissionais reflexivos” capazes de refletir sobre a ação ao passo que se envolvem num processo de aprendizagem contínua (SCHÖN, 1999 apud VANDENBROECK, 2014).

Com base na articulação dessas competências, *metodologias de sistemas*, *diálogo* e *design*, e considerando a natureza ilimitada dos problemas complexos, o autor propõe duas metodologias de abordagem: *metodologias de sistemas soft* e *gestão da transição*.

Ainda para o autor, a *metodologia de sistema soft* foi pensada para orientar intervenções nos problemas complexos em grupos pequenos ou a nível local, enquanto a *gestão da transição* estaria centrada em intervenções “radicais” em grandes sistemas (sistemas

de saúde, assistência, educação, emprego, mobilidade urbana, energia, etc.), promovendo mudanças nas estruturas institucionais, nas práticas sociais, na cultura. Apesar da utilização do termo Gestão, essa metodologia estaria centrada mais na criação das condições adequadas para mudança do que no “gerir” (VANDENBROECK, 2014).

A *metodologia de sistemas soft* consiste basicamente na reunião de diversos elementos, extraídos do contexto onde emergem os problemas, para auxiliar as pessoas a lidarem com questões que ainda estão pouco claras. Assim, recorre-se ao uso de criação de modelos de análise onde a questão da complexidade é sublinhada, para se pensar num modelo de tipo ideal, ou no mundo idealizado. Tais modelos, posteriormente, se desdobrariam em funções de atividades. No entanto, o autor destaca que desenvolver modelos de atividades não é o objetivo final, pois os modelos são apenas os meios para enfrentar o problema (VANDENBROECK, 2014).

Na *gestão da transição*, como já informado, as mudanças se inserem em nível mais profundo e nas grandes organizações ou sistemas. Consistem, basicamente, na articulação de três elementos: elaboração de uma perspectiva inovadora de longo prazo; criação de uma área de experiências inovadoras; criação de uma rede de aprendizagem que permite identificar as oportunidades de solução dos problemas.

Para Vandebroek (2014, p. 47),

Concretamente, o trabalho da gestão de transição assenta na existência de um “espaço de transição” como instrumento de participação. É uma incubadora temporária organizada por uma entidade participante (uma instituição estatal, uma fundação) e composta por um grupo de média dimensão constituído por pessoas interessadas e criativas.

Assim, salienta-se que o processo de transição não segue um receituário técnico, trata-se de um processo que envolve múltiplos agentes, compartilhamento de saberes, criação de modelos, integração de práticas e experiências (VANDENBROECK, 2014).

Nesse sentido, a abordagem das *metodologias de sistema soft* e *gestão da transição* abdicam das soluções racionalizadoras e dos esquemas técnicos gerenciais para a criação das condições necessárias por meio de processos de aprendizagem e de criação de experiências que promovam as mudanças possíveis: nas palavras de Vandebroek (2014, p. 48) “que canalizem recursos para o desenvolvimento de novos conhecimentos e do capital social”.

Portanto, tendo como referência essa discussão, acreditamos que a intersectorialidade está mais afeita às definições e discussões sobre os problemas sociais complexos do que para

o debate sobre a setorialidade em questão. Todavia, não podemos afirmar que a existência de problemas sociais complexos é uma condição *sine qua non* para a existência da intersectorialidade. Apostamos que a intersectorialidade se constitui enquanto uma possibilidade de abordagem dos problemas sociais complexos, por meio da interação das políticas, expressa também na construção de interações entre os atores sociais e na capacidade de produção de um sentido comum entre os diferentes atores.

Em consonância com o esquema de abordagem dos problemas complexos proposto por Vandenbroeck (2014), argumentamos que a intersectorialidade se integra tanto às *metodologias de sistema soft*, quanto à *gestão da transição*. Observamos em nossa pesquisa bibliográfica nas subcategorias *Aspectos teórico-práticos*, *relatos de experiências* e no *artigo de pesquisa-ação* que a ideia de intersectorialidade foi utilizada enquanto movimento de interação para o equacionamento de problemas complexos que emergiam dos contextos onde essas experiências estavam inseridas. A noção de intersectorialidade estimulou a criação de modelos de referência, atividades práticas e perspectivas analíticas da realidade local, promovendo assim a adoção de iniciativas de superação, propostas de integração dos atores, criação de uma rede de colaboração, campos discursivos, etc. Essas iniciativas em sua maioria foram tomadas pelos atores sociais envolvidos com o problema, desde profissionais de saúde, gestores, docentes e até mesmo de iniciativa política. Então, entendemos que a intersectorialidade não foi um fim em si mesma na construção desses “arranjos”, mas sim um meio, uma possibilidade de superação de um determinado problema social, que, por sinal, era complexo.

Também percebemos a intersectorialidade integrada à definição de *gestão da transição*, quando observamos, nos artigos analisados na categoria dos *Artigos de pesquisa documentais*, experiências no âmbito da gestão de determinadas políticas e programas que tentavam desenhar um lugar comum, um modo particular de gestão, para a interação das políticas e dos programas sociais analisados por esses respectivos artigos.

Observamos também, no debate mais geral sobre as políticas públicas, a ideia de intersectorialidade integrada a importantes conceitos como a própria definição de Seguridade Social, de Promoção da Saúde, entre outros, e que, por meio dessa interação conceitual, foi possível explicitar modelos de superação da lógica fragmentada do setor público para lidar com problemas sociais complexos.

No debate conceitual observamos que a intersectorialidade é correntemente definida como um processo de aprendizagem, um campo de compartilhamento de saberes e práticas e, principalmente, como uma “nova” lógica de se pensar a gestão do social.

Nessa questão entendemos que todas essas iniciativas atreladas a processos mais gerais, seja no debate do próprio papel do Estado, ou nos processos constitutivos das políticas públicas, têm possibilitado repensar o modo de se fazer política pública bem como o modo de se trabalhar no contexto dessas políticas.

Assim, pensada dessa forma a intersectorialidade se constitui para nós como um campo que consolidou todas essas experiências mencionadas. Essas experiências não devem ser tomadas apenas como casos exitosos do uso da intersectorialidade, mas sim como um verdadeiro campo de possibilidades que converge para um modelo de superação face ao atual modo de fazer política pública.

Por isso acreditamos na aproximação da intersectorialidade com os debates sobre os problemas sociais complexos, na medida em que essa aproximação tem possibilitado a criação de um espaço de promoção e compartilhamento dessas experiências. O conjunto dessas noções atribuídas ao termo, ao se consolidar como um espaço de referências e de possibilidades tem proporcionado o enfrentamento de problemas complexos, desenhando modelos de intervenções, ampliando os debates e redefinindo os processos dessas políticas.

Considerando também que estruturas altamente segmentadas e fragmentadas são incapazes de empreender ações intersectoriais, mas quando tentam observa-se apenas medidas pontuais de integração/coordenação que não são sustentáveis e que não geram modelos de intervenções integrados.

Portanto, a partir desse debate acreditamos que a intersectorialidade tem mais possibilidades e condições de “aprender” com os processos complexos do que com a ideia de setorialidade que margeia as práticas sociais na atual conjuntura das políticas públicas.

1.4.2 Resposta à Segunda questão: produção de sentidos em torno da intersectorialidade

Ressaltamos que a intersectorialidade está mais relacionada com a interação das políticas do que propriamente dos setores ou segmentos dessas políticas. Nesse sentido,

chamamos a atenção para os atores sociais como elemento fundamental dessa interação no caso das práticas sociais.

Todavia foi possível sistematizar a partir de nossa análise bibliográfica três modelos de desdobramento da intersectorialidade, que a nosso ver constituem-se como tipos ideais. Assim, partindo-se das noções sobre a intersectorialidade desenham-se metodologias e orientações práticas em sua aplicação às quais sintetizamos nas tipologias a seguir:

1. **Modelo de gestão:** a intersectorialidade enquanto modelo de gestão aparece nas agendas políticas partidárias e nos discursos dos formuladores de políticas públicas de diferentes áreas que tentam trabalhar em conjunto. Está presente nos documentos oficiais de várias políticas que apresentam e definem o conceito estimulando a criação de uma agenda de trabalho compartilhada de responsabilidade política e financeira;

2. **Modelo técnico:** assume uma perspectiva gerencial no âmbito operacional da política, propondo um conjunto de práticas de implementação do modelo como a criação grupos de discussões, câmaras técnicas, fóruns de gestores e grupos de trabalho que preservam a composição de diferentes setores e áreas de conhecimento;

3. **Modelo estratégico-profissional:** se expressa na incorporação dos modelos anteriores nas ações profissionais dos agentes envolvidos na execução das políticas, na constituição de uma determinada prática intersectorial. As principais práticas relacionadas com esse modelo são: grupos de discussão nos serviços, criação de fluxos e rotinas de trabalho integrado, criação de parcerias entre profissionais de diferentes políticas, criação de protocolos, modelos de avaliação.

Ressaltamos que esses modelos não aparecem dessa forma para os atores sociais, mas sim interligados, interagindo uns com os outros de forma difusa e pulverizados num conjunto de portarias, condutas e protocolos.

Considerando que os trabalhos analisados na categoria *Artigos de trabalho empíricos* se dedicavam às análises das práticas profissionais e principalmente às práticas de saúde, entendemos que, tradicionalmente, na saúde esses modelos visam à organização do processo de trabalho dos profissionais através do controle e administração dos recursos materiais, humanos e financeiros (TESTA, 1993 apud PINHEIRO; LUZ, 2007). Desta feita podemos inferir que o atual debate em torno da intersectorialidade proporcionou a identificação desses

modelos ideais, que por sua vez foram sendo incorporados às diferentes práticas no âmbito da gestão e principalmente nas práticas em saúde, que num movimento de interação, adaptados pelos planejadores, gestores e gerentes aos seus respectivos objetivos institucionais. Assim, esses modelos foram pensados pelos planejadores das políticas, atores acadêmicos e técnicos, de modo a materializar num conjunto de regras, normas e atividades que devem ser operacionalizados pelos profissionais que atuam nas políticas.

Então, tais processos normativos (regras, normas, atividades) devem ser seguidos pelos distintos atores sociais, o que acaba produzindo o conjunto diversificado de práticas, residindo nesse momento o principal problema de implementação desses modelos: o desencontro entre os modelos ideais e o contexto onde se multiplicam os problemas sociais complexos. Esse “desencontro” entre modelo e realidade acontece em duas dimensões:

1) desencontro objetivo: quando as condições necessárias para a realização do modelo (materiais, institucionais, estruturais) não estão disponíveis;

2) desencontro subjetivo: quando não há adequação dos modelos e dos seus objetivos ao universo de valores, sentidos e significados dos agentes profissionais.

Muitas políticas já disponibilizam em diversas etapas de sua implementação arranjos intersetoriais preconizados em suas legislações, documentos, portarias, etc. Como já sinalizavam Andrade (2006) e mais recentemente Akerman et al. (2014), há um consenso teórico, e portanto político-estratégico, mas um dissenso prático na operacionalização desses modelos diluídos agora num conjunto de práticas, processos organizativos e fluxos de serviços que são conduzidos por diferentes atores. Se na literatura sobre a temática é evidente uma polissemia do termo, na prática ela também se revela nas inúmeras dificuldades dos agentes profissionais compreenderem, executarem e desenvolverem ações, experiências e movimentos intersetoriais.

Portanto, não é apenas a interação de políticas por meio dos seus diversos setores, mas sim a cooperação dos diversos atores sociais, com suas motivações, visão de mundo, formação profissional, subjetividades e aspectos culturais em jogo, que interferem nesta relação. Desvenda-se um “novo” horizonte analítico nas leituras sobre as políticas públicas por meio da intersetorialidade a partir dessa perspectiva.

Fica evidente que esses modelos se colocam no campo da prática a partir da adesão de diferentes profissionais às atividades desempenhadas no conjunto dos processos de gestão das políticas públicas. Cada um desses modelos vai encontrar diferentes formas de apoio e de

rejeição entre os profissionais, em compreensão que esses modelos ideais precisariam de uma realidade também ideal para poder funcionar.

Se os modelos intersetoriais identificados não se adequam ao contexto onde se desenvolvem essas práticas, e se os profissionais produzem diferentes tipos de práticas, qual a possibilidade da intersetorialidade ser processada nesse âmbito? A partir desse questionamento pretendemos responder a nossa segunda questão integradora: *Qual o sentido produzido pelos atores sociais das políticas públicas diante dos modelos intersetoriais?*

Para tentar responder a essa questão evocamos os conceitos de *ação social* e de *relação social* do arcabouço teórico weberiano. Para Weber (1991) a definição da ação social está vinculada com a própria natureza da sociologia, quando a define,

[...] uma ciência que pretende compreender, interpretando-a, a ação social para dessa maneira explicá-la casualmente em seu desenvolvimento e efeitos. Por “ação” deve entender-se uma conduta humana [...] sempre que o sujeito da ação atribui a ela um sentido subjetivo. A “ação social”, portanto, é uma ação na qual o sentido visado por seu sujeito ou sujeitos está referido à conduta de outros, orientando-se por esta em seu desenvolvimento (WEBER, 1991, p.5).

Podemos entender a ação social como toda conduta humana dotada de um sentido e que se orienta com base nas ações dos outros. Nessa definição também reside o conceito de relação social,

[...] compreendida como uma conduta plural de vários, que pelo sentido que encerra, apresenta-se como reciprocamente referida, orientando-se por essa reciprocidade. A relação social consiste, pois, plena e exclusivamente, na probabilidade de que se atuará socialmente em uma forma (com sentido) indicado (WEBER, 1991, p.21).

Assim, uma ação para ser social precisa produzir certo sentido em outro indivíduo que possa repercutir nele e influenciá-lo, estabelecendo-se assim uma relação significativa entre ambos. Como a ação social promove uma reciprocidade entre os indivíduos, na medida em que cada pessoa é capaz de compreender o sentido da ação do outro, orientada e dotada de conteúdo significativo, temos, portanto, o estabelecimento de uma relação social. Assim, nas relações sociais os indivíduos partilham o sentido das ações dadas pelos demais numa conduta coletiva.

Weber (1991) em suas análises, tanto do ponto de vista metodológico quando dos estudos econômicos que empreendeu dando ênfase aos aspectos culturais e religiosos, realiza

uma aproximação desses processos sociais a partir das intencionalidades e ações dos atores com intuito de compreender seus efeitos, sobrepondo-se aos estudos de natureza puramente objetiva das condições econômicas.

Desta feita, a apreensão weberiana está ligada a capturar os sentidos da ação humana. Segundo o autor, “conhecer um fenômeno social seria extrair o conteúdo simbólico da ação ou ações que o configuram e não apenas o aspecto exterior dessas mesmas ações” (WEBER, 1991, p. 131). Assim, sua preocupação recai na compreensão das ações sociais, diferentemente de outras abordagens que se preocupam em explicar os fenômenos sociais com algo exterior ao indivíduo.

Ainda para aquele autor, só a partir do estudo de uma multiplicidade de casos e da criação de modelos empíricos de análise é possível estabelecer comparações e compreender o sentido presente nas ações, revelando suas ambiguidades. Para empreender esse processo, Weber propôs a metodologia do tipo ideal, de valor heurístico, mas que constitui um valor cultural e intencional para o pesquisador (subjetivo).

Assim, a partir do tipo ideal se estabelecem comparações nos mais variados, casos de modo a compreender os traços comuns e estabelecer o tipo ideal puro como modelo explicativo daquelas ações, que possibilita situar os fenômenos sociais em sua relatividade. Desse modo, entende-se por tipo ideal um sistema compreensivo de conceitos que permite formular hipóteses que explicam o desenvolvimento dos fenômenos sociais.

Ainda para Weber, a função do tipo ideal seria revelar como se desenvolve uma forma particular de ação social, racionalmente dirigida a um fim determinado. Assim, os comportamentos dos atores sociais mediante um modelo são dotados de sentido e de intencionalidade.

Podemos entender por que os modelos intersetoriais identificados em nossa análise bibliográfica têm inúmeras dificuldades de aplicação, pois acreditamos que o sentido atribuído aos modelos pelos seus “formuladores” não é o mesmo produzido pelos atores sociais ao se depararem com os modelos no desenvolvimento de suas práticas sociais. O que gera, a nosso ver, uma distância entre o desenho da política e a forma como ela é processada pelos atores sociais. Acreditamos também que os modelos, ou qualquer outra forma de capturar os modos de fazer, provocam uma heterogeneidade das práticas em decorrência dos diferentes sentidos atribuídos pelos agentes profissionais, o que nos leva a acreditar que os modelos não se materializam como eles foram estruturados. Cada modelo ou política encontra

diferentes formas de apoio ou de rejeição a partir do conteúdo simbólico atribuído pelos agentes profissionais.

Por outro lado, e de acordo com Weber (2004), a ação social é geradora de situação e de estrutura. Portanto, os modelos intersetoriais identificados na análise bibliográfica são estruturados a partir de um marcador contínuo, ou seja, o conjunto de noções empregadas ao termo intersetorialidade, e, portanto, tais modelos pretendem estruturar um tipo de ação social que desencadeie um conjunto de relações sociais que materializem os objetivos pretendidos (objetivos da política, do serviço, do cuidado em saúde, etc.), a partir da adesão dos atores sociais. No entanto, o modelo não se materializa conforme desenhado, mas acaba gerando uma ação específica que envolve os aspectos objetivos e subjetivos resultantes das relações sociais estabelecidas entre os atores sociais no interior das instituições.

Ao mesmo tempo em que o modelo pretende estruturar uma prática, os modelos é por ela estruturado de modo diferente do qual foi inicialmente pensado, a partir da “interpretação”, adesão ou rejeição dos agentes profissionais. Pois, diferentemente dos ratinhos de laboratório, os agentes profissionais não respondem aos sentidos induzidos pelos modelos, eles interpretam o modelo, concebem estratégias de atuação/enfrentamento, mobilizam recursos e agem conforme o sentido impresso por sua interpretação.

Portanto, devemos compreender as práticas dos atores profissionais como uma síntese da articulação de vários elementos: objetivos, subjetivos, culturais e simbólicos. Cada um desses elementos é importante na construção dos sentidos e dos significados atribuídos aos modelos intersetoriais propostos. Desta feita, considera-se que as práticas sociais dos agentes profissionais representam um campo de transformações que se estabelece a partir da construção simbólica de novos significados para os modelos estruturantes dos modos de fazer (CARVALHO; LUZ, 2009). Essa mutabilidade das práticas, impregnada dos elementos objetivos, subjetivos, sentidos, e significados gerados em interação dos agentes uns com os outros, a nosso ver, oferece uma possibilidade de compreensão dos sentidos produzidos em torno da intersetorialidade no âmbito das práticas dos profissionais de saúde mental, objeto de estudo da presente tese.

Partindo da compreensão de Pinheiro e Luz (2007) tendo como referência as leituras de Weber (1991), a ideia de “arranjos estruturais” ou modelos tem a partir dessa perspectiva um caráter de processo vinculado aos contextos culturais, sendo assim fundamentais para a compreensão das práticas em saúde. Práticas que, por sua vez, são consideradas por Pinheiro e Luz (2007) não apenas como um campo de aplicação de modelos e técnicas, mas sim como

agentes de transformações sociais e políticas e também fonte de produção de sentidos e significados. Portanto, a construção de sentidos faz parte do processo de construção das práticas em saúde e, de modo geral, de toda atividade humana (CARVALHO; LUZ, 2009).

Fica evidente que nem a existência desses modelos nem os sentidos por eles promovidos garantem a aplicabilidade das noções empregadas à intersectorialidade, de modo que o grande desafio na gestão das políticas públicas mencionadas nos diversos estudos analisados é a falta de articulação entre as políticas, tanto na execução de suas ações quanto nos efeitos destas ações na vida dos usuários dos serviços públicos. Sobre esse respeito cita-se Inojosa (2001):

O aparato governamental preocupa-se com cada uma de suas fatias e seus produtos, isoladamente. Dificilmente conseguimos perceber, nos vários níveis de governo, a prática de avaliação de resultados. Faz-se a avaliação dos produtos oferecidos: quantas consultas foram realizadas, quantas cestas básicas estão sendo distribuídas, quais as obras terminadas. Mas de fato que diferença isso faz para o grupo que vive em tal região, com tal perfil, para segmento ou qual, que tem determinadas características? Isso é uma coisa que não se sabe nem se pergunta (INOJOSA, 2001, p. 102).

Se nem a materialização dos modelos acontece da forma como foi pensada por seus formuladores, em decorrência do componente atribuído aos agentes profissionais, e nem os efeitos podem ser avaliados na vida dos beneficiários das políticas públicas, como então explicamos a evidência significativa de experiências intersectoriais “exitosas” descritas nos artigos analisados? Nossa pesquisa bibliográfica identificou argumentos sobre o caráter indutor das noções de intersectorialidade na construção de várias experiências, desenhos de políticas e até mesmo de campos “intersectoriais”. Entretanto, defendemos que o conjunto dessas experiências, noções e saberes se constituem como um campo de possibilidades capaz de produzir determinados sentidos e significados para os agentes profissionais sobre as relações de cooperação entre os atores e de interação entre as políticas públicas. Tais sentidos produzidos constituem-se em ações sociais partilhadas pelos demais agentes por eles se reconhecerem nessas experiências, uma vez que muitas delas refletem o debate e o espaço aberto à participação dos diversos atores. Assim, eles compartilham uns com os outros estes sentidos produzidos. Obviamente, mesmo com o compartilhamento desses sentidos as práticas desencadeadas continuam sendo heterogêneas, pois consideramos as diferenças culturais, subjetivas, de formação profissional e de visão de mundo dos agentes profissionais. Todavia, os sentidos são partilhados em função de um objetivo comum, que a nosso ver refere-se às

soluções possíveis dos inúmeros problemas complexos que emergem no âmbito das políticas públicas em um determinado contexto.

Esse campo de possibilidades abre um espaço coletivo onde os agentes profissionais partilham os significados produzidos a partir da interação de diferentes componentes: sentido das próprias ações desenvolvidas frente à determinada situação, os determinantes objetivos postos pela política e pela instituição e, por fim, no estabelecimento de um entendimento partilhado do contexto onde os problemas estão inseridos, dando conta de suas determinações sociais, culturais e simbólicas.

Esse espaço coletivo converge numa plataforma que impulsiona o desenvolvimento de ações que carregam os sentidos partilhados em torno das noções atribuídas à intersectorialidade. Nesse aspecto podemos afirmar que em certa medida os agentes profissionais, pelos motivos elencados, têm certa governabilidade na condução de tais ações. Pois ao partilharem o sentido que todos reconhecem como “válido” desempenham um conjunto de ações e atividades (embora diferentes considerando o contexto, formação profissional e tipo de política), mas que o sentido impresso na condução dessas ações é compreendido por toda a equipe.

Portanto, alinhado à definição da abordagem dos problemas complexos proposta por Vanderbrock (2014), acreditamos que esse campo de possibilidades se configura em um “espaço de transição” como instrumento de aprendizagem, de produção de saberes, de participação e de sentidos.

Portanto, afirmamos que a intersectorialidade não se converte em um modelo de gestão, de prática gerencial e administrativa, mas sim num espaço político de transição. Ou seja, um espaço conflituoso que envolve interesses diversos, mas que é capaz de produzir “um sentido comum” que “integra” as diferentes práticas sociais à busca de soluções para um determinado problema ou ao cumprimento de um objetivo. Desta feita, esse espaço político de transição está presente na concepção idealizada da política pública, como também no âmbito das práticas sociais dos agentes envolvidos nesse processo, de forma que essas dimensões se alteram, modificam e transformam em função das experiências, saberes e práticas compartilhadas.

A partir desse debate e tendo em consideração as análises produzidas em nossa pesquisa bibliográfica, propomos um quadro de referência que nos dê subsídios para analisar o conjunto dos nossos dados empíricos.

QUADRO 6 – QUADRO DE REFERÊNCIA PARA ABORDAGEM DA INTERSETORIALIDADE

Delimitação: um campo político de produção de sentidos e significados para as ações de interação e cooperação entre as políticas públicas e de seus agentes para a abordagem de problemas sociais complexos.
Principais características: • Horizontalização das relações sociais estabelecidas entre os segmentos das políticas públicas e seus agentes; • Produção de um sentido comum que congregue as diferentes práticas sociais; • Reconhecimento da dimensão complexa dos problemas sociais atrelada aos vários contextos; • Estabelecimento de uma linguagem comum para o partilhar das experiências, práticas e saberes; • Articulação das condições objetivas para o atendimento das intencionalidades produzidas na elaboração das soluções.

Fonte: Elaboração do autor.

Pensada dessa forma a intersectorialidade opera basicamente em duas dimensões, que estão em constante movimento de redefinição, se “alimentando” dos sentidos produzidos em seus âmbitos. Porém, para efeito didático sistematizamos o quadro seguinte com as características do sentido de intersectorialidade impresso por nós nessas duas dimensões:

Dimensão Política e Dimensão das Práticas sociais.

QUADRO 7 – CARACTERÍSTICAS DA INTERSETORIALIDADE POR DIMENSÕES

Dimensão Política	Dimensão das Práticas Sociais
1. Articula a dimensão da participação social na definição das prioridades; 2. Aparece como uma componente do processo de planejamento e implementação das políticas; 3. Prevê processos de interação e cooperação para abordagem dos problemas sociais; 4. Identifica objetivos que são partilhados por diversas políticas; 5. Estimula espaços de comunicação em diversos âmbitos da gestão das políticas públicas para o compartilhamento das diversas experiência no trato da questão; 6. Estabelece arenas decisórias para pactuação de metas e prioridades.	1. Produz diversas ações sociais que carregam um sentido compartilhado por todos; 2. Compreensão alargada das demandas que são postas no cotidiano do serviço; 3. Perspectiva de trabalho em equipe multiprofissional, com forte recorrência para o trabalho interdisciplinar; 4. Autonomia na condução de atividades que integrem o projeto de trabalho da equipe; 5. Mobilidade dos agentes profissionais no espaço de atuação das diferentes políticas; 6. Governabilidade na pactuação de indicadores de avaliação, prioridades e recursos; 7. Elevado grau de compromisso na definição das abordagens.

Fonte: Elaboração do autor.

Diante do nosso quadro de referência, convém estabelecermos para fins de análise neste trabalho a diferença entre dois termos que são correntemente utilizados na bibliografia analisada: *ação intersetorial* e *arranjo intersetorial*.

Considerando o marco teórico em nosso quadro de referência, compreendemos o estabelecimento de uma *ação intersetorial* quando os sentidos da ação assumem em certa medida as características atribuídas a intersetorialidade e que ao serem desenvolvidas são compreendidas e reproduzidas (em seu sentido) pelos agentes profissionais. Em outras palavras, a *ação intersetorial* preserva um caráter coletivo, de entendimento sobre determinado problema, governabilidade na condução das soluções levantadas e partilhamento dos significados. Podemos considerar que mesmo no interior de uma instituição ou de uma equipe em que a ação não conte com a adesão de todos os profissionais, o seu sentido é facilmente percebido e compartilhado.

Consideramos para efeito desta análise que o *arranjo intersetorial* parte da iniciativa individual que, imbuída de certa compreensão em torno da intersetorialidade, tenta estabelecer uma relação de parceria e/ou cooperação com outros agentes (internos e externos a sua política de origem) para o atendimento de determinado problema. Porém, no interior de sua equipe o sentido não é partilhado e, por conseguinte, não existe uma significativa adesão. Mesmo estabelecendo uma relação de “apoio” com o outro agente profissional para o atendimento do objetivo (razão da ação ou sentido inicial), esse apoio é construído tendo como base outros elementos simbólicos e que produzem um sentido diferente daquele atribuído à intersetorialidade. Assim, podemos também afirmar que na construção de um arranjo intersetorial não há compartilhamento das soluções levantadas nem governabilidade no estabelecimento de prioridades, recursos e iniciativas.

Desta feita, a definição desse quadro referencial de análise foi uma opção metodológica que deve nos auxiliar na compreensão dos sentidos atribuídos às ações estabelecidas em torno da intersetorialidade no âmbito das práticas em saúde mental. A construção da nossa definição do que entendemos sobre intersetorialidade advém inicialmente das características levantadas sobre o termo em nossa pesquisa bibliográfica, no tratamento dado a essa discussão a partir das nossas escolhas teóricas, nas observações e experiências apreendidas no trabalho de campo.

Nosso quadro referencial de análise, enquanto modelo, pretende comparar o caso concreto, objeto de estudo deste trabalho, com uma definição de intersetorialidade ainda do tipo ideal. Nessa comparação buscamos descobrir novas relações, e identificar os modelos

“reais” empreendidos pelos agentes profissionais da saúde mental na construção das ações intersetoriais.

O nosso quadro de referência se constitui enquanto uma “moldura” de uma realidade objetivada e de suas relações possíveis. Portanto, enquanto modelo corrobora como um meio de conhecimento para se aproximar de uma dada realidade e nos permitir analisar os casos verificando a proximidade ou o distanciamento do caso com o modelo idealizado.

Todavia, salientamos que, com base na perspectiva apresentada e tomando como aporte teórico o sistema conceitual proposto por Weber, temos a clara definição que não é possível explicar todas as relações causais em torno de um fenômeno social, escolhendo-se assim alguns elementos dos quais se possam partir e que se julgue importante analisar. Desse modo, não pretendemos explicar todos os processos relacionados à materialização das noções atribuídas à intersetorialidade, mas sim compreender um processo singular dotado de significados que carece de interpretação.

Daí a clara compreensão da formatação de nosso quadro de referência para “abordar” o nosso objeto. Partimos, inicialmente, do que se entende sobre o tema, numa visão de sua construção e a partir de casos delimitados propomos um modelo interpretativo sobre os sentidos da intersetorialidade para os agentes profissionais.

Para elaborar este modelo interpretativo parte-se dos conceitos delimitados na literatura, que por meio desta compreensão assume a postura de “tipos ideais”. No entanto, estes modelos se resumem a regras e leis que se propõe a explicar a intersetorialidade como algo “externo” aos agentes de modo a quantificar suas ocorrências e regularidades.

Assim, salienta-se que a construção desta abordagem poderá levar à construção de novo tipo ideal sobre a ação intersetorial, que a nosso ver tem importantes componentes culturais e simbólicos pertencentes a um grupo social específico para além das questões exclusivamente objetivas.

Destacamos que outros elementos do nosso quadro de referência carecem de maior esclarecimento, mas, alinhados a uma abordagem compreensiva e qualitativa dos fenômenos sociais, entendemos que nem todos os elementos da abordagem teórica podem ser previstos e definidos *a priori*, mas serão desvelados e incorporados ao quadro de referência à medida que estabelecermos uma aproximação com o campo e seu contexto, bem como com a coleta e análise dos dados.

CAPÍTULO 2

2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA: uma sistematização bibliográfica do campo de análise

A assistência à saúde mental no Brasil até meados dos anos 1990 foi ofertada basicamente por instituições de caráter manicomial e hospitais psiquiátricos públicos e privados. O esboço de política assistencial em saúde mental resumia-se ao incremento financeiro e político a essas instituições, desconsiderando a articulação com outras políticas públicas e com segmentos importantes para construção do cuidado em saúde mental com o apoio social da família e da comunidade.

No entanto, nas últimas décadas, as políticas de saúde mental vêm passando por profundas transformações decorrentes de acontecimentos de ordem social, política e econômica. Tais mudanças têm proporcionado importantes reflexões e alterações nas práticas de saúde de modo geral e especificamente nas práticas em saúde mental. As práticas em saúde mental se encontram em um movimento de transição paradigmática, do modelo hospitalocêntrico incorporado pela psiquiatria para uma “nova” abordagem de base territorial e comunitária que tem por objetivo a ruptura com o modelo manicomial.

A conjuntura política e social do campo da saúde mental tornou-se mais complexa nos últimos anos, expressando novos desafios para a consolidação da política de saúde mental brasileira.

Diante desse quadro, desde a aprovação da Lei 10.216/01, conhecida como a “lei da reforma psiquiátrica brasileira”, o objetivo do governo tem sido investir na construção da rede de saúde mental, tendo como base os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC).

Nos últimos 10 anos a política de saúde mental no Brasil tem implementado a expansão da rede de serviços, como principal dispositivo o CAPS, provocando mudanças na formação dos profissionais de saúde e induzido uma reflexão sobre o processo de exclusão das pessoas com transtornos mentais.

De modo geral, esses são os espaços que materializam a atual rede de saúde mental em vários municípios brasileiros e tem se tornado um “novo” campo de atuação profissional para várias categorias. Vale salientar que apesar dessa nova configuração com a criação e

expansão dos CAPS, articulação de trabalho em rede, abordagem familiar e comunitária, convive no mesmo cenário com as instituições psiquiátricas pautadas no modelo manicomial e hospitalocêntrico.

Assim, consideramos que o campo onde os profissionais de saúde mental desenvolvem suas práticas de cuidado é extremamente complexo, marcado pela disputa de paradigmas, modelos e saberes.

Com esse cenário político mais amplo, caracterizado pela diversificação dos novos serviços, ampliação do leque de profissionais na atenção à saúde mental e aspectos internos do próprio campo, gerou-se um cenário de maior complexidade política e institucional.

Portanto, para se compreender como os profissionais realizam suas práticas de cuidado e o modo como processam a intersetorialidade neste âmbito se faz necessário compreender o atual contexto político e social do campo da saúde mental. Levamos em consideração que os debates travados sobre o contexto onde se realizam as práticas sociais influenciam a visão dos profissionais sobre o campo e sobre suas próprias práticas (produção de sentido).

Portanto, conforme já delimitamos no primeiro capítulo, empreendemos uma pesquisa bibliográfica como modo de evidenciar essas transformações no campo da saúde mental a partir da análise da produção científica sobre o tema.

O presente capítulo pretende responder às seguintes questões: Quais os paradigmas que têm influenciado as práticas sociais dos profissionais da saúde mental? Quais as noções atribuídas ao campo da Saúde Mental na produção científica? Quais os principais temas que são trabalhados pelos autores? Quais as principais perspectivas teóricas que têm influenciado o debate acerca da loucura e das respostas sociais?

Ao responder essas questões, pretendemos também incorporar novos elementos ao nosso quadro de referência sobre a intersetorialidade a partir do reconhecimento das inter-relações entre o quadro e o contexto específico da análise.

2.1 Análise preliminar do descritor *saúde mental* e *reforma psiquiátrica*

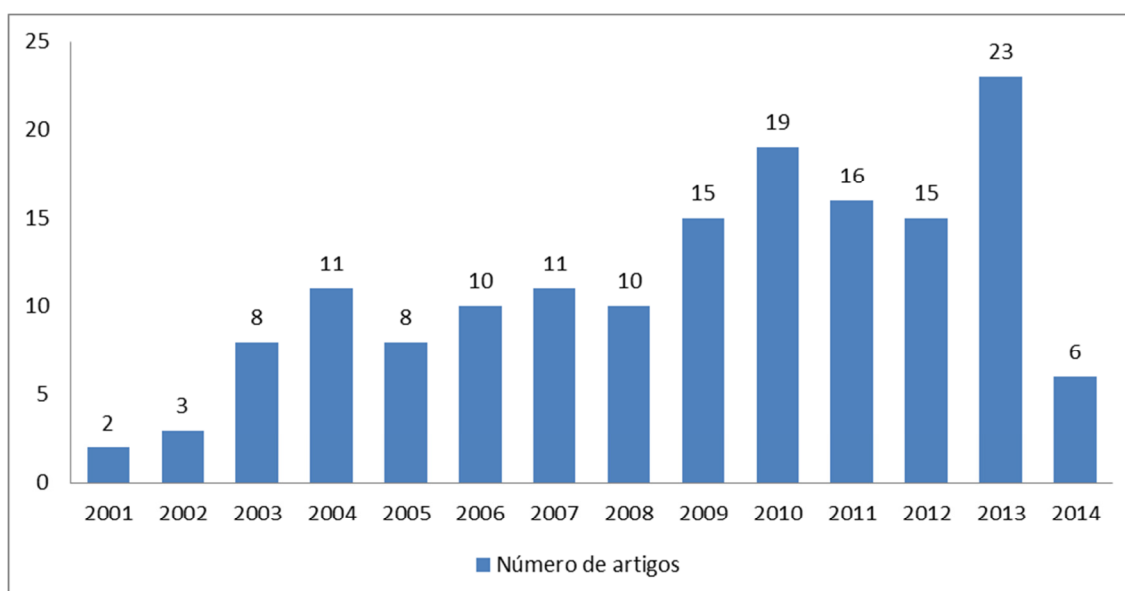
O termo *Saúde Mental* constitui-se como um descritor genérico, o que se refletiu na quantidade de artigos levantados que se relacionaram ao tema: 1.799 no período de

2001 a 2014. Tais artigos apresentavam perspectivas teóricas e metodológicas diversas e que não atendiam os interesses desta pesquisa. Portanto, decidimos combinar o descritor *Saúde Mental* com o descritor *Reforma Psiquiátrica (Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica)*, demarcando assim um contexto específico de análise. No levantamento bibliográfico que resultou dessa delimitação obtivemos o total de 195 artigos publicados no período correspondente ao nosso parâmetro cronológico.

Após a leitura de reconhecimento do material procedemos com as exclusões dos artigos que não atendiam aos critérios previamente estabelecidos. Desta feita, após essa leitura foram excluídos 38 artigos, dos quais 03 artigos duplicados e 35 artigos por não atenderem aos interesses da pesquisa. Assim, ao final obtivemos 157 artigos para o parâmetro temático *Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*.

O procedimento seguinte dado aos artigos foi distribuí-los pelo ano de publicação com o objetivo de verificar o movimento de produção sobre esse campo temático ao longo do tempo, bem como perceber a existência de regularidade nas publicações.

GRÁFICO 7- DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ENCONTRADOS COM O DESCRITOR SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA POR ANO DE PUBLICAÇÃO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Como podemos observar pelo Gráfico 7 há uma tendência de crescimento da produção ao longo desses anos. Assim, a produção do ano de 2001 corresponde a 1,3% do total das publicações no período analisado, enquanto no ano de 2013 o quantitativo de artigos

correspondeu a 14,6% do total de publicações. Se considerarmos as produções dos últimos 4 anos (2010 à 2014) teremos um percentual de 50,3%, ou seja, um pouco mais da metade de todos os artigos publicados em todo o período.

Podemos atribuir essa tendência a alguns eventos políticos acontecidos no âmbito da saúde mental que de certa forma induziram o crescente aumento das publicações. Em 2001, aconteceu a aprovação da “lei da reforma psiquiátrica brasileira” que delimita o “novo” campo da saúde mental no Brasil bem como a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Em 2002 temos a edição da portaria GM 336/02 que estabeleceu uma regulamentação para os serviços de atenção psicossocial adotando a nomenclatura CAPS para caracterizar os serviços e também instituiu o SRT. Em 2003 foi publicada a portaria GM 1.078/03, que criou o PVC, que estabelece o pagamento de um auxílio-reabilitação para os indivíduos egressos de internações de longa permanência e que perderam os vínculos familiares.

Depois de um lapso temporal de quase uma década, acontece em 2010, sob forte apelo popular e dos movimentos que atuam no campo da saúde mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental e Intersetorial que assume o termo *intersetorial* como grande mudança estratégica. Em 2011 é publicada a Portaria GM 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidando assim as principais discussões em torno da constituição de uma rede de saúde mental integrada.

Acreditamos que esses eventos delimitaram um campo de atuação na configuração contemporânea da saúde mental e de certo modo alavancaram as produções teóricas sobre o tema, principalmente nos período posterior ao ano de 2010.

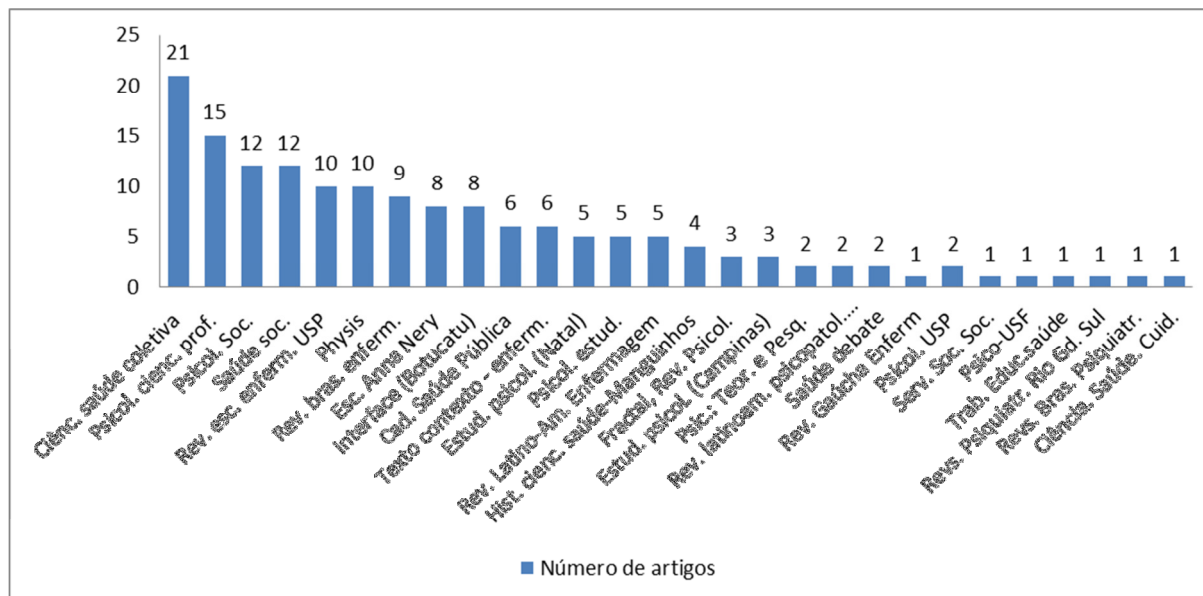
Após essa primeira distribuição, organizamos os trabalhos pelos indexadores aos quais estão vinculados na base de dados *SciELO*, com o objetivo de identificar a frequência de aparecimento das publicações pelas áreas do conhecimento.

Há uma predominância dos artigos publicados vinculado à grande área das Ciências da Saúde, com 53% de recorrência. Seguidos pelos artigos vinculados à área das Ciências Humanas, com 45%, e apenas 2% de recorrência na área das Ciências Sociais Aplicadas.

Essa evidência nos leva a creditar que o campo de produção em torno da Saúde Mental tem um forte caráter interdisciplinar por agregar contribuições dessas áreas e de vários saberes.

A seguir, classificamos os artigos pelos títulos dos periódicos com o intuito de verificar aqueles que mais concentraram as publicações no período assinalado.

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS COM O DESCRITOR SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA POR PERIÓDICO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Como podemos verificar pelo Gráfico 8, a maior frequência de publicações está na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, com 13,3% dos artigos publicados no período. No entanto, se considerarmos os três periódicos mais importantes para área da Saúde Coletiva, as revistas *Ciência e Saúde Coletiva*, *Saúde e Sociedade* e *Cadernos de Saúde Pública*, temos um total de 24,8% dos artigos concentrados nesses três periódicos.

A partir do gráfico também podemos inferir que se destacam duas áreas específicas de produção sobre tema: Psicologia e Enfermagem. Notadamente a maioria das produções relativas à área de psicologia está concentrada em três revistas: *Psicologia, Ciência e Profissão* (9,5%), *Psicologia e Sociedade* (7,6%) e *Estudos de Psicologia* (3,2%). Juntas estas três publicações reúnem 20,3% dos artigos publicados em todo o período.

Na área de enfermagem destacamos os periódicos que mais concentraram os artigos: *Revista da Escola de enfermagem da USP* (6,4%), *Revista Brasileira de Enfermagem* (5,7%), *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery* (5,1%) e a *Revista Textos e Contexto*

Enfermagem (3,8%). Juntas as publicações apresentam uma frequência de 21% dos artigos publicados.

A partir da leitura do Gráfico 8 enfatizamos que esses dados nos possibilitam perceber um movimento das publicações vinculadas a determinadas áreas pelos títulos dos periódicos. Todavia, essa leitura nos dá indicações de que o campo da Saúde Mental é permeado pelo debate promovido por áreas profissionais específicas, tendo em vista as várias categorias profissionais que desenvolvem suas práticas no referido campo.

Após esse tratamento dado ao material selecionado, passamos para a análise qualitativa das seguintes variáveis: *tipo de estudo, principais resultados e contribuições para a pesquisa*.

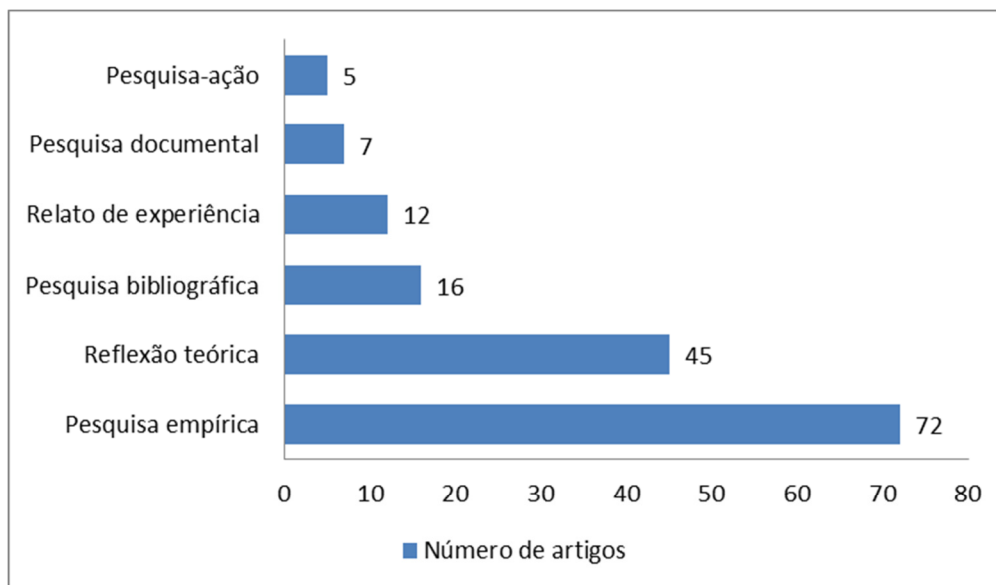
Com relação à classificação dos artigos quanto ao tipo de estudo, utilizamos as mesmas categorias já identificadas para a categoria intersetorialidade, porém fizemos algumas adequações quanto à sua descrição para atender às particularidades do parâmetro temático dos artigos levantados.

Desta feita, apresentamos as categorias correspondentes:

- **Artigo de pesquisa empírica:** artigos que fizeram uso de várias abordagens de pesquisa, mas com ênfase na investigação de situações concretas sobre as práticas de saúde mental e suas representações em vários âmbitos;
- **Artigo de reflexão teórica:** artigos que produziram uma reflexão sobre vários aspectos dos desdobramentos da reforma psiquiátrica numa perspectiva crítica;
- **Artigo de pesquisa bibliográfica:** artigos que por meio de pesquisas bibliográficas exploram temas relacionados com o aprofundamento da reforma e as práticas de saúde mental;
- **Artigo sobre relato de experiência:** artigos que evidenciam experiências no âmbito dos serviços de saúde mental e de sua gestão;
- **Artigo de pesquisa documental:** reuniu artigos que analisam o desdobramento da reforma nos mecanismos legais, bem como das práticas de saúde mental expressas nos documentos produzidos pelos serviços;
- **Artigo de pesquisa-ação:** artigos que combinaram técnicas de investigação com estratégias de intervenção no trato das práticas de saúde e de gestão da saúde mental.

Após a delimitação dessa categorização procedemos com a distribuição dos artigos e construímos o Gráfico 9.

GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS COM O DESCRITOR *SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA* POR TIPO DE ESTUDO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Evidenciamos que há uma predominância dos trabalhos classificados como *artigos de pesquisa empírica* com 45,8%, seguidos dos *artigos de reflexão teórica* com 28,6% de frequência. Os artigos classificados com *artigos de pesquisa bibliográfica* correspondem a 10,2% da produção, enquanto os artigos classificados como *relato de experiência* aparecem com 7,6%. Com menor frequência estão as categorias *artigos de pesquisa documental* e *artigos de pesquisa-ação*, com 4,4% e 3,2% respectivamente.

Acreditamos que o elevado número de artigos classificados como pesquisa empírica justifica-se por conta do campo da Saúde Mental ser considerado como um espaço de construção de novas práticas sociais de cuidado e também como um novo espaço sócioocupacional de diversas categorias profissionais. Essa compreensão teria estimulado a investigação de situações concretas que discutem as experiências em torno dessas novas práticas.

O processo político que molda o campo da saúde mental ainda é bastante recente e tem promovido um processo de reflexão em torno dos desdobramentos da reforma

psiquiátrica brasileira nas mais diversas dimensões, o que talvez explique o percentual considerável de artigos que fazem uma reflexão teórica em torno desse movimento.

Outro aspecto que pode ser observado no Gráfico 9 é o considerável número de artigos classificados como *Relato de experiência*, que pode ser explicado em virtude das possibilidades de intervenção e redefinição das práticas de cuidado no âmbito da saúde mental. Como o cuidado está pautado numa perceptiva social e comunitária e procura envolver a família e os demais seguimentos sociais nesse processo, esses aspectos têm possibilitado a descrição de diferentes experiências em torno do cuidado promovido pelas instituições, profissionais e comunidade.

Nos próximos itens, apresentamos a análise dos artigos que compõem cada uma das categorias levantadas.

2.2 Análise dos artigos científicos: visões panorâmicas da saúde mental e da reforma psiquiátrica na produção científica brasileira

2.2.1 Artigos de pesquisa empírica

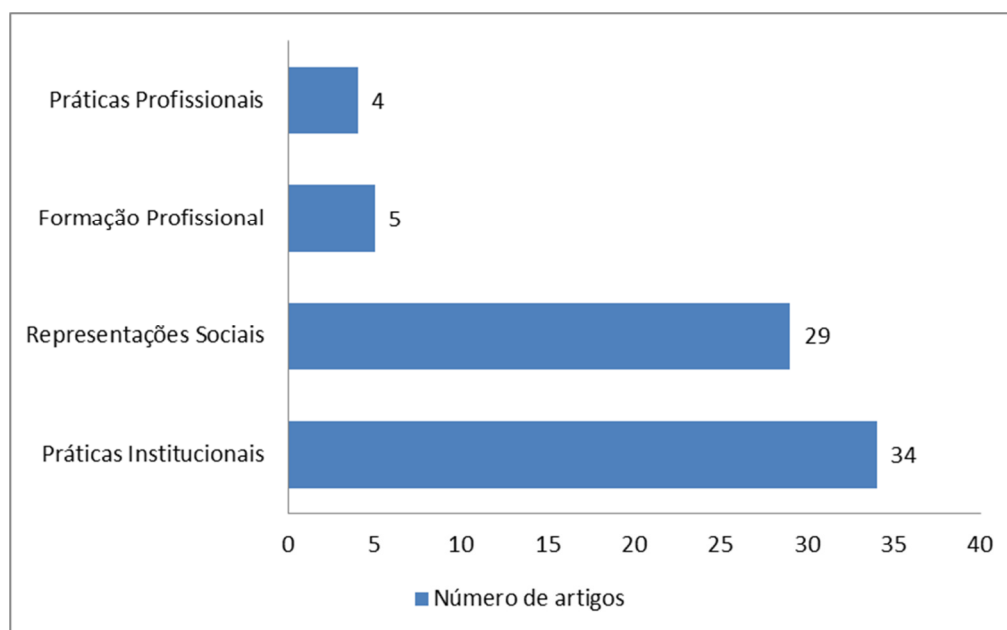
Os 72 artigos classificados como *artigos de pesquisa empírica* foram agrupados em quatro subcategorias:

- a) 34 artigos analisam as *práticas institucionais* à luz da reforma psiquiátrica;
- b) 29 artigos analisam as *representações sociais*;
- c) 05 artigos analisam a *formação profissional*;
- d) 04 artigos analisam as *práticas profissionais* à luz da reforma psiquiátrica;

De certa maneira, essa classificação reflete as mudanças que a reforma psiquiátrica têm provocado. Assim, essas categorias sugerem que há uma motivação para investigações sobre os desdobramentos e principalmente sobre a representação social dos diversos segmentos envolvidos no processo de construção da reforma, enquanto usuários dos serviços de saúde mental, profissionais, gestores e familiares.

A partir dessa classificação foi possível construir o Gráfico 10 com a distribuição dos artigos pelas categorias identificadas.

GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS EMPÍRICOS EM CATEGORIAS RELACIONADAS AO FOCO DAS PESQUISAS.



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Como podemos observar pelo Gráfico 10, o maior número de artigos analisam as *práticas institucionais*: 34 publicações, que representam 47,2% do total de títulos incluídos nessa classificação. O segundo maior quantitativo refere-se aos trabalhos que analisam as *representações sociais* dos sujeitos: 29 artigos, os quais perfazem 40,2% do total. As subcategorias com menor frequência relacionam-se com *artigos sobre formação profissional* (5), que representam 6,9%, e com os *artigos sobre práticas profissionais* (4), 5,5% das publicações.

Sem dúvida o processo em curso da reforma psiquiátrica brasileira tem provocado mudanças em diversos âmbitos das práticas institucionalizadas nos serviços, “novos” e manicomiais, no âmbito da formação profissional e principalmente na construção dos sentidos produzidos em torno da reforma e da loucura pelos diversos segmentos envolvidos nesse processo.

Assim, para perceber essas mudanças foi possível identificar dentro dessas categorias algumas subcategorias que particularizam ainda mais esse processo de transformações institucionais e das práticas de cuidado. Para uma melhor visualização, tendo em vista as categorias empreendidas e quantidade de artigos levantados, construímos o presente Quadro 10:

QUADRO 8 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DOS ARTIGOS DE PESQUISA EMPÍRICA

Tipo de Estudo	Categoria	Subcategoria
Artigos de pesquisa empírica (72)	Práticas institucionais (34)	<i>Âmbito do CAPS (14)</i>
		<i>Metodologias de trabalho (08)</i>
		<i>Âmbito da rede (05)</i>
		<i>Âmbito da gestão (04)</i>
		<i>Âmbito hospitalar (03)</i>
	Representações sociais* (29)	RS usuários e familiares (13)
		RS profissionais (08)
		RS profissionais e familiares ** (08)
	Formação profissional (05)	Formação em Psicologia (03)
		Formação em Enfermagem (02)
	Prática profissional (04)	Prática da Psicologia (02)
		Prática da Enfermagem (02)

Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

* RS

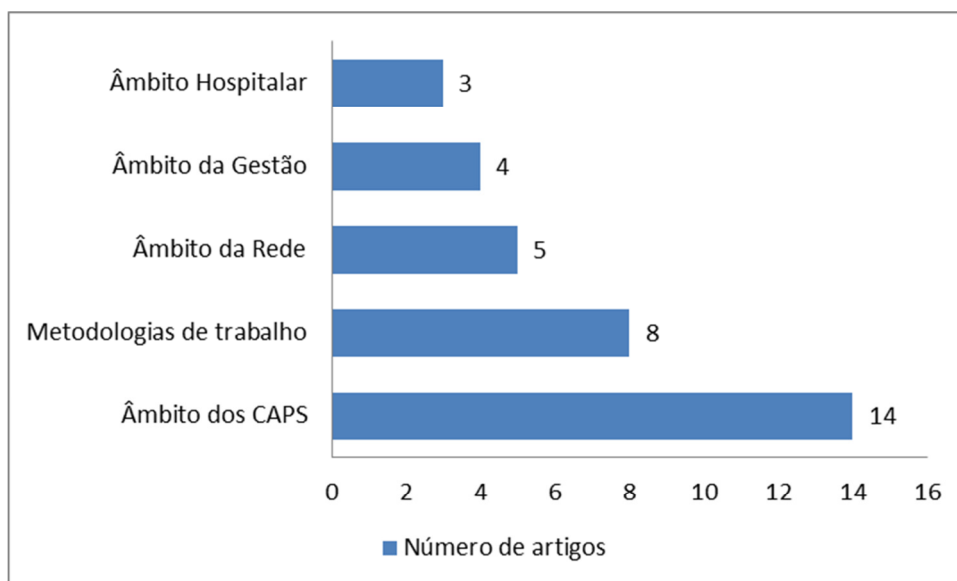
** Familiares dos usuários dos serviços

Nas subseções seguintes discutiremos as análises dessas categorizações.

2.2.1.1 Artigos de *pesquisa empírica sobre práticas institucionais*

Desta feita, agrupamos os 34 artigos classificados como *prática institucional* em cinco subcategorias que refletem o âmbito dessas mudanças como podemos observar pelo Gráfico 11.

GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DAS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS PELAS SUBCATEGORIAS.



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa Bibliográfica (2014).

Ao analisarmos o Gráfico 11, observa-se que dos 34 artigos sobre *práticas institucionais*, o maior quantitativo (14) refere-se àqueles que analisam as práticas no âmbito dos CAPS, os quais representam 41,1%. A segunda subcategoria mais frequente foi *metodologias de trabalho*, com 8 artigos que representam 23,5% do total. Os 5 artigos sobre práticas no âmbito da rede e os 4 sobre práticas no âmbito da gestão representam, respectivamente, 14,7% e 11,7% do total.

Achamos pertinente classificar os artigos que analisam as práticas no *âmbito hospitalar* em separado, pois mesmo que eles tratem sobre um espaço que se “integra” ao âmbito da rede, há divergências entre profissionais e gestores sobre seu papel no atual contexto da reforma. Assim, os 3 artigos que analisam as práticas no âmbito hospitalar correspondem a 8,8% do total de artigos sobre *práticas institucionais*.

2.2.1.1.1 Subcategoria: *Âmbito dos CAPS*

A maior frequência de artigos que abordam as *práticas institucionais* do CAPS evidencia a importância estratégica que esse tipo de centro assume para o processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira.

Nessa subcategoria, vale pontuar o processo de constituição do CAPS enquanto principal serviço da rede de saúde mental. Sabemos que o CAPS surge a partir da institucionalização da experiência do CAPS de São Paulo em 1987 e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da cidade de Santos-SP, ainda no período anterior à edição da Lei 10.216/01 (AMARANTE, 2008).

A experiência do CAPS de São Paulo tornou-se referência para as políticas de saúde mental e um espaço estratégico para a formação de profissionais que atuavam no setor. No entanto, apenas com a Constituição 1988 e por meio da diretriz da descentralização os governos municipais passaram a ser responsáveis pelo conjunto dos serviços de saúde, o que possibilitou o movimento de reforma aprofundar a experiência com os novos serviços.

Em 1989 ocorre na cidade de Santos-SP um dos principais acontecimentos que definiu o modelo de atenção em saúde mental no Brasil, a intervenção da prefeitura na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado, mas conveniado ao SUS. Com o processo de desmontagem das estruturas manicomiais em Santos houve a construção de uma rede de serviços de saúde mental de base territorial e com forte articulação intersetorial (AMARANTE, 2008).

Foram criados os NAPS, distribuídos por critérios de regionalização em toda a cidade; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral; um vigoroso e criativo projeto cultural, o projeto TAM TAM, com rádio e TV comunitária; uma residência para ex-internos do hospital psiquiátrico; uma cooperativa de trabalho, para geração de renda para os usuários. (AMARANTE, 2008, p.744).

A partir de então, esses serviços passaram a ser denominados de serviços substitutivos. A experiência de Santos teve uma enorme repercussão e acenou com a possibilidade de construção de uma Política de Saúde Mental que incorporasse os serviços substitutivos em detrimento das estruturas manicomiais.

Todavia, em função da assinatura do governo brasileiro da Declaração de Caracas nos anos 1990 e em decorrência da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passaram a entrar em vigor as primeiras portarias federais de regulamento dos serviços substitutivos de saúde mental, tendo como referência as experiências do CAPS de São Paulo e do NAPS da cidade de Santos.

O período dos anos 1990 é considerado como o “período de institucionalização da reforma”, sendo necessário para a garantia político-institucional das novas práticas

terapêuticas. Os principais instrumentos normativos que demarcam essa institucionalização referem-se à edição pelo Ministério da Saúde de duas portarias: a Portaria 189/91, que regulamentou um conjunto de procedimentos e atividades na área de saúde mental, e a Portaria 224/92, que trata da normatização dos novos serviços de saúde mental, criando algumas regras e procedimentos operacionais e administrativos (FONTE, 2011; BRASIL, 2004).

No entanto, apenas com a aprovação da Lei Federal 10.216/01, “subproduto” da Lei Paulo Delgado (3.657/89) que versava sobre o fechamento de todas as estruturas manicomiais, foi instituída a criação legal dos serviços substitutivos de base comunitária e familiar e a regulamentação da internação compulsória. Outra lei federal que dá materialidade aos desdobramentos da reforma foi a Lei 10.708/03, que instituiu o PVC, que criou o “auxílio reabilitação” assegurando recursos financeiros para os pacientes oriundos de hospitais psiquiátricos e com histórico de longo tempo de internação.

A incorporação de modelo de atenção acontece com a aprovação das leis e das inúmeras portarias que foram editadas na década seguinte e que passaram a remodelar os serviços de atenção psicossocial.

Portanto, desde a aprovação das referidas leis muitos serviços de saúde mental passaram a ser implantados em todo país com base no modelo de atenção psicossocial adotado pelo conjunto desses documentos.

Sabe-se, no entanto, que a experiência do CAPS de São Paulo e do NAPS em Santos, bem como a criação do Projeto de Lei de Paulo Delgado (3.657/89), estimularam a aprovação de outros projetos de lei que reforçavam os princípios da reforma psiquiátrica nos estados do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, num período anterior à aprovação das leis federais (AMARANTE; TORRE, 2010).

Em 2002, com a promulgação da portaria 336 que estabeleceu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial, abandona-se a concepção de Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da experiência Santista para adotar apenas a nomenclatura CAPS para caracterizar os serviços dessa natureza.

Para o autor,

O CAPS, que serviu de inspiração para a normatização, surgiu num período anterior ao SUS, não vislumbrando, à época, exercer uma intervenção de base fundamentalmente territorial, nem propondo a torna-se um serviço substitutivo ao modelo psiquiátrico tradicional. Já os NAPS eram serviços que funcionavam em rede, interligados às demais políticas e estratégias públicas e sociais, e tinham uma

proposta de intervenção intersetorial mais articulada às iniciativas da comunidade e, enfim, se propunham como estratégia substitutiva (AMARANTE, 2008, p.748).

A referida portaria estabelece também modalidades para os CAPS tendo como referência o porte populacional e a diversidade das problemáticas relacionadas com o sofrimento mental, caracterizando serviços distintos como o CAPS I; CAPS II; CAPS i; CAPS ad e CAPS III, como podemos observar pelo Quadro 9 a seguir:

QUADRO 9 - TIPOS E MODALIDADES DE CAPS

Tipos e modalidades de CAPS	População do município	Horário de funcionamento	Dias de funcionamento	Clientela
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 hab.	8 às 18h	Segunda a sexta	Adultos
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 hab.	8 às 18h pode ter um terceiro período até às 21h	Segunda a sexta	Adultos
CAPS i	Acima de 200.000 hab.	8 às 18h pode ter um terceiro período até às 21h	Segunda a sexta	Crianças e adolescentes
CAPS ad	Acima de 100.000 hab.	8 às 18h pode ter um terceiro período até às 21h	Segunda a sexta	Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
CAPS III	Acima de 100.000 hab.	24 horas	Diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana.	Adultos

Fonte: AMARANTE (2008, p. 748)

Portanto, a institucionalização do CAPS enquanto principal dispositivo da reforma psiquiátrica possibilitou uma diversificação dessa modalidade de serviço e uma ampliação crescente nas décadas seguintes, o que resultou em um novo campo de atuação para inúmeras categorias profissionais. Tal crescimento também possibilitou o repensar das práticas em saúde mental, modificando as discussões no âmbito da formação em saúde.

Ainda na subcategoria *âmbito do CAPS* identificamos alguns dos temas que são recorrentes nos 14 artigos analisados como: Trabalho e Saúde Mental, Inclusão social, Territorialização e Práticas em saúde mental.

Todos esses temas aparecem como uma espécie de síntese das determinações sociais, culturais e políticas em torno da própria função que o CAPS deve assumir no âmbito dessas mudanças e como possibilidade de efetivação da reforma.

É no CAPS que os conceitos produzidos pela reforma se transformam em práticas de mudanças e de ruptura com o modelo manicomial, por meio da criação de instrumentos teóricos e técnicos para as transformações colocadas em curso.

Além disso, a constituição dos CAPS tem estimulado modificações das práticas com uma articulação teórica entre diferentes correntes de pensamento, o que tem possibilitado a criação de “novas” metodologias de trabalho, principalmente no âmbito dos territórios e do cuidado com os usuários dos serviços.

Adotar o território como conceito de ordenamento de uma prática social de cuidado possibilita a criação de novas estratégias de intervenção que articulem os diversos saberes presentes nesses territórios, na construção de integração dos serviços com as redes da comunidade assumindo assim a atenção à saúde nesse espaço. Pois apenas com uma atuação em rede, e não apenas centrada em um único serviço, se pode atender à complexidade das demandas de inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (CASSANDRI; ARANHA E SILVA, 2009).

A articulação em rede traz para a saúde mental o reconhecimento de que não há possibilidade de continuidade das ações e enfrentamento dos problemas sociais complexos por meio de uma prática de cuidado individualizada. A rede em si, nas articulações que se pode efetivar, tem uma maior capacidade de resolução em responder aos problemas sociais complexos que no campo da saúde mental surgem como necessidades múltiplas, de ordem afetiva, material e de cuidados.

Na subseção seguinte, tratamos dos artigos que abordam especificamente algumas dessas metodologias de trabalho.

2.2.1.1.2 Subcategoria: *metodologias de trabalho*

Na subcategoria *metodologia de trabalho* foram classificados 8 artigos, os quais abordam mais enfaticamente os temas: *trabalho em rede; cidadania e direitos; e apoio matricial*.

Adotamos também para essa subcategoria a análise dos principais temas tratados pelos artigos, de modo a perceber como esses temas se relacionam com os problemas de saúde mental.

A) *Trabalho em rede*

Para Merhy (2006 apud BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008), a organização da rede de cuidado, em seu sentido mais alargado, precisa considerar a modificação dos modos de gerir os serviços e na construção de um “novo trabalhador de saúde mental”. Tal ideia tem por objetivo romper com uma prática fragmentada e identitária de um núcleo profissional em favor da construção de um trabalhador coletivo. O trabalhador coletivo, por sua vez, assume junto ao conjunto dos atores dispostos no território e na rede a perspectiva de alargamento do alcance das ações e na desconstrução de estigmas e preconceitos em torno da loucura. Ainda para o referido autor é necessário um arranjo que integre as dimensões políticas, de gestão e de participação social para o desenvolvimento de mecanismos que traduzam as diretrizes e preceitos para a construção de práticas sociais de cuidado mais efetivas e conectadas com a dimensão do direito e da cidadania.

B) *Cidadania e direitos*

A dimensão da cidadania está assentada numa noção de *igualdade* da ordem institucional jurídica burguesa no estado moderno. Portanto, para Castel (1978) a cidadania era um atributo dos ditos “normais” ou “iguais”, aos alienados (a loucura entendida como uma ausência de razão) não se atribuíam essa cidadania.

Dimenstein et al. (2009), ao analisar a questão da cidadania no âmbito da saúde mental, faz referência à tipologia proposta por Demo (1995), que se materializa em três tipos: a) *cidadania tutelada*, referente à ordem burguesa do capital, onde o estado é mínimo e o mercado é o regulador das relações sociais; b) *cidadania assistida*, característica do Welfare State, onde o Estado é máximo e o mercado regulador final das relações sociais é uma marca do neoliberalismo e das políticas públicas setoriais; c) *cidadania emancipada*, quando o Estado tem o tamanho necessário, legítimo e democrático, e as políticas sociais são matriciais (DEMO, 1995 apud DIMENSTEIN et al., 2009).

A referida autora conclui que no contexto da sociedade brasileira há predominância da cidadania assistida nas últimas décadas no processo político-social, todavia, marcado por uma inversão dos valores e no processo de construção dos direitos.

Nesse sentido, a dimensão da cidadania e dos direitos sociais tem que ser bastante refletida no âmbito da saúde mental, principalmente pelos atores sociais que assumem o compromisso político de construção da reforma em suas práticas sociais cotidianas. Essa construção pode ser mediada por uma prática alargada pela rede, que assuma os conhecimentos e saberes que emanam dos territórios para a construção de uma participação mais democrática.

Ainda para os autores a reforma psiquiátrica propõe um exercício ativo de cidadania ao moldar ou outorgar um modelo de assistência que promove as práticas democráticas que respeitam as pessoas em sofrimento psíquico e que buscam incluir essas pessoas como sujeitos, ao menos, na condução de seu tratamento para que tenham a oportunidade de assumir a construção de sua própria vida. No entanto, ressalta que essa dimensão da cidadania só será possível quando os trabalhadores de saúde mental também se reconhecerem enquanto cidadãos no processo de assistência, portanto, só existirá “inclusão” dos usuários no processo de cuidado quando os profissionais também tiverem essa percepção.

É nesse processo de construção da rede de saúde mental, no confronto com os diversos saberes e grupos, nas trocas de experiências e na construção do trabalho coletivo que reside à potencialidade implícita da inclusão social e da construção da cidadania.

C) *Apoio matricial*

É da possibilidade e do encontro desse conjunto de trocas que emerge a metodologia de trabalho interdisciplinar denominada de apoio matricial. Campos e Domitti (2007) aponta que os conceitos e a metodologia de apoio matricial, bem como a equipe de referência, foram propostas por Campos (1999) num trabalho que versava sobre a organização do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia foi adotada por serviços de atenção à saúde mental e atenção básica pelo SUS de Campinas, São Paulo (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Os autores nos informa que com algum tempo os programas governamentais de reorientação das ações de saúde do MS adotaram a metodologia do apoio matricial, nomeadamente o programa HumanizaSUS, sobre a humanização da assistência e da rede de cuidado, Saúde Mental e pela Estratégia Saúde da Família.

O apoio matricial tem por objetivo prestar uma retaguarda para as equipes de saúde que são encarregadas em prestar a assistência, fazendo uma mediação entre as demandas dos territórios e o potencial de resolutividade das equipes. Consiste também em atender as demandas das equipes, equacionando suas dificuldades de comunicação e articulação para o trabalho interdisciplinar. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar aos dispositivos institucionais de regulação da assistência, ou seja, um apoio especializado em construção de rede e arranjos institucionais, para fazer fluir os mecanismos de referência e contra referência, fluxos, rotinas, etc. Também pretende oferecer apoio técnico-pedagógico para a interpretação dos determinantes do processo saúde-doença.

Portanto, a equipe de referência consiste numa equipe de profissionais com várias formações, que são encarregados de realizar o apoio matricial para as equipes que prestam o cuidado assistencial. A equipe de referência constrói o cuidado em saúde em outras bases, não pela oferta direta à população de serviços especializados, mas na construção de uma identidade de trabalhador coletivo. O trabalho do apoiador matricial é realizado em articulação com os recursos do território e com os demais serviços institucionais da rede, quer seja para atendimento de um caso individual, familiar ou comunitário.

Portanto, de acordo com Campos e Domitti (2007, p. 400),

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Nesse sentido, para Dimenstein et al (2009) o apoio matricial em saúde mental para a atenção básica deve ser ofertado pela equipe do CAPS, pois segundo esta autora o CAPS assume uma posição estratégica no território e no ordenamento das demandas de saúde mental, portanto, capaz de oferecer apoio, principalmente técnico-pedagógico, no manejo das questões relativas à saúde mental nos territórios cobertos pelas equipes de saúde.

Todavia, ressalta que há inúmeras barreiras para o CAPS assumir esse papel, desde o excesso de demanda à falta de recursos financeiros para promover o descolamento das equipes nos territórios. Ressalta ainda que o apoio matricial em saúde mental, apesar de sua expansão, é um processo em construção e tem se tornado um dos grandes desafios no incremento dos mecanismos da reforma (DIMENSTEIN et al., 2009).

2.2.1.1.3 subcategoria *âmbito da rede*

Nos artigos classificados na subcategoria *âmbito da rede*, destacamos as produções que dão evidência principalmente à relação da Saúde Mental com Atenção Básica em saúde. Tais artigos fazem também uma relação dos princípios da *reforma sanitária* com a *reforma psiquiátrica*.

A relação da atenção básica com saúde mental tem sido moldada por vários impasses, dentre eles a falta de compreensão das equipes de saúde da família sobre as questões relativas à saúde mental das populações. Pois, o manejo do território para construção do cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental inclui a compreensão das relações sociais que ali se realizam e presume a criação de novas estratégias de intervenção. Notadamente, a ESF de modo geral tenta articular essa dimensão das relações sociais presente nos territórios em suas práticas por meio da articulação do ACS com a comunidade e com o trabalho voltado para os segmentos populares das áreas adstritas. No entanto, quando se trata das relações entre essas dimensões com a saúde mental, reveste-se de certo grau de dificuldade em virtude da própria “rejeição” dessas equipes em lidar com o estigma da loucura e da doença mental (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

Essa dificuldade tem induzido o Ministério da Saúde a promover programas de educação permanente e na edição do módulo de Saúde Mental nos Cadernos de Atenção Básica, considerado o principal documento norteador das práticas institucionais das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Os artigos classificados na subcategoria *âmbito da gestão* dão evidência a essas práticas, relacionadas com as escolhas políticas das prefeituras, com a gestão da saúde mental por meio das secretarias de saúde e coordenações de saúde mental. Os artigos analisam a implantação dos serviços, a mudança de fluxo e a instalação de outros equipamentos.

2.2.1.1.4 Subcategoria *âmbito hospitalar*

Os artigos classificados na subcategoria *âmbito hospitalar* evidenciam as mudanças provocadas nas práticas institucionais em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos.

O projeto de reforma prevê a redução gradual dos leitos nos hospitais psiquiátricos de grande porte, e o fechamento daqueles que não atendem as diretrizes do Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) instituído pela Portaria 251/02, que vem avaliando os hospitais psiquiátricos conveniados pelo SUS. O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado pela portaria 52/04 do Ministério da Saúde, tem configurado, juntamente com o PNASH, os principais mecanismos gerenciais para fazer a transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo de base familiar e comunitária. O PRH tem estimulado a abertura de leitos em hospitais gerais para o atendimento da crise dos usuários da rede de saúde mental integrando essas estruturas hospitalares “remodeladas” aos demais dispositivos da rede.

Os artigos analisados dão evidências às mudanças nas práticas profissionais frente à reforma e a esses mecanismos de transição.

2.2.1.2 Artigos de estudos empíricos sobre representações sociais

A segunda categoria analisada na classificação dos trabalhos empíricos foi das *representações sociais*. Os artigos classificados nesta categoria foram organizados a partir dos segmentos em que focalizaram suas análises. Assim, temos três subcategorias:

- 1) 13 artigos que analisaram as representações sociais de usuários e familiares;
- 2) 08 artigos que analisaram as representações sociais dos profissionais;
- 3) 08 artigos que analisaram representações sociais de profissionais e familiares.

Sabemos que as transformações ocorridas na construção da política de saúde mental alteraram o modo como às pessoas com transtornos mentais, bem como seus familiares, buscam o cuidado em saúde. Sabe-se que o hospital psiquiátrico já não é o centro ou o direcionador da atenção em saúde mental, fato esse que modifica o itinerário terapêutico dos usuários na rede de saúde. Atualmente, a rede de saúde mental conta com outros dispositivos que prestam atendimento com uma abordagem comunitária e centrada no território, valorizando as relações das redes de apoio social familiar com a comunidade. Tal mudança ainda provoca profundas modificações no modo como essas pessoas, seus familiares e a comunidade de modo geral se relacionam com o novo sentido produzido em torno da loucura e da doença mental. O significado produzido em torno da reforma numa perspectiva mais ampla, que de forma mais concreta resulta no fechamento dos hospitais psiquiátricos, redução

de leitos e instituição de novos serviços, tem possibilitado a construção de novas relações sociais e novas subjetividades em torno dessas estruturas.

Portanto, acreditamos que a partir dessa leitura advém o interesse dos pesquisadores em investigar as representações sociais dos profissionais, usuários e familiares em torno dessas mudanças e desses conceitos.

Nesse sentido, identificamos os principais temas abordados por esses artigos a partir das três subcategorias elencadas, conforme a Quadro 10.

QUADRO 10 - TEMAS IDENTIFICADOS NA SUBCATEGORIA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Categoria	Subcategoria	Temas
Representações sociais*	RS dos usuários e familiares (13)	Modelos de atenção e inclusão social Loucura e Doença Mental Satisfação com os serviços
	RS dos profissionais (08)	Reforma psiquiátrica Modelos de atenção e inclusão social Participação da família Loucura e Doença Mental
	RS dos profissionais e familiares** (08)	Modelos de atenção e inclusão social Participação da família Reforma psiquiátrica Loucura e Doença Mental

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2014).

* RS

** Familiares dos usuários dos serviços

A partir das frequências relacionadas a cada subcategoria apresentada no Quadro 10, podemos inferir que há núcleos de interesse em determinados segmentos.

No segmento dos *usuários e seus familiares*, os estudos evidenciaram a relevância dos modelos de atenção e da inclusão social com bastante destaque e das significações em torno da loucura e da doença mental.

De acordo com os esses trabalhos, para os familiares a reforma psiquiátrica é uma proposta para se eliminar os hospitais psiquiátricos e modificar a forma de tratar os usuários. Essas mudanças para as famílias são vistas como necessárias, no entanto, reforçam a

permanência nos hospitais psiquiátricos. Tal percepção advém da própria limitação que as famílias encontram em cuidar dos seus entes, frente às dificuldades econômicas de arcarem com os custos financeiros do tratamento (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2014).

Todavia, percebemos que a representação das famílias sobre a reforma psiquiátrica não alcançou uma dimensão mais ampla, portanto, restrita aos aspectos mais técnicos e operacionais das mudanças em curso, ou seja, as mudanças que eles conseguem sentir.

Sobre os CAPS, os familiares consideram como um serviço importante onde os usuários e seus familiares são acolhidos. Destacam o trabalho dedicado da equipe profissional e o esforço que a equipe faz para atender as necessidades dos usuários.

A partir dessas conclusões observamos que as equipes se esforçam para moldar seu atendimento às necessidades dos usuários, tentando acolher suas demandas de ordem clínica, material e subjetiva para um cuidado além da doença e num esforço de construir autonomia desse usuário frente a sua própria vida (CAMATTA, et al., 2011).

No segmento dos *profissionais* temos uma preocupação com as representações sociais em torno da reforma psiquiátrica e dos modelos de atenção, principalmente na percepção e no modo como é processada a componente da inclusão social.

Os estudos apontam que a reforma psiquiátrica é representada pelos profissionais como um movimento complexo que tem por objetivo modificar as práticas no campo da psiquiatria a partir da incorporação do princípio da inclusão social.

Verificamos que os profissionais são motivados a adotarem uma nova postura na condução de suas práticas, bem como no modo como se relacionam com os usuários, rompendo com visão do profissional autoritário e carrasco característico do modelo asilar.

Todavia, ressaltam que há conjugação de diferentes práticas, umas mais alinhadas com as diretrizes da política de saúde mental, e outras que se afastam desses princípios pelos desentendimentos gerados em decorrência do modelo asilar ainda presente em muitas equipes e práticas.

Para os autores desses trabalhos, os múltiplos olhares sobre os desdobramentos da reforma se dão a partir dos diferentes contextos nos quais se inserem os atores sociais dessas mudanças. Esse contexto também interfere na rede de interpretações sobre a doença mental e do cuidado requerido (SILVA; AZEVEDO, 2011).

No segmento dos *profissionais e familiares dos usuários*, mais uma vez o destaque é para as representações em torno dos modelos de atenção e da inclusão social bem como para a própria participação dos familiares.

Os estudos apontam que a participação familiar é controversa entre os profissionais e nas próprias famílias. Quando se considera o modelo de atenção psicossocial, a participação familiar ganha relativa evidência, as famílias são estimuladas a serem coparticipantes do tratamento, assumindo algumas responsabilidades na construção das estratégias de cuidado. Os artigos demonstram que nem sempre essa participação acontece de forma efetiva, sendo muitas vezes fragmentada e pontual.

Percebemos que essa falta de participação advém do desencontro entre os objetivos do serviço e do tratamento com a própria compreensão das famílias sobre saúde, loucura e cuidado.

Quando se considera o modelo asilar, presente ainda nas ações dos serviços, a participação familiar é vista como um elemento que “complica” o tratamento, considerando que as famílias passam a dividir com médicos, psiquiatras e psicólogos o poder sobre o “paciente” e querem negociar com os mesmos as questões do tratamento. Então, identificamos relatos em que alguns profissionais afirmam que a família atrapalha o tratamento por não seguir as condutas prescritas e por querer “se meter”.

Todavia vale a pena sinalizar que a relação com a família deve ser tratada com muito cuidado no âmbito da saúde mental, para que a coparticipação no tratamento não se transforme em responsabilização e as negociações entre equipe/família não se transformem em culpabilização das mesmas.

O trabalho com a família deve estar pautado na construção de uma nova ressignificação da loucura e para a inclusão das pessoas com transtorno mental na vida da comunidade, seja ela na rua, no bairro ou em qualquer outra dimensão do espaço social.

Com relação ao modelo de atenção, os profissionais consideram como algo positivo para a superação do preconceito no tratamento das pessoas com transtorno mental, mas reconhecem as fragilidades da rede, o que leva, muitas vezes, a considerar a manutenção das estruturais manicomiais.

As ações de “inclusão social” são atividades restritas a integrar os usuários e seus familiares às atividades do CAPS, portanto, configura-se mais como um espaço de socialização do que de inclusão. Porém, um aspecto positivo dessas ações é a articulação com

outros serviços sociais que tentam inserir os usuários e seus familiares em cursos e capacitações profissionais ou quando tentam dirimir os preconceitos ao propor atividades onde os usuários se integram em diferentes espaços, como praças, parques, festas populares, etc.

2.2.1.3 Artigos de *pesquisa empírica sobre formação profissional*

Os artigos que compõem a categoria dos trabalhos empíricos que analisam a *formação profissional* totalizam cinco (05), que se distribuem em dois debates específicos: a formação profissional dos psicólogos, com três (03) artigos, e a formação profissional em enfermagem, com dois (02) artigos.

Como já mencionamos, as mudanças em curso no atual contexto da saúde mental têm induzido a construção de novas práticas sociais de cuidado e, por conseguinte, provocado revisão nas formações de alguns núcleos de atuação profissional. Tanto a psicologia quanto a enfermagem são profissões que historicamente atuaram na atenção psiquiátrica, principalmente em clínicas, ambulatórios e hospitais psiquiátricos, ou seja, atuaram na perspectiva do modelo biomédico e centrado no hospital.

Na atual conjuntura, essas profissões têm revisto suas formações e suas competências para atuarem no SUS e, mais recentemente, no campo da saúde mental por meio dos novos dispositivos da rede.

Nesse sentido, Macêdo e Dimenstein (2011) apontam que os cursos de psicologia lidam com duas concepções diferentes que instrumentalizam as práticas dos psicológicos: 1) uma concepção centrada na doença, no diagnóstico médico, na remissão do sintoma por meio da medicação e da psicoterapia; 2) outra concepção, centrada nas potencialidades das comunidades e dos territórios apoiada no modelo psicossocial. Todavia, os autores afirmam que essa relação é feita pelos cursos sem nenhuma crítica, o que leva a que os cursos considerem, geralmente, essas duas concepções como complementares.

Para os autores não é raro encontrar currículos de psicologia que reduzem as discussões no âmbito da saúde mental aos princípios de psicopatologia tradicional, que privilegia procedimentos clínicos no âmbito dos consultórios, da clínica psiquiátrica e do hospital. Essa postura promove de certa forma uma psicologização da vida social (MACEDO; DEMENSTEIN, 2011).

Portanto, os estudos investigam a formação dos trabalhadores em saúde mental e discutem que tal formação se contrapõe, em menor e em maior grau, aos princípios da reforma psiquiátrica. O efeito dessa formação seria a manutenção de uma atenção voltada para a doença e para a objetivação do indivíduo.

2.2.1.4 Artigos de pesquisa empírica sobre *prática profissional*

Em consonância com a discussão expressa na subcategoria anterior, os quatro (04) artigos sobre *trabalhos empíricos* que analisam as *práticas profissionais* também podem ser distribuídos em duas subcategorias: 1) artigos que analisam a prática profissional dos psicólogos e 2) artigos que analisam a prática profissional dos enfermeiros, ambas as categorias com dois (02) artigos.

Com relação à prática dos enfermeiros, o constante reforço ao especialismo e ao corporativismo dessa categoria possibilitou historicamente o alinhamento dessa profissão com o modelo asilar (SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013).

Diante do seu corporativismo, a enfermagem se viu confrontada com a eminente perda de espaço de trabalho em decorrência do fechamento das estruturas hospitalares e manicomiais. No entanto, com a abertura dos novos serviços, e com a configuração do campo da saúde mental, a categoria passou a repensar sua prática bem como sua formação.

No entanto, Silva et al (2004 apud SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013) apontam que um estudo realizado com estudantes de enfermagem do último ano constatou que para os futuros enfermeiros o trabalho nos serviços substitutivos é pautado pela solidariedade entre o saber da enfermagem e o saber da psiquiátrica tradicional.

É necessário entender que esse processo de alinhamento entre prática profissional e formação acontece de forma bastante lenta e, tal como acontece com a formação em psicologia, a enfermagem padece da mesma dualidade quando se trata das questões relativas à saúde mental.

Observamos, porém, um movimento de interação entre esses dois âmbitos, formação e exercício profissional onde as mudanças das práticas se constroem mais rapidamente, principalmente atreladas às discussões dos campos da Saúde Coletiva, Políticas Públicas e especificamente da Saúde Mental, do que nos próprios núcleos formativos. Tal percepção nos

tem possibilitado observar, no conjunto desses artigos, certo descompasso entre essas discussões nos núcleos profissionais e a redefinição das práticas sociais de cuidado desses agentes profissionais.

2.2.1.3 Considerações sobre os artigos de pesquisa empírica

Os artigos, de modo geral, sinalizam preocupações em torno de algumas questões. Há uma preocupação latente em historiar o processo de constituição do movimento de reforma psiquiátrica. Assim, define-se esse movimento como um processo complexo e multideterminado, resultante de determinações sociais, políticas, culturais e econômicas. Arelado a essa preocupação insere-se o debate em torno da loucura e da figura do louco, respaldada pelas interpretações socioantropológicas de modo a fazer uma crítica à forma como a sociedade tem se relacionado com a loucura ao longo da história. Com os mesmos pressupostos teóricos, os artigos fazem uma crítica à medicina e à psiquiatria, que se legitimaram como profissão e como disciplina em cima da doença e da loucura, ou seja, na criação da “doença mental” e de todas as estruturas sociais e institucionais que tentam “aprisionar” a figura controversa do louco e de sua loucura.

Com base nesse lastro teórico e substrato crítico, as pesquisas demonstram os desdobramentos da reforma psiquiátrica em curso no Brasil em dois âmbitos distintos: o âmbito das práticas, como ficou claro pelos artigos que analisam as práticas institucionais e profissionais, e o âmbito da formação profissional.

No âmbito das práticas as pesquisas apontam avanços na construção de novas metodologias de trabalho, principalmente relacionadas com o apoio matricial e o trabalho em equipe. Apontam também o avanço lento, mas gradual, dos serviços substitutivos no país, mas denunciam a convivência, nesse mesmo cenário, de práticas conservadoras com o novo modelo de atenção em saúde mental.

Fica evidente a partir dessa leitura a cristalização de dois modelos: *o modelo de atenção psicossocial*, elegendo como referência o território, a família e a comunidade, e *o modelo asilar*, com suas práticas de isolamento e de controle da loucura e do louco.

Nesses termos, a reforma psiquiátrica se constitui enquanto o movimento político, jurídico, social e cultural que busca reorientar os saberes e práticas conflituosos sobre a assistência adequada à loucura (PINHO; HERNANDEZ; KATORSKI, 2010).

Para Luz (2010), a reforma busca superar um modelo de interpretação da realidade que surgiu com o advento da medicina na era moderna, que transformou a loucura numa doença e seu tratamento relegado às instituições psiquiátricas.

Para Costa-Rosa (2000), o modelo asilar prevê o afastamento do doente mental dos seus vínculos familiares, para um processo de “adestramento” e “aprendizagem” que só poderia ser efetivado pela submissão às rígidas regras e a rotinas das instituições manicomiais.

No âmbito da formação, os artigos demonstram a necessidade de adequação da formação dos profissionais de saúde ao novo modelo de atenção psicossocial e denunciam que mesmo transcorrido mais de duas décadas do movimento pela reforma há uma focalização da formação em saúde na perspectiva biomédica com ênfase na doença.

Tantas mudanças nesses dois âmbitos demonstram que o campo de saúde mental é marcado pelo conflito e pela disputa de espaço entre agentes profissionais, modelos e paradigmas.

Esses embates, por sua vez, têm tornado o campo da saúde mental como produtora de novos sentidos e significados em torno dessas questões, o que enfatiza a relevância dos trabalhos que analisam as representações sociais dos diversos segmentos.

Tanto para os profissionais quanto para familiares e usuários, a reforma aparece como algo difuso. Os profissionais se veem presos no atual modelo e não se percebem construindo uma nova forma de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico. Estão em conflito e se sentem tensionados pelos dois modelos que disputam espaço nesse campo. Por isso, não há consenso em torno das ações de inclusão social, cidadania e da própria participação familiar e comunitária no âmbito do tratamento.

Para Severo e Dimenstein (2011a), a coexistência explícita dos dois paradigmas produz tensões no cotidiano dos serviços e colabora para a verticalização do saber psiquiátrico e a fragmentação dos processos de trabalho. Tal situação tem gerado ainda sofrimento entre os técnicos, que não conseguem ver materializados os princípios da reforma nos quais acreditam.

Para Santos-Filho e Barros (2007 apud Severo e Dimenstein, 2011), tal situação promove dois processos para a equipe: 1) a cisão entre a equipe e a gestão pela despolitização das questões vivenciadas pela equipe; 2) a invenção de novas práticas ligadas à horizontalização dos saberes numa tentativa de “lutar” contra o modelo asilar.

O segundo processo surge como uma resistência dos trabalhadores à mecanização das práticas, à falta de realização com o próprio trabalho e à perda do sentido de suas ações.

Ainda segundo Santos-Filho e Barros (2007 apud Severo e Dimenstein, 2011), uma possível saída para esse embate seria a construção de um diálogo com a gestão, no sentido da equipe do CAPS tornar-se partícipe desse processo, na criação de um novo modo de gerir e na pactuação de apoio para criação de uma rede.

Aos familiares, em contato com a dimensão da reforma que eles conseguem perceber, ou seja, a instituição dos novos serviços cabe repensar sua relação com a loucura, todavia, agora a loucura sai do âmbito da reclusão, para ganhar um novo espaço nos CAPS, na rua e no bairro. Essa modificação também altera a forma de buscar cuidado na atual rede de saúde mental, onde o hospital, apesar de ainda persistir, não é mais o serviço central dessa assistência.

Portanto, as discussões em torno da loucura, saúde e da doença passam por um processo de ressignificação no atual contexto da reforma psiquiátrica no Brasil e, de certa forma, os artigos analisados demonstram esse momento de transição.

Nesse contexto a loucura é pensada como um fenômeno da existência humana, que foi capturada pelo conhecimento médico-psiquiátrico que transformou essa condição em doença e o sujeito em paciente. Portanto, a relação entre o “objeto do conhecimento”, expressa na figura da loucura-doença, e o “objeto da prática”, na figura do louco-doente, possibilitou a criação dos diferentes mecanismos de controle (PINHO; HERNANDEZ; KATORSKI, 2010).

Para os referidos autores, o ato de reformar-se não significa apenas substituir um serviço por outro, mas sim a construção de uma rede de cuidados que envolva os saberes técnicos do campo e da comunidade, pois apenas com envolvimento dessas dimensões com os movimentos sociais e com a dimensão política é possível vislumbrar alguma mudança.

A reforma resiste enquanto movimento porque os profissionais que conseguem decodificar seus princípios procuram subsídios para reinventar suas práticas e seu cotidiano

num esforço contínuo de superação do modelo asilar, criando, assim, uma linguagem comum de enfrentamento.

Destacamos também que todos os artigos embasam suas metodologias de investigação numa abordagem qualitativa. Como suporte teórico, evidenciamos as leituras das obras de Foucault, Deleuze e Guatarri, para sustentar os argumentos sobre a loucura e da forma como a psiquiatria se constituiu como modelo de “interpretação” da vida social. No âmbito da reforma identificamos abordagens com base nas referências de Franco Basaglia e Robert Castel. Como intérpretes dessas discussões e produtores de uma abordagem adequada à realidade brasileira encontramos referências às produções de Paulo Amarante, Yasui, Costa-Rosa e Dimenstein.

No conjunto, os artigos contribuíram para a presente pesquisa por nos ajudar a perceber o embate de modelos e paradigmas distintos no âmbito das práticas sociais.

2.2.2 Artigos de reflexão teórica

Os 45 artigos classificados nessa categoria realizam uma reflexão em torno da Reforma Psiquiátrica e de seus desdobramentos enquanto processo desencadeado pelo movimento de Luta Antimanicomial e de uma perspectiva crítica ao modelo asilar.

Assim, após a leitura dos trabalhos foi possível identificar três subcategorias que sintetizam essas matrizes discursivas:

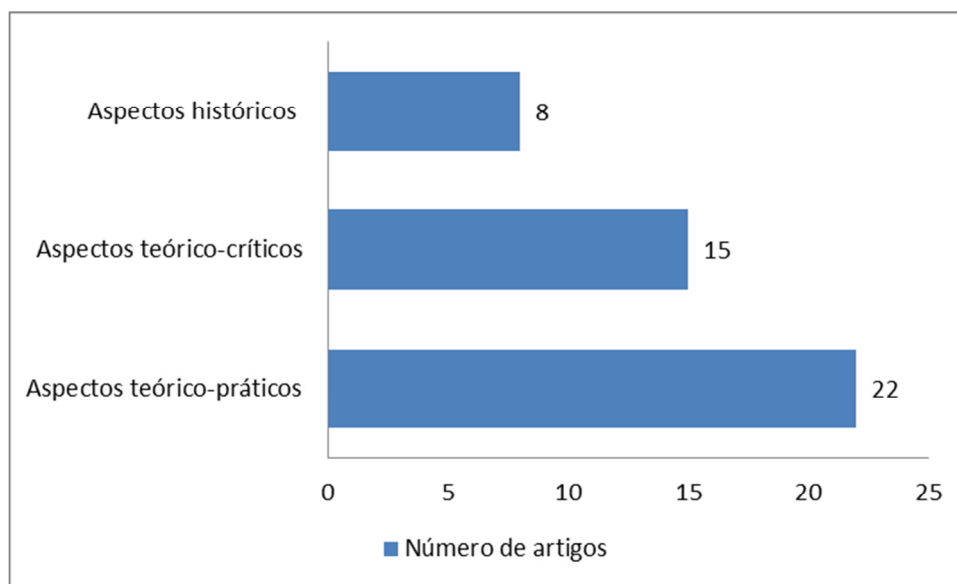
a) **Aspectos teórico-práticos:** congrega os artigos que fazem uma reflexão em torno dos aportes teóricos acionados pela reforma e sua repercussão no âmbito das práticas de cuidado nos serviços substitutivos;

b) **Aspectos teóricos-críticos:** reúne os artigos que analisam as diferentes perspectivas teóricas e que fazem uma leitura crítica sobre o papel do CAPS, da psiquiatria e sua relação com os temas emergentes nesse âmbito;

c) **Aspectos históricos:** reúne os artigos que fazem uma leitura histórica dos principais acontecimentos e desdobramentos do movimento de reforma, tanto em âmbito nacional como regional.

A partir dessa classificação distribuímos os artigos pelas subcategorias e construímos o Gráfico 12:

GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DE REFLEXÃO TEÓRICA PELAS SUBCATEGORIAS



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

A partir do Gráfico 12 podemos observar que a subcategoria aspectos teórico-práticos apresenta o maior quantitativo: 22 artigos, que representam 48,9% do total. A subcategoria aspectos teórico-críticos reuniu 15 artigos, que correspondem a 33,4% dos artigos de reflexões teóricas. Por conseguinte, os 08 artigos agrupados na subcategoria aspectos históricos representam 17,7%.

Apesar dessa categorização, os artigos que compõem cada uma das subcategorias abordam temas diversos e que se relacionam com questões emergentes do campo da saúde mental, o que nos impossibilitou de representar graficamente essas abordagens temáticas. No entanto, elencamos alguns temas que assumem relativa importância no âmbito dessas reflexões.

2.2.2.1 Artigos de reflexões teóricas sobre aspectos teórico-práticos

Assim, na subcategoria *aspectos teórico-práticos* observamos uma reflexão em torno de algumas práticas profissionais, como da Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. Destacamos também que, de modo geral, os artigos buscam conceituar o processo de trabalho em saúde mental dando ênfase às práticas profissionais que ocorrem no âmbito dos serviços como o acompanhamento terapêutico, as ações de inclusão social e o processo de alta dos usuários.

Dunker e Kyrillos Neto (2004) compreendem o reforço à inclusão social como um enunciado discursivo de aceitação foucaultiana. Enunciado discursivo é uma unidade do discurso que se reveste por um domínio específico de objetivos, variações discursivas e conceituais e produção de diferentes estratégias.

O deslocamento do discurso psicopatológico gerador da exclusão como unidade de tratamento no modelo asilar para o discurso da inclusão pelo “retorno” do social a esse processo tem produzido um conjunto de experiências sobre esse enunciado discursivo e gerado uma nova figura no âmbito da saúde mental: a figura do usuário da rede de saúde mental, que é estimulado a ter uma atividade remunerada, ficar junto da família e da comunidade e evitar internações psiquiátricas (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004).

No entanto, seguindo essa narrativa produzida pela reforma, há o confronto das “antigas” profissões, como a Psiquiatria e a Psicologia, com uma nova categoria fundada por essa narrativa: o trabalhador de saúde mental.

O novo trabalhador em saúde mental pode ser interpretado a partir de duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão político-ideológica.

Em sua dimensão técnica o trabalhador de saúde mental pode ser considerado o técnico (nível médio) ou profissional (nível superior) que atua no campo da saúde mental. No entanto, esse trabalhador é modulado pela dimensão político-ideológica quando assume o discurso da reforma psiquiátrica.

Portanto, a partir dessa discussão e dessas diferenciações, os artigos analisados procuram situar as diferentes práticas nessa narrativa.

Desta feita, a inclusão social assume diferentes conteúdos, gerando práticas distintas, ora moduladas pelo núcleo profissional e pelos saberes do campo, ora por um saber construído por essa interação.

Nesses termos, essas variações acabam mediando à relação dos trabalhadores de saúde com os usuários, produzindo diferentes formas de se fazer o acompanhamento terapêutico dos usuários, no significado da alta do serviço e no “agenciamento” desses usuários na cena comunitária.

2.2.2.2 Artigos de reflexões teóricas sobre aspectos teórico-críticos

Com relação à subcategoria *aspectos teórico-críticos*, percebemos uma reflexão sobre a crítica que é feita em torno da própria reforma, nomeadamente pelas instituições representativas da psiquiatria. Emergem leituras críticas sobre dos dispositivos asilares, das instituições manicomiais do sistema judiciário, do papel das ONG e das instituições religiosas. Alguns desses temas são abordados a partir de perspectivas teóricas bem diversas, como a psicanálise e a vertente crítica da saúde mental, e da leitura de autores como Foucault, Goffman, Castel, Bauman, Deleuze e Guattari e Paulo Freire.

Acreditamos que pelo fato da psiquiatria ser um tema bastante recorrente nos trabalhos foucaultianos, as elaborações teóricas deste pensador são bastante utilizadas nas análises sobre o tema. Por sua vez, as problemáticas tratadas por Foucault influenciaram outros estudiosos, como Castel e Deleuze, que também são bastante recorrentes nos artigos desta categoria (SILVA, 2009).

Para Silva (2009), alguns estudos de Foucault e Castel sobre a história da loucura, da psiquiatria e do asilo vêm descrevendo as tecnologias asilares e as tecnologias reformistas contemporâneas.

No início do século XX no Brasil evidenciam-se duas modalidades de reforma: a emergência das colônias agrícolas e a assistência hetero-familiar. Para Silva (2009) as duas modalidades correspondem a matrizes foucaultianas ao tratar da medicina social: a matriz religiosa, onde o tratamento seria mediante o trabalho rural em contato com a natureza, isolando o indivíduo do seu território e de sua família; e a matriz militar, quando os indivíduos eram mantidos nas casas ou em instituições para localizar e higienizar o espaço

territorial urbano. Ainda para aquele autor, a matriz militar foi reatualizada pelo governo brasileiro por meio do PSF e assumida pelos CAPS na década de 1990. Isso aconteceu porque ambas as estratégias estão em consonância com regionalização dos serviços e a fixação dos usuários em suas casas e territórios, favorecendo uma sedentarização dos mesmos (SILVA, 2009).

Nesse sentido e com base nesses aportes teóricos, Silva (2009) procura demonstrar que a constituição das redes de cuidado atende a interesses políticos, terapêuticos e administrativos.

Nessa direção, parte dos trabalhos analisados fazem uma crítica ao processo da reforma psiquiátrica e procura alertar, com base nas análises realizadas a partir desses aportes teóricos, os possíveis interesses ocultos do Estado em aprofundar algumas estratégias.

Vale ressaltar que os artigos analisados nessa subcategoria produzem análises sobre a crítica em varias direções: a) a crítica sobre a reforma psiquiátrica e seus dispositivos, feita por aqueles que se coadunam com o discurso reformista; b) a crítica sobre a reforma psiquiátrica realizada por segmentos contrários à reforma.

Com relação ao primeiro conjunto, ressaltamos o debate sobre os efeitos da cronicidade, que parece apontar para os rumos que a reforma vem tomando. Nesse sentido, há dois movimentos: a manutenção da perspectiva do movimento que desencadeou a reforma e a dimensão institucional da reforma pelo Estado.

No segundo conjunto de críticas há destaque da retórica das instituições médico-psiquiátricas (associações profissionais, entidades formativas) em desqualificar a implementação da rede de saúde mental e o aprofundamento da reforma. Esse discurso afirma que o movimento reformista tem promovido o fechamento dos hospitais psiquiátricos, deixando assim a população desassistida, e consideram os CAPS como um serviço precário que não se alinha com os tratamentos científicos da loucura.

A leitura desses trabalhos contribuiu para compreendermos o embate e a disputa de poder no campo da saúde mental. Assim, fica claro que há pontos de resistência na política de saúde mental no que se refere às práticas cotidianas produzidas pelos CAPS, mas também pontos de estrangulamento no âmbito do CAPS, que vêm capturando e subvertendo as práticas ao modelo asilar gerando uma nova cronicidade.

2.2.2.3 Artigos de reflexões teóricas sobre aspectos históricos

Na subcategoria *aspectos históricos* observamos uma preocupação constante em refletir sobre a reforma psiquiátrica a partir de uma perspectiva histórica. Tal abordagem relaciona a construção histórico-social em torno da loucura, as modificações da assistência psiquiátrica e a constituição da psiquiatria enquanto corpo orgânico representativo de um saber e de uma classe social hegemônica.

Percebemos que essas produções assumem uma dupla função nos embates travados no campo da saúde mental: 1) configuram-se como um mecanismo de resistência frente ao modelo asilar/psiquiátrico operado pelas instituições e pelos atores que a representam; e 2) constituem-se como um substrato político, teórico e social de uma perspectiva em torno da saúde mental, que produz um conjunto diversificado de práticas em consonância com os princípios da reforma.

Acreditamos que as produções teóricas em torno da reforma e de todos os temas que se integram a essa perspectiva, configuram-se em um marcador contínuo. Tal marcador serve de alerta não só para se contrapor ao modelo asilar, mas para denunciar a captura dos modos de fazer, pensar e agir por essa lógica, ou seja, pelo controle das subjetividades.

Esse movimento de captura pelo modelo asilar tem gerado dissonâncias na forma como os CAPS são implantados e gerenciados, o que leva quase todos os autores dos trabalhos analisados em concluir que no âmbito do CAPS coexistem práticas alinhadas como os princípios da reforma e práticas consideradas manicomiais.

Talvez por essa evidência, foram produzidas várias análises sobre o aprofundamento do CAPS nos territórios e na construção de alguns adjetivos para esse modelo como: CAPSilhas; CAPScômios etc.

Para Silva e Fonseca (2005), o novo modelo assistencial em saúde mental vem implantando de forma gradual uma rede de cuidados que exige uma complexa estrutura de serviços comunitários, articulados com recursos territoriais, sociais e culturais.

Desta feita, para as autoras o profissional que atua no âmbito da saúde mental é desafiado a construir uma nova ação em saúde, onde o trabalhador de saúde mental deve construir um saber técnico (adquirido em sua formação profissional) com uma dada habilidade superior em lidar com a diversidade e a imprevisibilidade.

A construção dessa nova ação de saúde está ancorada na passagem de um dado conteúdo para a prática, o que implica considerar uma modulação pela visão de mundo dos agentes profissionais com as experiências e os saberes disponíveis no campo.

Essa “passagem” só poderá acontecer mediada por uma necessidade que se transforme em força propulsora de agenciamento de respostas à realidade, mediante uma situação real concreta. Essa passagem, portanto, vai produzir respostas múltiplas, exigindo toda a potencialidade dos atores sociais (SILVA; FONSECA, 2005).

No entanto, ainda para as referidas autoras, não compete aos trabalhadores de saúde mental produzir essas mudanças, mas sim compor esse cenário de mudanças. Sob essa visão, as autoras afirmam que no Brasil a saúde mental convive com níveis distintos de transformação institucional e conceitual sob a regência das dimensões da realidade objetiva. Deste modo, é possível depreender três grandes contradições enfrentadas pela reforma psiquiátrica: 1) ação produzida nas instituições asilares que permanecem na rede; 2) ação de saúde produzida a partir do processo de despolitização, gerando assim uma ação higienista; 3) ação de saúde produzida nos serviços substitutivos, que podem estar reproduzindo a lógica do modelo asilar sob a forma de relações mais democráticas e solidárias (SILVA; FONSECA, 2005).

2.2.3 Artigos de *pesquisas bibliográficas*

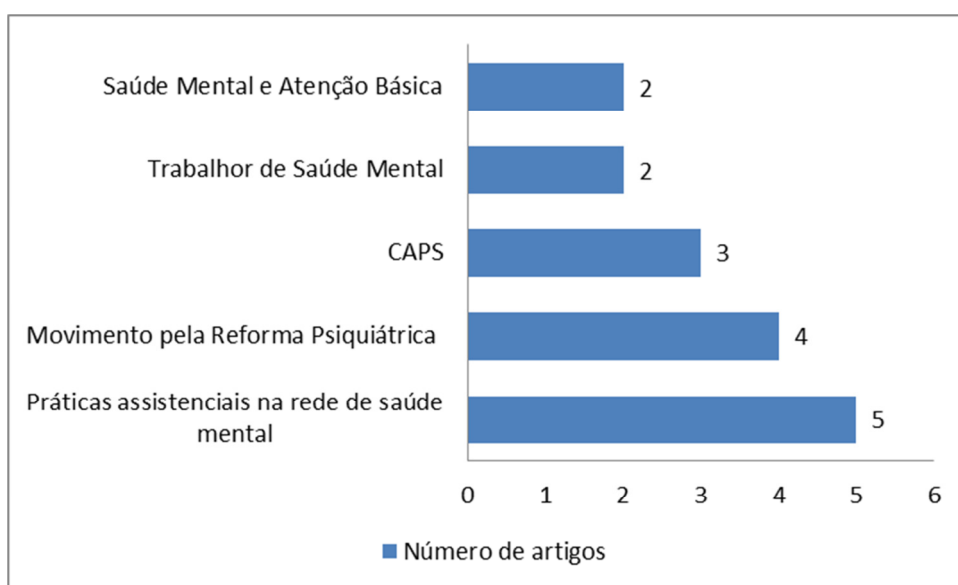
Nesta seção apresentamos a análise dos 16 artigos que foram classificados na categoria artigos de pesquisas bibliográficas. A partir da leitura realizada organizamos os trabalhos em cinco subcategorias:

- *Práticas assistenciais na rede de saúde mental*: artigos que analisam a produção em torno das práticas assistenciais na rede de saúde mental e sua relação com os princípios da reforma;
- *Movimento pela Reforma Psiquiátrica*: artigos que analisam a produção em torno da própria reforma psiquiátrica e dos desafios postos à sua consolidação;
- *CAPS*: artigos que investigam a produção em torno do ambiente do CAPS, sua concepção, funcionalidade e integração com outros dispositivos;

- *Trabalhador em Saúde Mental*: artigos que analisam a produção em torno do profissional denominado “trabalhador em saúde mental” principalmente os técnicos de nível médio;
- *Saúde Mental e Atenção Básica*: artigos que aprofundam essa relação de cooperação e organização das ações de saúde mental na atenção básica em saúde.

Após a sistematização dessas subcategorias foi possível organizar o Gráfico 13.

GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS CLASSIFICADOS COM PESQUISA BIBLIOGRÁFICA PELAS SUBCATEGORIAS



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Podemos observar que a subcategoria com mais artigos é *práticas assistenciais em saúde mental*, com 05 artigos que representam 31,2% do total de artigos de pesquisa bibliográfica. Na subcategoria *movimento pela reforma psiquiátrica* foram classificados 04 artigos, que correspondem a 25% do total. Em seguida, com 03 artigos classificados (18,7%) está a subcategoria *CAPS*. As subcategorias *Trabalhador de Saúde Mental* e *Saúde Mental e Atenção Básica* têm cada uma 02 artigos classificados (12,5%).

Na subcategoria *práticas assistenciais na rede de saúde mental* evidenciamos uma preocupação com o trabalho em equipe, tanto no âmbito dos serviços substitutivos quanto nos serviços hospitalares. Os princípios construídos em torno da reforma e do movimento pela

luta antimanicomial acionam um conjunto de conteúdos teóricos, simbólicos e discursivos que se tornam um “padrão” de referência para orientar as práticas profissionais nos mais diversos contextos.

Na subcategoria de *movimento pela reforma* os artigos analisam o arcabouço conceitual das políticas públicas direcionado à saúde mental, com ênfase no desafio de superar o modelo de atenção asilar para o modelo psicossocial (BALLARIN, MIRANDA E FONTES, 2010). Entretanto, essas mudanças estariam pautadas em investimentos em diferentes dimensões onde a reforma se desenvolve.

Na subcategoria *CAPS*, destacamos o papel central que esse serviço tem desempenhado na rede e sua relação com outros dispositivos criados pela reforma, como os Serviços de Emergência Psiquiátrica (SEP), e os serviços gerais de saúde, como o Serviço Médico de Urgência e Emergência (SAMU).

Na subcategoria *Saúde Mental e Atenção Básica*, os trabalhos evidenciam os desafios dessa interface, mas reafirmam o papel estratégico da atenção básica, principalmente pela articulação da ESF, o atendimento das demandas em saúde mental nos territórios.

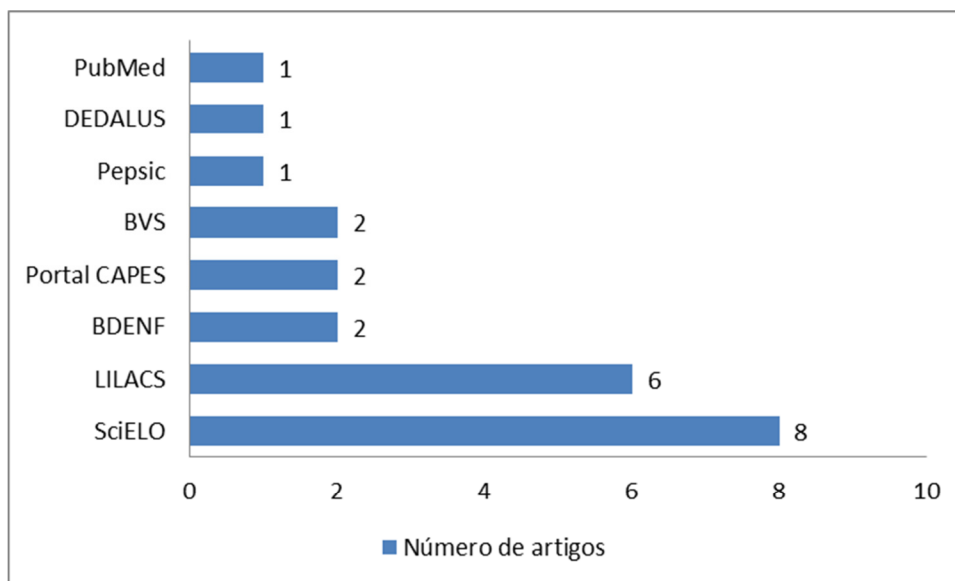
Mais uma vez nos parece evidente o interesse dos pesquisadores em perceber o contexto das práticas assistenciais de cuidado em interface com as diretrizes da reforma, ao passo que o próprio movimento pela reforma psiquiátrica configura-se como um dispositivo de mudança. Portanto, a reforma apresenta-se como um marcador de avaliação tanto para a configuração dos serviços quanto para as práticas dos diversos profissionais.

2.2.3.6 Considerações sobre os artigos de pesquisa bibliográfica

Com relação ao âmbito das pesquisas, destaca-se que todos os estudos são do âmbito do Brasil, uma vez que o contexto onde emergem os temas tratados pelos artigos é particular à realidade brasileira.

Com relação às bases de dados consultadas pelos estudos, destacaram-se de acordo com o Gráfico 14.

GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS CLASSIFICADOS *PESQUISAS BIBLIOGRÁFICAS* DE ACORDO COM AS BASES DE DADOS PESQUISADAS



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Nota-se no Gráfico 14 que o somatório das frequências para cada uma das 08 bases de dados (23) é superior ao número de artigos classificados como *pesquisa bibliográfica* (16). Isso é explicado porque artigos foram elaborados com a utilização de mais de uma base de dados. Observamos que a base de dados mais frequente foi a *SciELO* (08), que corresponde a 34,8% do total de ocorrências. Em seguida vem a *LILACS* (06), que representa 26,1% do total. As bases de dados BDENF, Portal CAPES e BVS tiveram 2 ocorrências cada uma, o que corresponde a 8,7%. As bases de dados Pepsic, DEDALUS e PubMed foram utilizadas apenas uma única vez, o que representa 4,4% do total de ocorrências.

Como já mencionamos, a base de dados *SciELO* é uma das mais importantes bases de dados científicos, caracteriza-se por reunir em seu portal periódicos de áreas como Ciências da Saúde, Sociais e Humanas. A base de dados *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é uma base de dados que engloba as produções latino-americanas em saúde. As duas bases, por concentrarem os periódicos e as produções da grande área das ciências da saúde, aparecem com mais recorrência nos estudos de natureza bibliográfica.

Por sua vez, mas não menos relevantes, a Base de dados em Enfermagem (BDENF), o Portal da CAPES e BVS. Como já evidenciámos, a área da enfermagem tem se destacado em nossa pesquisa como uma importante produtora de estudos e pesquisas no campo da saúde

mental, seja pela evidente modificação de suas práticas no novo campo ou mesmo colaborando com a produção sobre a reforma psiquiátrica.

A base de dados Periódicos em Psicologia (Pepsic) é uma fonte da BVS que disponibiliza a produção científica latino-americana em psicologia. O banco de dados bibliográficos da USP (DEDALUS) é o portal da Universidade de São Paulo que agrupa os periódicos da instituição bem como o seu banco de teses e dissertações. E, por fim, a base de dados PubMed é um banco de dados da produção bibliográfica em medicina.

Podemos inferir que as produções em torno do campo da saúde mental, apesar de aparecerem contribuições de algumas áreas específicas como a enfermagem e a psicologia, caracterizam-se pelo seu enfoque interdisciplinar e delimitam assim um campo de produção científica que seja o campo da saúde mental.

No conjunto, os artigos dessa categoria nos possibilitou perceber o aumento das publicações em torno de investigações bibliográficas que tratam das questões relativas ao campo da saúde mental. Observámos várias linhas discursivas e as temáticas abordadas envolvem diferentes aspectos do processo de aprofundamento da reforma.

Destacamos, portanto, aspectos como a constituição e organização dos CAPS, o processo de articulação de uma rede de cuidados em saúde mental e uma preocupação de analisar teoricamente a reforma, principalmente o seu valor histórico enquanto movimento social.

Podemos perceber, por meio da análise dessa categoria, que todas as publicações convergem, explícita ou implicitamente, para a construção de um discurso de reversão do modelo assistencial, com a defesa da expansão da rede de serviços de base comunitária, familiar e territorial tanto do ponto de vista técnico-operacional quanto do ponto de vista teórico-paradigmático.

A construção desse discurso tem promovido um debate com leituras diversas e possibilitado a construção de práticas de cuidado em saúde mental que vêm assumindo cada vez mais essa roupagem, e pela construção de novas metodologias de trabalho.

Nesse sentido vários avanços foram apontados na construção dessa rede, com ênfase nos processos de trabalho coletivos, do trabalho em equipe pelo incremento de conceitos já referendados pelo campo da saúde coletiva, como a interdisciplinaridade, a integralidade e a intersetorialidade. Todavia, não podemos negar as dificuldades e limitações na construção

dessa rede, por vários motivos, o que dá visibilidade ao caráter complexo do campo da saúde mental.

2.2.4 Artigos sobre relatos de experiências

Com a percepção de que as mudanças no campo da saúde mental têm provocado alterações nas práticas de cuidado e de gestão, bem como no âmbito da formação, é possível verificar essa assertiva a partir da leitura dos 12 artigos classificados na categoria *relato de experiência*. Assim, agrupamos os artigos em quatro subcategorias que foram identificadas após a leitura dos referidos artigos:

- ***Metodologias de trabalho***: 05 artigos que relatam as experiências em torno das novas metodologias de trabalho, com ênfase no trabalho em equipe, apoio matricial e na supervisão clínico-institucional;
- ***Implantação de espaços formativos***: 03 artigos que analisam a experiência em torno da criação de espaços de formação no âmbito da saúde mental, como projetos em parceria com a universidade e o papel educativo dos CAPS;
- ***Implantação de serviços***: 02 artigos que relatam a experiência de implantação de serviços substitutivos e outros dispositivos da rede de saúde mental;
- ***Práticas profissionais***: 02 artigos que relatam as experiências profissionais no âmbito dos CAPS e, de modo mais geral, no âmbito do campo da saúde mental, com ênfase para a experiência dos psicólogos.

Verificamos que a subcategoria com maior frequência foi a *metodologias de trabalho* com 05 artigos, o que representa 41,6% do total de artigos classificados. A subcategoria *implantação de espaços formativos* obteve 03 artigos, que corresponde a 25%. As subcategorias *implantação de equipamentos* e *práticas profissionais* reuniram 02 artigos cada, o que representa 16,6%.

Para além da experiência concreta, capturada pelas subcategorias, foi possível identificar a recorrência de determinados temas nos respectivos artigos. Destacaram-se o tema Apoio matricial e trabalho interdisciplinar com 25% de recorrência, seguido pelos temas

Território e Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, com 13% de recorrência, e com 12% os temas Educação Popular e Saúde Mental na Atenção Básica.

Também consideramos em nossa análise verificar qual o segmento social a que pertenciam os autores dos artigos analisados. Assim, destacamos dois segmentos: Profissionais dos serviços e Pesquisadores/docentes, com 50% de recorrência cada.

Dentre as experiências destacamos que 92% são de âmbito local, cidade e/ou região e apenas 8% são de âmbito nacional, referente à experiência de reforma psiquiátrica em sua construção política.

Identificamos também os estados da federação onde ocorreram as experiências analisadas pelos artigos. Assim, evidenciamos seis estados: São Paulo (42%), Paraná e Rio de Janeiro (17%), e Rio Grande do Norte, Bahia e Minas Gerais (8%).

Sabemos que a reforma tem instituído novos serviços e que por meio destes estão sendo construídas novas práticas de cuidado, muitas vezes atividades eminentemente práticas anteriormente desconhecidas da saúde mental (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008) argumentam que a reforma psiquiátrica é um movimento sociopolítico ocorrido no âmbito da saúde pública. Eles ainda afirmam que no campo da gestão tem se materializado por meio do conjunto de leis e portarias que além de instituir formalmente a rede de saúde mental tem garantido novos direitos para as pessoas com transtornos mentais. No entanto, os autores fazem uma distinção entre *experiências* e *vivências* nesse campo. Como parte desse processo de instituição de novos serviços, há o processamento de novas práticas e de novas vivências nesse âmbito. *Vivências* no sentido que esses eventos estão circunscritos ao âmbito da prática, criando assim uma subcultura nas práticas de saúde. Para eles, a reforma precisa criar mecanismos em que essas vivências sejam transformadas em experiências a partir da interlocução com os conhecimentos socialmente compartilhados no âmbito da saúde mental. Essa articulação seria promovida a partir do desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde mental e da análise teórica dessas vivências a partir de uma leitura crítica.

Para que isso ocorra afirmam os autores,

[...] é necessário que as vivências eminentemente práticas dos trabalhadores de saúde mental sejam narradas e registradas constituindo, dessa forma, um arquivo, parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma. Em outras palavras, é necessária a realização de um trabalho de autoria, junto aos trabalhadores de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em

experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 15).

Deste modo, os artigos analisados indicam um leque de leituras em torno dessas vivências, num esforço teórico-político de transformá-las em experiências concretas inscritas nas práticas de saúde mental orientadas pelos princípios da reforma. Além disso, os artigos elegem principalmente enfoques teóricos, paradigmas e metodologias de trabalho, os quais são oriundos do campo mais geral da saúde coletiva.

Com relação às experiências que envolvem a concepção de apoio matricial, os relatos da experiência sugerem que a utilização dessa metodologia pode contribuir com a construção de práticas de cuidado mais alinhadas com o modelo psicossocial. Nesse sentido, o apoio matricial seria necessário para a reorganização dos serviços de base territorial, principalmente os serviços de atenção básica, para acolher as demandas de saúde mental.

Essas experiências permitiram visualizar a relevância das trocas de conhecimentos e saberes entre os profissionais das equipes na condução de suas práticas. Evidenciamos também que essa passagem tem sido mediada na criação de espaços formativos dentro dos próprios serviços e em articulação com projetos acadêmicos.

Na interface com o campo da Educação, observamos relatos dessas práticas na subcategoria *implantação de espaços formativos*, principalmente com a interlocução com a Educação Popular em saúde. Carneiro et al. (2010) afirmam que a educação popular em saúde pensada enquanto estratégia potencializadora de realização de um determinado projeto de sociedade pode promover aprendizagens para se construir novas práticas em saúde mental. Isso porque, de acordo com Vasconcelos (2002, apud CARNEIRO, et al., 2010), a educação popular busca trabalhar com grupos que estão envolvidos no processo de participação social, fomentando formas coletivas de aprendizado, principalmente pela valorização dos saberes desses grupos, para análise crítica sobre a realidade na perspectiva de sua própria emancipação. Nesse sentido, a educação popular é uma estratégia para a participação social e no redirecionamento da vida social (CARNEIRO, et al., 2010).

Na subcategoria *implantação de equipamentos* destacamos o esforço de cooperação entre a equipe dos serviços e a gestão numa ação que promove a expansão dos serviços numa lógica mais próxima dos princípios da reforma. Para Severo, L'abbate e Campos (2014) só é possível construir práticas de cuidado mais efetivas quando se reconhecer que essas práticas são indissociáveis das práticas de gestão, pois as tomadas de decisão devem perpassar o

cotidiano dos serviços, promovendo, assim, a democratização das decisões, a horizontalização dos saberes e o compartilhamento das experiências.

2.2.5 Artigos de pesquisas documentais

Com relação aos artigos classificados na categoria *pesquisa documental*, observamos a recorrência de três subcategorias de acordo com os tipos de documentos utilizados pelos autores para a construção de suas análises. Assim, distribuímos os artigos pelas subcategorias identificadas:

- ***Análise dos mecanismos de gestão***: 04 artigos que analisam a produção normativa (leis, portarias, relatórios e manuais) no âmbito da gestão da saúde mental;
- ***Análise dos documentos produzidos no CAPS***: 02 artigos que analisam os documentos técnicos no âmbito dos serviços substitutivos como prontuários, projetos terapêuticos e protocolos de atendimento;
- ***Análise de produção midiática***: 01 artigo que analisou a produção da mídia sobre os desdobramentos de um evento em saúde mental.

Verificamos que 04 artigos analisam os *mecanismos de gestão relativos à reforma psiquiátrica*, o que representa 57,14% do total de artigos classificados como *pesquisas documentais*. Os artigos que se dedicaram em analisar os documentos produzidos no CAPS a partir do cotidiano de trabalho dos profissionais representaram 28,57%. Apenas um artigo (14,28%) analisou a *produção da mídia* sobre um evento relacionado com a reforma psiquiátrica.

2.2.5.1 Subcategoria: análise dos mecanismos de gestão

Os artigos classificados na subcategoria *análise dos mecanismos de gestão* centraram seus esforços em delimitar uma linha de construção da reforma psiquiátrica a partir do marco legal. Esses artigos examinam as leis que instituíram a reforma, o próprio sistema de saúde e seus rebatimentos na saúde mental, bem como as leis que materializam a política de saúde mental em curso. Os documentos analisados delimitam as preocupações em torno da

construção da rede de cuidados, seja nas discussões em torno dos paradigmas ou nos mecanismos institucionais de gestão, como, por exemplo, o financiamento das ações de saúde mental pelo Estado.

Nesse sentido, os artigos consideram a reforma como um processo social complexo que envolve os atores sociais, as instituições e diferentes forças, que incidem nos territórios, nas universidades, nos governos, no mercado de trabalho e nos movimentos sociais (BARROS; SALLES, 2011).

Assim, os artigos delimitam-se três períodos distintos para a reforma psiquiátrica a partir da organização desses documentos: período de 1992 a 2000 ou germinativo, quando houve as primeiras normatizações sobre a instituição dos novos serviços de saúde mental bem como sobre o processo de desinstitucionalização; período de 2001 a 2002, quando houve a aprovação da lei 10.216/01 com a expansão da rede de atenção psicossocial, mecanismos de financiamento e ampliação da agenda política; período de 2003 à atualidade (2015), marcado pela consolidação do movimento reformista, pela edição da lei 10.708/03 que instituiu o PVC, a criação de serviços específicos e a articulação com as políticas intersetoriais (BARROS; SALLES, 2011).

No entanto, apesar de considerarmos essa periodização a partir da leitura dos documentos, acreditamos que a partir de 2011, com a edição da portaria 3.088/11 que instituiu RAPS, temos um novo período na trajetória da reforma psiquiátrica. A RAPS institui pontos de atenção em saúde mental em vários componentes da rede saúde, constituindo-se, assim, uma rede integrada de cuidados em saúde mental.

Nesse sentido, as articulações entre a saúde mental, os serviços de emergência e outros dispositivos da rede saúde passam do âmbito meramente prático e discursivo para o âmbito da regulamentação. A RAPS, assim, integra sete componentes da atenção em saúde e estabelece diretrizes de atendimento em saúde mental para cada um deles.

QUADROS 11 - COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nível de Atenção	Componentes
Atenção Básica em Saúde	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	• SAMU; • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de Acolhimento, • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em Hospital Geral; • 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.
Estratégia de Desinstitucionalização	• SRT; • PVC.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: BRASIL (2011)

Desse modo, a RAPS articula nesses componentes a dimensão do território e assume a perspectiva da intersetorialidade e do trabalho em rede.

Com relação aos relatórios de gestão analisados pelos estudos, há indicações de cumprimento dos propósitos da reforma psiquiátrica pelos avanços da implantação dos serviços substitutivos pelo incremento de uma rede de cuidados em saúde mental regionalizada. No entanto, é possível verificar que mesmo com esse avanço alguns desafios ainda precisam ser superados, principalmente na questão da integração da rede de cuidado em saúde mental com as forças presentes nos territórios.

Os estudos indicam ainda duas questões que merecem ser aprofundadas para uma maior consolidação da reforma: a sua relação com atenção básica e o avanço na implementação de políticas intersetoriais.

Para fortalecer a relação da atenção básica com a saúde mental, o MS vem implementando uma série de medidas para fortalecer os laços cooperativos entre esse nível da assistência. Uma das iniciativas foi o apoio à constituição de Equipes de Referência em Saúde Mental nos municípios e até a inclusão de profissionais de saúde mental na equipe do NASF. Para Barros e Salles (2011), os NASF são dispositivos para o matriciamento em saúde com

alta potencialidade de articular as equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família, de modo a melhorar o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

No tocante a intersetorialidade, os estudos apontam os avanços decorridos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, principalmente em propor a apreensão do campo da saúde mental como um campo transversal a várias políticas sociais. Os trabalhos apontam que devem se constituir alianças intersetoriais para se estabelecer de forma articulada, diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliações das políticas (BARROS; SALLES, 2011).

Ressaltam ainda que as ações de saúde mental têm por características trazer a discussão em torno da intersetorialidade para dentro dos serviços, na condução das práticas e principalmente nas discussões com a gestão.

Nesse sentido, os artigos apresentam algumas políticas de caráter intersetorial que foram originadas a partir das discussões sobre a intersetorialidade no campo da saúde mental: Projeto de Saúde Mental e Direitos Humanos, Projeto de Inclusão Social pelo Trabalho, Política de Saúde Mental e Intervenção na Cultura, Política de Saúde Mental para a Infância e Adolescência e o Plano Crack.

2.2.5.2 Subcategoria: *análise de documentos dos CAPS*

Os artigos classificados na subcategoria *análise de documentos dos CAPS* fazem um estudo a partir dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) desenvolvidos com os usuários dos CAPS. De acordo com a Portaria 147/94, o PTS consiste no conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente no âmbito da saúde e da saúde mental, desde a sua admissão no serviço até sua alta e no acompanhamento na rede de cuidados presente nos territórios (JARDIM, et al., 2009).

A partir dessa definição compreendemos o PTS como um instrumento de trabalho coletivo, construído de forma democrática entre equipe, usuários e familiares. O PTS prevê a descrição das atividades terapêuticas indicadas para cada indivíduo. Essas atividades levam em consideração uma análise personalizada de cada caso, e permite a integração com outras componentes da rede de saúde, do campo da saúde mental e da comunidade.

O PTS em saúde mental deve incorporar os princípios da reforma psiquiátrica, para um cuidado em saúde mental que leve em consideração as dimensões sociais, subjetivas e culturais dos seus usuários.

No entanto, os artigos analisados nessa subcategoria apontam que a tensão entre o modelo asilar e o psicossocial, sentida no convívio dos profissionais no âmbito dos serviços, se expressa na construção dos referidos PTS. Além do convívio entre dois modelos, os artigos visualizam as dificuldades de articulação das ações em saúde mental pela configuração disforme da rede, pois a rede de atenção psicossocial, apesar de contar com um serviço de referência (o CAPS), promove pontos de cuidados em saúde mental em outras instâncias da rede de saúde, todavia, o desenho desse tipo de cuidado ainda esbarra como a rede piramidal existente. O modelo de rede com múltiplas portas de entradas na rede favorece um melhor acolhimento dos usuários, encurtando seu itinerário na rede de saúde e diminuindo a hierarquia entre os serviços. Por sua vez, a rede hierarquizada reforça um cuidado ordenado e que reproduz as relações de poder presentes nesse tipo de desenho organizativo de serviços de saúde.

Assim, os PTS produzidos no âmbito das práticas desses serviços esbarram nessa dificuldade de constituição da rede. Como produzir um cuidado de saúde numa perspectiva de rede circular, quando os serviços estão dispostos no modelo de pirâmide? Assim, os profissionais acabam também reproduzindo nos PTS um cuidado hierarquizado, disciplinar e corretivo dos comportamentos dos usuários.

Todavia, mesmo diante desses empecilhos as análises defendem o reconhecimento do CAPS como um lugar privilegiado, no sentido de implantação de um tipo de cuidado que considera as singularidades dos sujeitos e de fundamental importância para a construção de novas práticas e experiências nos cuidados em saúde mental.

2.2.5.3 Subcategoria: *análise da produção midiática*

O artigo que compõe a subcategoria *análise da produção midiática* faz uma análise das notícias propagadas na mídia local e nacional sobre um importante evento de saúde mental numa dada cidade do sudeste do país, que é considerado um dos marcos do movimento da luta antimanicomial.

Na análise de Botti e Torr  zio (2014), a manuten  o do evento ao longo dos anos ao mesmo tempo em que tem favorecido um resgate histórico da cidade tem promovido a desmistifica  o dos preconceitos em torno da loucura e do louco.

Com rela  o    análise do material selecionado, os autores observam uma variedade de interpreta  es em torno do evento veiculadas na m  dia: evento de resgate histórico das questões relacionadas com a loucura; evento inusitado mesclando arte e insanidade; evento turístico-cultural; evento acad  mico.

Todavia, os autores ressaltam que o evento ainda preserva um caráter pol  mico, principalmente de manifesta  es de grupos de religiosos que são contrários    realiza  o do festival.

Por fim, os autores concluem que os significados encontrados em torno do festival expressam a dimensão sociocultural da reforma na medida em que contribui para a cria  o de uma cultura favorável a mudanças do modelo assistencial e na defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental (BOTTI; TORREZIO, 2014).

No conjunto, os artigos oferecem elementos para a compreensão do modelo assistencial que a política de saúde mental tem implementado nessa última década, principalmente no modo como os conceitos, modelos e paradigmas foram incorporados nos documentos legais, passando, assim, a definir as práticas de cuidado no campo da saúde mental.

A incorpora  o desses princípios nos documentos legais favorece a constru  o política-institucional da rede de aten  o psicossocial e demonstrado como um avanço na implementa  o da reforma.

Porém, como ressaltam Borges e Baptista (2008), as normativas no campo da saúde mental tem o poder de desenhar limites na medida em que se abriu a possibilidade de institucionaliza  o da reforma, mas também fecham outras possibilidades pela delimita  o de um caminho para ser seguido. Essa delimita  o, por sua vez, sofre com os embates das forças sociais no âmbito político e cultural.

Ressaltamos também que a constru  o de uma política como a política de saúde mental, que tem forte rela  o com os princípios do movimento social que a originou, expressa um projeto de sociedade para além da mera desinstitucionaliza  o. A excessiva normatiza  o encerra com as possibilidade de cria  o de novas práticas de cuidado, vivências e experiências que não estejam “prescritas” nos documentos legais.

Nesse sentido, os artigos colaboram para a construção de um modelo de interpretação da incorporação dos princípios éticos, sociais e culturais em normas, condutas e processos, como forma de forjar uma determinada conduta profissional.

Desta feita, emerge um processo de substituição do processo coletivo de construção de sentidos, significados e emoções em torno das práticas em saúde mental pela figura do “legislador” materializada pelo ministério da saúde, que acaba por editar as condutas consideradas “adequadas” nesse âmbito.

2.2.5 Artigos de pesquisa-ação

A nossa pesquisa bibliográfica identificou cinco (05) artigos que foram classificados na categoria de *artigos de pesquisa-ação*. Após a leitura do material observamos que quatro artigos (80%) versavam sobre as *práticas de saúde mental* e apenas um artigo (20%) sobre os *mecanismos de gestão*.

Na subcategoria *práticas de saúde mental* destacaram-se alguns temas como: a saúde mental e os recursos tecnológicos; trabalho em grupo; metodologias de mobilidade na rede; e grupo de intervenção com psicólogos e psiquiatras.

O artigo classificado na subcategoria *mecanismo de gestão* deu evidência a todo o processo de implantação de um CAPS, por meio das componentes da capacitação, acompanhamento e avaliação desse serviço.

Para Bittencourt, Francisco e Mercado (2013), o uso dos recursos tecnológicos aplicados no âmbito da saúde mental pode favorecer a capacidade de interação entre os usuários e a equipe, ao passo que se constitui como um recurso de interação desses usuários com o mundo. Os autores realizaram uma pesquisa-ação, que a partir do perfil dos usuários de um determinado CAPS propuseram oficinas terapêuticas para a construção de um *Blog* pelos usuários. Ainda para os autores, o exercício da autoria pelo *Blog* possibilitou o reconhecimento das potencialidades dos usuários, das suas famílias e dos profissionais do CAPS. Nesse sentido, o *blog* se constituiu como um espaço de expressão do que era significativo para os usuários, bem como de interação dos mesmos com outras realidades.

Por meio dessas atividades, os autores reforçam que houve o fortalecimento dos laços entre os participantes e o desenvolvimento de novos modos de vida e de novas relações

com os demais integrantes do serviço e com a família. O estudo ainda sinaliza para uma construção de uma nova linha investigativa que se proponha a responder perguntas sobre o uso da tecnologia como ferramenta terapêutica no campo da saúde mental.

Sobre a articulação em rede, o artigo que tratou desse tema afirma que a lógica das redes hierarquizadas facilita o planejamento e a oferta em saúde, porém nem sempre corresponde ao cotidiano dos serviços de saúde e às necessidades das pessoas, pois os serviços não funcionam numa realidade ideal e o caminho traçado pela rede hierarquizada não faz sentido na vida dos usuários (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Na pesquisa-ação que os autores desenvolveram observaram que as relações sociais produzidas no cotidiano dos processos de trabalho nos serviços transcendem a lógica dos fluxos organizados pelos mecanismos de gestão, como a referência e contra referência, os protocolos e as rotinas. Para os autores outras conexões são estabelecidas a partir dos vínculos afetivos criados entre os usuários e a equipe, o que favorece um tipo de prática para além do instituído. Mesmo que o usuário seja encaminhado para fora do serviço, há uma preocupação latente em acompanhar o seu itinerário na rede.

Essas conexões favorecem a troca de conhecimentos e estabelecem uma linguagem compartilhada na transmissão de saberes e experiências (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Já o trabalho de Paulon et al (2011) sobre as práticas dos profissionais “psi” (psicólogos e psiquiatras) apontou que nas discussões promovidas entre essas categorias, por meio da construção de grupos de discussão, há uma incompreensão dos mesmos sobre o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para os autores, o movimento de reforma instituiu um modelo de cuidado pautado nessa modalidade de trabalho em equipe, mas os profissionais resistem em sair dos muros de proteção de suas disciplinas para construir novas práticas. Portanto, esses profissionais limitam-se à atuação dentro do consultório, negando, assim, as possibilidades de construção de uma nova clínica. A nova clínica definida pelos autores incorpora não só os aspectos relativos aos cuidados em saúde, mas também a interação com a gestão, com outros serviços e com a rede.

Portanto, para os autores por meio da pesquisa-ação, ao propor aos profissionais “psi” a experimentação de novas ferramentas e espaços de clinicar diferentes, como acompanhar o usuário circulando pela cidade, abre-se a possibilidade de construção de um novo saber e de uma nova prática.

Sobre as metodologias de mobilidade da rede, destaca-se o trabalho que buscou auxiliar na construção de uma abordagem mais adequada para favorecer a transição de usuários de uma unidade hospitalar para um SRT. Assim, para Wachs et al. (2010) entende que transição não é apenas de um espaço físico, mas sim a apropriação de um novo território com suas histórias, cultura e relações sociais. Desta feita foi necessário trabalhar na direção de ressignificar a posição de usuário-morador. Desse modo, os autores compreendem que a mudança em si não é para uma unidade de SRT, mas sim para um novo território, tendo em vista que o SRT não significa o ponto final desse itinerário de saúde, pois o serviço se integra na dinâmica da comunidade em que se insere. Portanto, foi necessário desenvolver uma metodologia que integrasse essas dimensões: a nova identidade do usuário-morador com a figura da comunidade que o recebe, a vizinhança-apoiadora.

Assim, o SRT deve agenciar a ampliação dos territórios existências desses sujeitos para destituir o manicômio que está incorporado em seus modos de viver, tornando-se uma casa de passagem para “outras vidas”, outras casas, outras cidades, etc (WACHS et al., 2010).

Os autores consideram que o circular pela cidade, relacionar-se, apropriar-se de novos sentidos, afetar-se por outros processos de subjetivação, contribuem de forma decisiva para o processo desinstitucionalização da loucura, e com ele se efetiva um dos princípios da reforma psiquiátrica.

A leitura e análise dos artigos que compõem essa categoria, *artigos de pesquisa-ação*, nos possibilitou perceber que a construção do cuidado em saúde mental não está restrita apenas à dimensão da clínica ou da prática profissional de categorias específicas, mas sim pela interação de todos esses elementos na construção de um conjunto de experiências que instrumentalizam novas ações e novas práticas.

Emerge por meio dos estudos analisados o reconhecimento de que a construção dessa nova prática em saúde mental exige um esforço contínuo de mediações entre o clínico, o social, o político e o cultural. É apenas na consideração dessas dimensões no processo de construção das práticas sociais de cuidado que, de fato, os estudos sinalizam a possibilidade de desinstitucionalização da loucura e das práticas do modelo asilar.

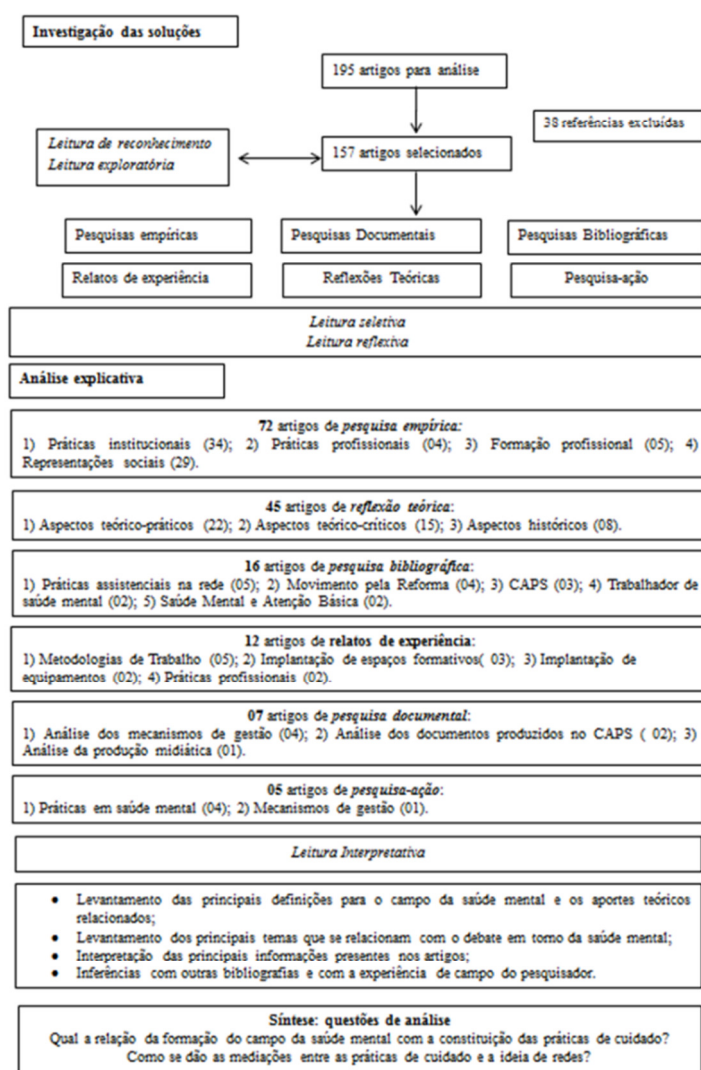
Todavia, fica o desafio de perceber como se constroem as referidas mediações e com se processa o aprofundamento do modelo de atenção psicossocial num contexto social e político, como os artigos deram evidência, tão adverso.

Desta feita, nas próximas seções buscamos em nossa síntese integradora propor caminhos analíticos para se compreender a formação desse campo em toda a sua complexidade e como situá-lo em nossa análise a partir do confronto com os dados empíricos.

2.3 Síntese da Revisão Sistemática: construindo aportes teóricos no campo da saúde mental

A partir do processo analítico depreendido em nossa pesquisa sistemática, elaborámos um quadro síntese com a metodologia empregada e com as principais categorizações que foram realizadas com o material selecionado com o descritor *Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*.

FIGURA 2- REVISÃO SISTEMÁTICA COM O DESCRITOR SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NA BASE DE DADOS SCIELO E O PERCURSO CATEGORIAL TEMÁTICO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Desse modo, e tendo em consideração o quadro de análise construído, a nossa pesquisa bibliográfica sistemática resultou na análise da produção nacional dos últimos 13 anos, com os artigos selecionados com o descritor combinado *saúde mental e reforma psiquiátrica*.

O processo de categorização seguiu as principais indicações presentes nos artigos, desde a identificação das fontes primárias, como também por aspectos que se revelaram por meio das diversas leituras empreendidas. Complementando a análise qualitativa além do conteúdo dos artigos utilizamos outras referências, notadamente aquelas que têm ressonância no âmbito da saúde mental.

Assim, consideramos que a referida produção se refere a uma relação do estabelecimento do campo da saúde mental com o processo de *reforma psiquiátrica* ainda em curso, o que delimita o nosso campo de análise para esta pesquisa.

No conjunto dos artigos evidenciamos várias definições tanto para o campo da saúde mental quanto para a reforma psiquiátrica. Essas definições ora centram seus conceitos em determinadas aspectos do processo político, ora priorizam a formação dos saberes e da formação em saúde, e outros ainda conceituam a partir das mudanças no âmbito das práticas sociais.

Essas definições têm envolvido vários segmentos sociais que estão imbuídos nesse processo, como os movimentos sociais, os trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços, familiares, comunidade, universidades, governos etc. Todavia, apesar das particularidades de cada abordagem há um marcador contínuo que em nosso ver une esses segmentos, e que definimos como eixo norteador, que seja a *transformação da condição social das pessoas com transtornos mentais*.

Evidenciamos um processo de profundas mudanças em várias direções, tanto do ponto de vista da legislação, com aprovação das leis, edições de portarias, manuais e relatórios, como do ponto de vista dos conhecimentos, com a construção de abordagens metodológicas e paradigmáticas em torno das questões de saúde mental. Mudanças na construção das políticas públicas, nas práticas sociais de cuidado e na construção de uma nova cultura em torno do modo com que a sociedade se relaciona com a loucura.

Também foi possível, a partir da leitura dos artigos, delimitar as forças que atuam no campo bem como o conjunto de sentidos e significados que emanam de suas práticas

discursivas. Identificamos também os principais aspectos que se relacionam com a construção do campo, as tendências temáticas e as perspectivas metodológicas dos autores dos artigos analisados.

Por conseguinte, em nossa síntese integradora delimitamos duas questões que consideramos centrais para o enquadramento do nosso campo de análise para essa pesquisa: a complexa formação do campo da saúde mental, por congregar diferentes problemáticas, e a construção das novas práticas em saúde mental por meio da mediação da rede de atenção psicossocial. Podemos sintetizar essas duas questões em dois eixos temáticos: a formação do campo e das práticas em saúde mental e as práticas de saúde mental no âmbito das redes.

A leitura desses trabalhos suscitou um profundo processo de reflexão sobre várias questões, das quais gostaríamos de analisar, mas dada as proposições da presente tese, elegemos esses dois eixos como fundamentais: a compreensão das práticas de cuidado em saúde mental e o modo como os profissionais processam a intersetorialidade em seu cotidiano de trabalho, objeto do nosso estudo.

Portanto, nas próximas subseções apresentamos nossas reflexões formatadas a partir das nossas escolhas teóricas, da nossa experiência no campo de pesquisa e já agregando elementos do quadro analítico de referência sobre a intersetorialidade construído no capítulo anterior.

Por fim, delimitamos alguns conceitos que se incorporam ao nosso enquadramento teórico para assim procedermos com a análise dos dados empíricos.

2.3.1 O campo e as práticas sociais em saúde mental: desvelando sua complexidade

Para desenvolver a nossa análise, e assim tecer algumas considerações em torno da constituição do campo da saúde mental e da compreensão das forças que o compõem e os tipos de práticas que elas engendram, faremos uma leitura desse processo a partir do arcabouço teórico do sociólogo francês Pierre Bourdieu.

Acreditamos que alguns dos conceitos-chave do seu arsenal teórico-metodológico nos possibilitarão compreender os mecanismos presentes num determinado campo que seja capaz de produzir determinadas práticas sociais.

Um objeto preeminente desenvolvido pelo autor é a própria Sociologia enquanto disciplina e prática social, com uma função bem definida qual seja contribuir para o desvelamento das estruturas de poder e dominação. Propõe como objetivo, transformar a sociologia em uma “ciência total” capaz de restituir à prática humana o que ela tem de essencial, seu valor simbólico (VALLE, 2007).

A construção do seu pensamento procura compreender a vida social a partir de conceitos-chaves fundamentais para sua teoria: *habitus*, *campo* e *capital*. A partir desta conceituação o autor procurou desvendar os mecanismos de reprodução social que legitimam as principais formas de dominação. Tal aspecto proporcionou a Bourdieu uma incursão pelos mais variados temas, desvendando seus mecanismos de dominação simbólica.

Assim, pode-se considerar que o pensamento de Bourdieu tem sido incorporado de diferentes maneiras. Muitas vezes a teoria de Bourdieu é abordada como reveladora dos mecanismos de dominação das sociedades ou como uma teoria das práticas sociais. Isso porque a sua perspectiva esclarece os mecanismos que geram as práticas sociais e muitas vezes como um sistema de análise dos produtos dos sistemas simbólicos (VALLE, 2007; ORTIZ, 1983).

Sua virada sociológica se dá a partir de sua vivência na Argélia, onde serviu ao exército francês e posteriormente exerceu o professorado, momento este que possibilitou a publicação de vasta obra sobre a sociedade Argelina.

É um período profícuo para Bourdieu, que escreve uma profusão de obras cujas publicações aparecem posteriormente: *Sociologia da Argélia* (1958), *Argélia ano 60* (1977), *Le Déracinement* (1964), *Trabalho e trabalhadores na Argélia* (1963) (VASCONCELLOS, 2002, p. 79).

Entretanto, é na obra *Trabalho e trabalhadores na Argélia* (1963) que o autor vai desenvolver um dos mais importantes conceitos de sua teoria: o conceito de *habitus*, que posteriormente desenvolve e expande em numerosos estudos sobre diversas temáticas. Passa a utilizar o seu conceito nas pesquisas que empreendeu de modo a criticar a configuração do conhecimento científico e a própria sociologia (VASCONCELLOS, 2002).

No entanto, o conceito de *habitus* “tem uma longa história nas ciências humanas” (HERON, 1987 apud SETTON, 2002). De origem latina, o termo refere-se à noção grega de *hexis* utilizada por Aristóteles sobre certa disposição prática dos indivíduos que molda seu

corpus e alma no processo de aprendizagem. O termo também já foi utilizado por Durkheim em sentido semelhante ao utilizado por Aristóteles, mas especificamente como “um estado geral dos indivíduos, estado interior e profundo, que orienta suas ações de forma durável” (SETTON, 2002, p. 61). Mas é a partir da leitura de artigo de Panofsky sobre a relação da afinidade entre a arte gótica e o pensamento escolástico e das reflexões proporcionadas por pensadores como Mauss e Weber sobre o conceito de *habitus* que Bourdieu vai desenvolver um problema sociológico e atacar o estruturalismo e a fenomenologia, fazendo crítica à própria ciência social,

Neste sentido, por exemplo, a noção de *habitus* exprime, sobretudo a recusa a toda uma série de alternativas nas quais a ciência social se encerrou, a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, a do finalismo e do mecanicismo, etc [...] tal noção permitia-me romper com o paradigma estruturalista sem cair na velha filosofia ou da consciência, a da economia clássica e do seu *homo economicus* que regressa hoje com o nome de individualismo metodológico (BOURDIEU, 1989, p. 61).

Para Bourdieu, a análise de Panofsky não se limitou apenas a estabelecer comparações entre a arte e o pensamento de um período, mas esta semelhança era resultado da reprodução de um modo de ser pela educação de conceitos e valores de modo sistemático, sendo apropriada de modo semelhante pelos indivíduos (SETTON, 2002). Assim,

[...] As semelhanças tem seu princípio na instituição escolar, investida da função de transmitir conscientemente e em certa medida inconscientemente ou, de modo mais preciso, de produzir indivíduos dotados do sistema de esquemas inconscientes (ou profundamente internalizados), o qual constitui sua cultura, ou melhor, seu *habitus* [...] (BOURDIEU, 1974, p. 345-346).

Deste modo, a cultura não é apenas um conjunto de signos comuns a um dado grupo ou mesmo um conjunto de respostas semelhantes a um mesmo estímulo. A cultura constitui-se num quadro de esquemas que sendo internalizados pelos agentes é passível de se reproduzir e engendrar respostas diferentes (novos esquemas) que de modo particular podem ser observados em situações também particulares (BOURDIEU, 2003; SETTON 2002; BOURDIEU, 1989).

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas [...] (BOURDIEU, 2003, p. 65).

Desta feita, o autor esquematiza talvez a sua mais importante elaboração teórico-metodológica, como forma de recuperar a dimensão individual e simbólica dos fatos sociais, considerando o aspecto do agente que se relaciona com a realidade social numa perspectiva dinâmica, e não apenas como produto da determinação social. O sentido de *habitus* tal como proposto pelo autor refere-se também ao lado ativo do agente, que embora internalize as representações da estrutura social não é apenas reflexo dela e tem a possibilidade agir sobre a mesma.

Portanto,

O conceito de *Habitus* surge então para conciliar à oposição aparente existente entre realidade exterior e as realidades individuais. Como capaz de resolver o problema dos determinismos: da estrutura sobre as práticas (objetivismo) e das práticas sobre a estrutura (subjativismo), seria uma maneira de reintroduzir os agentes na estrutura social que tanto as teorias tendiam a abolir e a transformá-los em meros fenômenos da estrutura (ORTIZ, 1983, p.)

No entanto, para compreender a relação indivíduo-sociedade, ou entre objetividade e subjetividade a partir da categoria de *habitus*, se faz necessário complementar seu entendimento com outro conceito do arcabouço teórico de Bourdieu: *o conceito de campo*.

Todavia o conceito de *campo* surge mais tarde na obra do autor e de certa forma “eclipsou o seu conceito fundamental, o de *habitus*” (MONTAGNER & MONTAGNER, 2009).

A gênese do conceito de campo pode ser pensada como resultado de uma necessidade de situar os agentes portadores de um *habitus* dentro do espaço no qual esse mesmo *habitus* havia sido engendrado sob o pecado original da dominação e que para tanto, pressupôs um arcabouço estável no qual essa dominação se reproduziria (MONTAGNER, 2008, p. 259).

Para Bourdieu, a ação do indivíduo estaria estruturada internamente pelo *habitus* e externamente pela noção de *campo*. Desta forma, os indivíduos estariam vinculados a determinados campos que, por sua vez, influenciam sua percepção sobre o mundo, balizando sua ação dentro dele.

O conceito de campo é um dos elementos centrais na obra do autor e é geralmente definido como um espaço estruturado de posições onde dominantes e dominados lutam pela manutenção de determinadas posições. Assim, para o autor a noção de campo compreende um espaço de dominação e conflito, campo onde os agentes reproduzem uma lógica particular

e investem recursos materiais e emocionais para atingir determinado *status*, que por sua vez mantem a estrutura do campo em funcionamento.

[...] a existência de um campo especializado e relativamente autônomo é correlativa à existência de alvos que estão em jogo e de interesses específicos: através dos investimentos indissolúvelmente econômicos e psicológicos que eles suscitam entre os agentes dotados de um determinado *habitus*, o campo e aquilo que está em jogo nele produzem investimentos de tempo, de dinheiro, de trabalho etc. [...] Todo campo, enquanto produto histórico gera o interesse, que é condição de seu funcionamento (BOURDIEU, 1990 p. 126-128).

Embora crivado por um jogo de interesses e enquanto produto histórico, ainda para o autor, a formação de um campo é resultado de um processo de diferenciação social que dá suporte às relações de força entre os agentes sociais, estes que podem ser individuais e coletivos. É a partir dessa concepção de campo como espaço de disputa de poderes e hegemonia que o autor introduz outro importante conceito que é o de *capital*.

Assim, para Bourdieu *capital* seria toda forma de recurso e/ou poder inerente a um determinado campo, que sendo apropriado pelos agentes sociais lhes confere poder, prestígio e privilégios. Em outras palavras, a apropriação de determinados capitais permite aos agentes manifestarem seus interesses em um dado espaço social, o que é reconhecido pelos demais agentes do campo quando não os detém.

Ainda para o autor, no interior do campo a distribuição de capital não se dá de forma homogênea, isto gera disputa de poder dentro do campo. Os que detém pouco capitais tendem a se empenhar e lutar para conquistá-lo, quem os detém exerce uma posição privilegiada e tende a defender seus interesses e privilégios. Deste modo, todas as ações que são feitas pelos agentes significam estratégias e investimentos orientados para obtenção e acúmulo de capital e de lucro simbólicos (ARAÚJO et al., 2009).

O capital pode ser considerado em diferentes formas, que para Bourdieu inclui o *capital econômico*, que pode se relacionar com as posses dos agentes sociais, as trocas mercantis, o poder de compra ou a capacidade de comprar que os agentes possuem; o *capital social*, que pode ser compreendido a partir de uma rede de relacionamentos, da ligação a um grupo de agentes com características comuns que se diferenciam de outros grupos e são reconhecidos mutuamente; o *capital cultural*, que se relaciona com a posse de conhecimento, este por sua vez constituído pelos saberes próprios e significativos de cada campo somados a outros conhecimentos de ordem mais genérica e cultural; e, por fim, o *capital simbólico*,

específico em cada campo e ligado ao reconhecimento, ao mérito e à honra de um determinado agente (ORTIZ, 1983).

Portanto, os campos, enquanto espaços estruturados e hierarquizados são arenas de disputa por determinado tipo de capital. Assim, o capital específico de cada campo é desigualmente distribuído e acumulado, fazendo com que os agentes criem estratégias de luta para mudar o seu *status*, o que por sua vez gera no grupo oponente estratégias de manutenção (ARAÚJO et al., 2009).

Desta forma, considerando que os agentes sociais não querem apenas conviver, querem ocupar espaços, influenciar pessoas e ser protagonistas, o conceito de *habitus* é insuficiente, tem-se que conhecer a estrutura do campo e acumular algum tipo de capital cujo valor lhe confere poder (ARAÚJO et al., 2009).

Assim, a partir da exposição dos conceitos de *campo*, *habitus* e *capital*, pensada pelas contribuições de Bourdieu, delimitamos a argumentação em torno da formação do campo da saúde mental com base nesses conceitos, tendo também como referência o conjunto de informações trazidas da análise realizada em nossa pesquisa bibliográfica. Desta feita, apresentamos nossa leitura para a constituição do campo da saúde mental e, por conseguinte, das práticas sociais de cuidado.

Desse modo, entendemos que na segunda metade do XX observamos uma tendência na maioria dos governos ocidentais, principalmente nas economias capitalistas emergentes, no tocante à aceitação gradativa da lógica neoliberal que impõe sérias restrições aos gastos públicos, principalmente com relação ao papel do Estado no provimento dos direitos sociais. Verificamos uma tendência de fortalecimento do mercado a favor da redução do Estado na proteção social. Todavia, contraditoriamente, emergem em diferentes conjunturas movimentos de luta pela manutenção e criação de novos direitos.

Neste contexto fica evidente a tensão no campo da saúde em virtude do conflito entre os agentes que o integram. Por um lado, aqueles que disputam a ampliação do setor saúde como sistema público, atrelado ao direito social à saúde inscrito na Constituição de 1988. E, por outro lado, os que defendem o projeto privatizante para o campo, de cunho neoliberal, que reduz a saúde ao consumo de serviços privados no âmbito do mercado. Este grau de complexidade tem proporcionado profundas alterações nas políticas públicas de saúde, principalmente na revisão das práticas sanitárias, na criação de novos modelos assistenciais e na inclusão de segmentos historicamente excluídos da assistência.

Desta forma, em linhas gerais, o campo da saúde, tem vivenciado um processo de profundas mudanças no tocante às práticas sanitárias, expresso pelo debate entre projetos societários distintos para o setor. Disputa essa que se conformou com os desdobramentos do Movimento de Reforma Sanitária, em 1986, que foram consubstanciados na Carta Constituinte de 1988 e na reestruturação das Políticas de Saúde na década seguinte.

No tocante à Saúde Mental, nesse mesmo período acontecem as primeiras definições do “campo”, tendo em vista a criação de um movimento social que se constitui como um “novo espaço de poder” e consolidar um sistema de valores que passam a identificar o campo da saúde mental. Deste modo, recorremos à noção de campo de Bourdieu que permite considerá-lo tanto como “campo de força” quanto um “campo de lutas” onde os agentes atuam defendendo as suas posições de forma a manter ou modificar sua estrutura (BOURDIEU, 1996).

Desta feita, podemos inferir que só a partir da instituição do movimento de luta antimanicomial, que construiu uma nova relação de força, definindo uma luta com um objetivo definido, a destruição das estruturas manicomiais, foi possível pensar à saúde mental enquanto campo.

Podemos afirmar que a referência ao termo *campo da saúde mental* data deste momento histórico de tensões e lutas sociais que evidenciou a luta pelos direitos e pela assistência à saúde de qualidade às pessoas com transtorno mental. Assim, podemos considerar que, até então, o campo de domínio desta questão era o chamado *campo psiquiátrico*¹, que a partir do paradigma de atenção aos problemas psíquicos valia-se da medicalização dos sintomas e na segregação dos indivíduos em instituições manicomiais, privando-os do convívio familiar e social.

Convém delimitar que o paradigma psiquiátrico produziu um modelo próprio de intervenção frente à loucura, que por outros processos tornou-se também um modelo de interpretação da vida social. Costa-Rosa (2000) denominou esse modelo de modelo asilar.

O movimento que emerge nesta tensão política e social questiona este modelo, seus paradigmas e principalmente as instituições que representam o poder do campo, que sejam: o hospital psiquiátrico; as faculdades médicas psiquiátricas; a indústria farmacêutica, etc.

¹ Lancetti e Amarante (2009) afirmam que a expressão saúde mental não era cogitada no século XIX e que assistência às pessoas com transtornos mentais era feita pelo campo da psiquiatria tendo como referência as instituições manicomiais.

O paradigma psiquiátrico entra em crise no contexto brasileiro, tendo em vista o momento histórico e político que passava o país no final dos anos 70 até meados dos anos 80. De certa forma, o modelo psiquiátrico não dava mais respostas às necessidades da população, que passou a questionar os princípios fundantes do campo psiquiátrico. Esse questionamento foi motivado pelas denúncias das condições sub-humanas a que os indivíduos eram submetidos nas instituições manicomiais, nos ganhos financeiros das instituições psiquiátricas provenientes em grande parte por internações compulsórias financiadas pelo Estado, desvio de dinheiro público para fins privados. Esses aspectos também se relacionam com a crítica feita à indústria farmacêutica que, juntamente com o paradigma psiquiátrico, criaram uma “cultura” de medicalização dos problemas sociais para lucrar com a venda de novas drogas e tratamentos.

Daí o termo e o conceito de campo da saúde mental foram forjados a partir deste processo de modo a diferenciar-se do campo psiquiátrico. Ao longo das décadas de 1980 e 1990 o movimento de reforma psiquiátrica consolidou as bases culturais do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Modelo que foi incorporado nas políticas de saúde a partir da aprovação da Lei 10.216/01, que instituiu os direitos dos indivíduos com transtorno mental e redirecionou a assistência à saúde mental no país.

Desta feita, temos dois substratos que vão proporcionar a diferenciação do campo da saúde mental do campo psiquiátrico: o substrato ideológico-cultural induzido pelo movimento de luta antimanicomial e incorporado na reforma psiquiátrica; e o substrato político-institucional quando da institucionalização da reforma e de seu substrato ideológico na legislação e na agenda política do Estado.

Sobre este processo de constituição dos campos aponta Bourdieu,

Os campos são resultados de processos de diferenciação social, de forma de ser e do conhecimento do mundo e o que dá suporte são as relações de força entre os agentes e as instituições que lutam pela hegemonia, isto é, o monopólio da autoridade, que concede o poder de ditar as regras e de repartir o capital específico de cada campo (BOURDIEU, 2003, p. 114).

Desta feita, o hospital psiquiátrico já não é mais o centro da atenção e da assistência à pessoa com transtorno mental, e nem o organizador das políticas e da formação profissional. Os centros de internação de doentes mentais já não são considerados como eficientes para recuperação das pessoas em sofrimento psíquico (LANCETTI & AMARANTE, 2009).

Todavia, a constituição desse novo campo provocou inúmeras mudanças, como evidenciámos na análise bibliográfica, pois nesse novo cenário a assistência à saúde mental não está mais centrada na figura do psiquiatra e sim no trabalho em equipes multiprofissionais de caráter interdisciplinar.

Portanto, enquanto campo que incorpora importantes reivindicações de um movimento político-social há a propagação dos ideais da reforma, a construção de um discurso em torno da desinstitucionalização que levaram o campo a forjar um modelo próprio, com base nas produções teóricas e na experiência de outros movimentos de reforma. Esse modelo foi denominado por Costa-Rosa (2000) de modelo psicossocial ou mesmo paradigma psicossocial.

Com base nos fundamentos do novo campo, a formação de diversas profissões da área da saúde passou a ser questionada, inclusive a formação médica, por não atender às novas requisições do sistema de saúde no tocante à assistência à saúde mental. Foram introduzidos na formação desses profissionais novos conteúdos, criaram novos cursos e novos espaços ocupacionais para estes profissionais na saúde mental. Em nosso entendimento esses acontecimentos reforçam a definição da saúde mental enquanto campo social, pela evidência de condições de reprodução de sua lógica no aparelho institucional, como bem demonstram Montagner e Montagner (2009),

[...] Um campo traz em si mesmo as condições de sua própria reprodução. Insto inclui os meios de formação de novos integrantes (escolas, grupos formais, academias, universidades); inclui as instancias de consagração pelas instituições e dispositivos do campo etc. [...] (MONTAGNER & MONTAGNER, 2009, p. 261)

Como forma de materializar os saberes e as práticas no âmbito do campo da saúde mental foi criado o CAPS, que atualmente é o serviço de saúde privilegiado na assistência à saúde mental que está situado nos territórios, de modo a ficarem mais próximos das comunidades. De modo geral, a metodologia adotada pelo campo é reproduzida em diferentes formas pelos agentes que atuam no campo no intuito de sintonizar as novas práticas com os pressupostos da reforma psiquiátrica, como o conceito de desconstrução manicomial e com a práxis da desinstitucionalização (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Por sua vez, o modelo difundido no campo de atuação é incorporado pelos agentes profissionais e facilmente percebido em suas manifestações políticas, gostos, gestos e o modo

de como interagem com os demais agentes, na construção de uma ação que se converte em prática.

O serviço é organizado de modo a lembrar do “espaço familiar”, os profissionais optam por não se identificarem por sua profissão e não utilizam o vestuário branco típico dos serviços de saúde, em consideração pela carga simbólica que essa vestimenta tem para os usuários.

Na medida em que o campo da saúde mental vai se institucionalizando em serviços e dispositivos de cuidado integram-se a outras redes de assistência, como a família e a comunidade, e passam adotar regras, desenvolver novas competências e padrões de comportamento próprios do seu contexto. Assim, fica evidente a capacidade dialógica do campo em incorporar novos elementos culturais e simbólicos (a partir do reconhecimento social dos seus agentes), produzindo novas experiências e estruturando novas referências simbólicas para a família e a comunidade. Nessa direção, é oportuno posicionar este processo ao conceito de campo de Bourdieu, ou seja, o modo como esse comportamento é reproduzido dentro do campo por espaços diferentes, como a família, a universidade, o ambiente de trabalho. A construção dessas ações conta com certa disposição dos agentes que, depois de incorporadas, são postas em prática. Para explicar essa passagem (ação-prática) temos como referência conceitual o conceito de *habitus*. Para Setton,

O *habitus* individuais, produtos da socialização, é constituído em condições sociais específicas, por diferentes sistemas de disposições produzidos em condicionamentos e trajetórias diferentes, em espaços distintos como a família, a escola, o trabalho, os grupos de amigos e/ou cultura de massa (SETTON, 2002, p. 65).

Entretanto, o *habitus* dos agentes do campo da saúde mental é formado pela interação de distintos ambientes, num contexto social e cultural diverso, de modo a fugir de uma padronização das condutas. Isso acontece porque mesmo que o modelo de atenção psicossocial seja o orientador das práticas e assumido pelas políticas governamentais, ele não é hegemônico, pois dentro do campo existem tensões que colocam constantemente em xeque os paradigmas do campo, reatualizando antigas práticas como, por exemplo, a internação compulsória dos usuários de drogas.

Conseguimos identificar *a priori* no campo da saúde mental a disputa de poder e de legitimidade entre dois paradigmas: o paradigma psiquiátrico e o paradigma psicossocial. Ou entre dois modelos: o modelo asilar e o modelo psicossocial.

O modelo psicossocial é hegemônico do ponto de vista político-normativo e, portanto, norteador de um conjunto de práticas dentro do campo. Por sua vez, o modelo asilar, apesar de não possuir mais o reconhecimento formal dentro do campo, se espraia num conjunto de práticas, normas e condutas que, mesmo “disfarçadas” por um verniz democrático e humanitário, preserva sua objetividade que seja pela exclusão do louco do convívio social e pela defesa dos recursos “científicos” da psiquiatria.

Assim, de modo nenhum o *habitus* destes agentes pode ser compreendido como unidimensional. Embora o ajustamento entre *campo* e *habitus* seja uma forma de compreender a identidade social do agente, este ajustamento é apenas uma forma possível entre outras.

Se pensarmos o campo da saúde mental a partir da cisão entre esses dois modelos, podemos sumariamente definir dois perfis de atuação, ou dois tipos de identidade profissional: 1) aqueles que assumem as prerrogativas do modelo psicossocial; 2) aqueles que assumem os conceitos e as práticas do modelo asilar.

Portanto, o campo da saúde mental não é homogêneo. Para os autores especialistas da temática o campo da saúde mental pode ser relacionado à ideia de um campo profissional ou campo de atuação, como já sinalizado, ou de um campo de conhecimento que tem como principal característica seu aspecto inter e transdisciplinar (AMARANTE, 2008).

Por se tratar também de um campo de conhecimento, as diferentes disciplinas que a compõem não mantêm uma relação de reciprocidade constante, pois se considera que a ideia de campo da saúde mental engloba, também, o saber psiquiátrico.

Apesar dos diversos saberes se relacionarem, muitas vezes, numa ação interdisciplinar, há uma relação de confronto entre os saberes da área “psi”: psicologia, psiquiatria, psicanálise e medicina com a sociologia, a antropologia e a história, entre outras. Esse conjunto articulado de saberes, muitas vezes, disputa espaço no campo, em outras palavras, luta para adquirir certo tipo de capital.

Apesar da referência aos saberes, vale destacar que os profissionais são os agentes que representam a posição do seu núcleo do conhecimento, embora nós considerarmos que o *habitus* individual pode ser reelaborado a todo tempo.

Nesse sentido, corroboramos com Bourdieu quando afirma que as lutas internas ao campo envolvem a distribuição e posse de um capital específico, neste caso o reconhecimento da “autoridade” de determinado saber constitui-se num importante capital. A posse deste capital dota seus agentes profissionais de legitimidade técnica e política que interferem na

esfera do planejamento e da gestão das políticas de saúde mental. Portanto, há uma tensão constante dentro do campo onde os agentes lutam pela manutenção, superação e redefinição das estruturas do campo que delimitam as distintas formas de poder.

[...] as relações entre agentes sociais tomam a forma de uma luta de trincheiras pela hegemonia dentro de cada campo, e há a formação de vanguardas e grupos conservadores, já consagrados e que mantêm posições de prestígio. [...] (MONTAGNER & MONTAGER, 2009, p. 263).

Assim, compreendemos que um campo social é um ambiente de distintas formas de poder, caracterizado pela correlação de forças e lutas entre seus agentes.

Essa dimensão ficou bastante evidente em nossa pesquisa bibliográfica quando evidenciamos as instituições e os conhecimentos que fazem crítica ao modelo psicossocial instituído pela atual política de saúde mental. Nesse cenário, destacamos ainda a indústria farmacêutica e as instituições psiquiátricas como representantes do saber clínico, que questionam constantemente os pressupostos da reforma psiquiátrica e dos caminhos da política de saúde mental brasileira. Apesar dos pressupostos da reforma estarem expressos nas políticas de saúde mental a partir da criação dos serviços substitutivos de atenção (CAPS) e da criação de Rede de Atenção Psicossocial, há um tensionamento de suas abordagens pela disputa na construção de conhecimentos e pelo monopólio da autoridade dentro do campo.

A indústria farmacêutica detém parcelas significativas deste capital, ao passo que produz novas substâncias psicoativas que se tornam alternativas terapêuticas. Muitas vezes, problemas típicos da modernidade são transformados em psicopatologias a fim de serem medicalizados. O crescente capital econômico que a indústria possui a dota da capacidade de investir em pesquisas de novas substâncias e novas patologias de modo a influenciar/criar alternativas assistenciais e, principalmente, de interferir nos modelos políticos.

Por outro lado, a psiquiatria reivindica constantemente a loucura e demais “doenças mentais” como monopólio de sua atuação, negando as características culturais e simbólicas que moldam a forma de representação desses eventos na vida social. Sob a égide dos tratamentos científicos, da manipulação bioquímica no nível intracelular, as patologias ganham relevos de distúrbios meramente orgânicos suscetíveis a uma conduta terapêutica medicamentosa.

Porém, não se trata de negar os avanços da ciência no campo psiquiátrico, mas sim de questionar a postura medicamentosa e excludente que elege o hospital psiquiátrico como única alternativa terapêutica possível.

Podemos afirmar que apesar da manutenção do paradigma psiquiátrico dentro do campo da saúde mental, este sofreu significativas mudanças no seu decurso. Porém, muitas de suas estruturas, apesar de reformadas, mantêm as características originais de sua antiga forma.

Como um campo, sua estrutura construída historicamente permanece e se reproduz, assumindo formas ligeiramente diferentes de acordo com as oposições e confrontos que encontra e pelos quais passa, Mesmo mantendo sua “homologia estrutural”, cada nova configuração mantém as características centrais da antiga (MONTAGNER, 2008, p.268).

A manutenção das diferentes estruturas do campo é forjada por um jogo de linguagem, das crenças que o sustentam, dos bens materiais e simbólicos que as compõem, que são influenciados e/ou alimentados por outras estruturas, como a cultural, a econômica, a política, a religiosa e a jurídica (MONSTANER & MONATGNER, 2009).

Desta feita, além da disputa entre os modelos, afirmamos que no campo da saúde mental existe uma variedade de outros campos ou microcampos que produzem um conjunto desarticulado de sentidos. Consideramos esses microcampos como **núcleos de objetivações de sentidos**, ou seja, núcleos que emergem concepções variadas sobre o processo saúde-doença, sobre a loucura, sobre as forma de cuidar. No entanto, esses sentidos acabam por produzir uma **rede de significados** em torno dessas questões. Essa rede de significados passa a ser constantemente reelaborada pelos agentes profissionais, gerando assim novos sentidos e novos significados, que por sua vez orientam as ações profissionais dentro do campo.

Portanto, considera-se o campo da saúde mental como uma estrutura complexa entremeada por outros campos ou microcampos que a compõem, marcada pela disputa de poder entre paradigmas e entre seus agentes, que são orientados pela obtenção de capital e de “lucro simbólico”. A complexidade desta relação promove a construção de *habitus* diferenciados, que expressam a forma como os agentes incorporam e reelaboram a estrutura do campo.

A coexistência de diferentes instâncias e mesmo as suas tensões favorece a formação de um “campo híbrido” e diversificado de referências e de padrões de comportamento.

Portanto, se considerarmos o campo da saúde mental como um “campo híbrido” pela diversidade de referências teóricas, metodológicas e culturais, arriscamos a firmar que as práticas do campo da saúde mental também se constituem enquanto “práticas híbridas”.

A definição de práticas híbridas não é necessariamente positiva ou negativa, ela é complexa, na medida em que pode gerar rupturas com o modelo asilar, mas também estabelecer pontos de vulnerabilidades. São nesses pontos de vulnerabilidade que a rede discursiva produz diversas ações, conformando perfis profissionais muito variados para além dos dois tipos que já identificamos. Por outro lado, esses desdobramentos superam muitas vezes as fronteiras disciplinares, permitindo a interação dos saberes e das práticas tornando a realidade cotidiana do campo marcada pela complexidade.

Essa complexidade advém de várias questões: 1) relações disciplinares presentes no campo; 2) disputa de espaço e poder com vista a ganhos de capital simbólico pelos agentes; 3) problemas sociais complexos que emergem do cotidiano da vida social e que exigem soluções; 4) ditames macroeconômicos que impõem imensos desafios à vida social; 5) a própria existência e complexidade daqueles que vivem em sofrimento psíquico e demandam cuidados.

De acordo com Lima (1999 apud LIMA; GHIRARDI, 2008), podemos destacar que na perspectiva das práticas híbridas as especificidades profissionais são parte integrante de uma rede de conhecimento, de estratégias e de formação de ação que produzem, de certa maneira, novos saberes, novas formas de cuidado e novas práticas.

Desta feita, corroboramos com Santos (2000, p. 13 apud LIMA; GHIRARDI, 2008, p. 157) quando afirma:

Assim é possível sustentar a heterogênesse das práticas em saúde mental a partir da instauração de um campo polifônico, uma vez que, “quanto mais diferentes são os que convivem num espaço limitado, mais ideias do mundo aí estarão para ser levantadas, cotejadas e, desse modo, tanto mais rico será o debate”.

Portanto, compreender essas questões nos permite situar o processo de construção do campo da saúde mental e de suas práticas como diversa e múltipla, campo onde circulam saberes e pessoas, com suas visões de mundo, angústias e sofrimentos. Nos ajuda também a perceber a tomada de posição dos seus agentes, compreender suas escolhas e o modo como conduzem suas práticas, ora seguindo modelos, ora reelaborando conforme suas necessidades e escolhas.

Assim, a partir desse debate e considerando as evidências trazidas por nossa pesquisa bibliográfica, propomos uma delimitação para o campo da saúde mental e para o movimento social que o originou, tendo como aporte as referências apresentadas:

QUADRO 12 - QUADRO DE REFERÊNCIA PARA ABORDAGEM DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Delimitação: Campo híbrido de referências teórico-práticas e ideopolíticas em torno da questão da loucura e da forma de ofertar o cuidado, que produz uma rede discursiva de múltiplos sentidos e significados que orientam as ações profissionais.
Principais características: • Compreende as múltiplas disciplinas que se constituem núcleos de objetivação de sentidos, determinando um modo de operar e um campo de atuação; • Compreende as relações que se estabelecem entre as disciplinas, criando referências interdisciplinares mediadas pela interação entre os agentes profissionais; • Compreende um campo do conhecimento por produzir saberes em torno das experiências práticas; • Compreende as práticas de gestão considerando sua ressonância no âmbito das políticas públicas; • Compreende a dimensão dos movimentos sociais.

Fonte: Elaboração do autor.

QUADRO 13 - QUADRO DE REFERÊNCIA PARA ABORDAGEM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Delimitação: Processo social complexo produtora de uma narrativa que carrega vários elementos teóricos, simbólicos e culturais em torno da desinstitucionalização da loucura que delimita os contornos do campo da saúde mental.
Principais características: • Compreende a diversidade discursiva dos seus atores expressa pelas práticas interdisciplinares; • Envolve as instituições sociais e as diferentes forças sociais que atuam no campo da saúde mental; • Constitui-se enquanto um marcador contínuo de orientação da formação das práticas sociais.

Fonte: Elaboração do autor.

Pensada dessa forma, corroboramos com Amarante (2008) e Yassui (2010) que a reforma enquanto processo social complexo se desenvolve em diferentes dimensões que reproduzimos a seguir:

QUADRO 14 - DIMENSÕES DE PROCESSAMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Dimensão técnico-assistencial	Dimensão política	Dimensão epistemológica	Dimensão sociocultural
Refere-se aos modelos de atenção à saúde, às práticas profissionais e à organização dos serviços a partir dos princípios do cuidado.	Refere-se à construção de políticas públicas e à emergência de movimentos que se encontram na base do processo de pactuação para a reivindicação/construção dos direitos sociais.	Reivindica a articulação de diferentes conhecimentos para a construção de um novo saber para o campo da saúde mental.	Refere-se aos processos sociais e culturais para desconstrução do preconceito e do estigma que fazem parte do imaginário social sobre a loucura.

Fonte: sistematizado pelo autor a partir de Amarante (2008) e Yassui (2010).

No entanto, considerando a leitura e a análise realizada por meio da nossa pesquisa bibliográfica, propomos outra dimensão que acreditamos que também processa a reforma psiquiátrica: a dimensão afetivo-emocional.

QUADRO 15 - DELIMITAÇÃO DA DIMENSÃO AFETIVO-EMOCIONAL

Delimitação: Refere-se às novas subjetividades produzidas nos atores sociais (técnicos, usuários e suas famílias) em contato com a narrativa discursiva da reforma, que produzem mudanças intersubjetivas e afetam os processos de sociabilidade.
Principais Características: • As mudanças ocorridas na dimensão afetivo-emocional podem provocar nos usuários do serviço um processo de resignificação de sua condição e principalmente na forma como se relacionam com a doença, forjando assim uma nova identidade; • Capacidade de agenciamento das potencialidades dos profissionais por meio da empatia com os princípios da reforma decorrente da criação de vínculos afetivos com usuários e familiares.

Fonte: Elaboração do autor.

A reforma psiquiátrica brasileira constitui-se como amplo e complexo campo de definições, que em sua complexidade tem proporcionado, desde a sua origem, experiências exitosas de transformações de práticas em todas as suas dimensões.

Assim, nesse processo de construção de novas práticas sociais em suas várias dimensões, consideramos que essas práticas produzem reações e mudanças sociais que se constituem como um espaço de saberes construído a partir da interação dos atores sociais uns com os outros e destes com os núcleos de objetivações do campo.

Desse modo, o *habitus* enquanto categoria de análise nos auxilia a interpretar as mediações entre a estrutura estruturante do campo com a prática que é engendrada, entendendo que ambas interagem mutuamente gerando novos *habitus*.

Portanto, a construção dos sentidos e significados é parte do processo de construção das práticas de saúde, processada por meio das ações sociais estabelecidas pelos profissionais. Lembramos que na acepção de Pinheiro e Luz (2007), a ação é um componente processual da prática. Assim, por meio da construção da ação (entendida aqui nos moldes weberianos já tratados no capítulo anterior) se processam as práticas de cuidado em saúde. Desse modo, a ação deve ser compreendida a partir de um compartilhamento de sentidos em torno de determinada questão produzido na interação dos profissionais, portanto, com forte carga simbólica e cultural que os tornam moduladores do fazer e formuladores de saberes, portanto, uma fonte inesgotável de sentidos (PINHEIRO; LUZ, 2007).

As novas práticas em saúde mental (expressa em todos os seus *habitus*) são moduladas a partir das ações dos indivíduos (na socialização dos sentidos) construídas a partir da rede de referências que emanam do campo da saúde mental e da própria reforma.

Desta feita, a construção de sentidos e significados é parte inerente da construção das práticas de saúde (CARVALHO; LUZ, 2009). A construção dessa prática se processa na mediação entre o significante e o sentido atribuído a ele pelos profissionais produtores/operadores das práticas. Portanto, os sentidos atribuídos às práticas não são imanescentes “as coisas”, mas são construídos socialmente, ou seja, os sentidos são uma construção social.

Assim, o *habitus*, torna-se um recurso fundamental para compreensão das práticas. Para Bourdieu (1983),

A prática é, ao mesmo tempo, necessária e relativamente autônoma em relação à situação considerada em sua imediatidade pontual, porque ela é produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* [...] só podemos, portanto, explicar essas

práticas se colocarmos em relação a estrutura objetiva que define as condições sociais de produção do *habitus* (que engendrou essas práticas) com as condições do exercício desse *habitus*, isto é, com a conjuntura que, salvo transformação radical, representa um estado particular dessa estrutura (BOURDIEU, 1983, p.65).

A articulação entre esses conceitos para interpretação do campo da saúde mental e do processamento das práticas sociais de cuidado assume um caráter heurístico na medida em que auxilia, como importante instrumento conceptual, a desvendar as estruturas de poder e dominação dentro do campo, além de possibilitar a compreensão dos mecanismos que levam os agentes sociais a se identificarem, reproduzirem e reelaborarem determinadas práticas em seus contextos sociais.

Essa delimitação possibilitou identificar os grupos que exercem poder e influência dentro do campo, bem como os saberes que se confrontam e se combinam em um contexto social e cultural em constante transformação.

Nesse processo, percebemos que as instâncias de socialização do campo sofrem pressão de outras arenas, como a política, a religiosa ou a jurídica, produzindo um campo híbrido de referências e identidades.

O nosso quadro de referência nos oferece uma leitura tendo como horizonte os conceitos bourdieusianos para os estudos sobre o processo de constituição do campo da saúde mental, de modo a compreender como são forjadas as múltiplas práticas que evidenciamos em nossa pesquisa bibliográfica. Portanto, a partir do nosso quadro só podemos enquadrar as práticas que o campo produz como práticas híbridas, as quais são moduladas na interação do campo com o *habitus* dos profissionais. Daí a multiplicidade de *habitus* e de perfis profissionais que os artigos analisados possibilitaram visualizar.

Portanto, tem-se o entendimento que os elementos teóricos postos em evidência em nossa construção permitem uma compreensão dos diversos problemas que permeiam o campo da saúde mental. Assim, compreendem-se suas agendas políticas, seus conflitos, o papel dos atores sociais, setores e instituições envolvidos nos mais diferentes processos, de modo a ofertar um amplo leque de possibilidades que tentam dar conta da complexidade dos fenômenos sociais.

2.3.2 Entre redes e arranjos no lócus de preposição da política de saúde mental

A segunda questão que pretendemos tratar refere-se à relação das práticas de saúde mental com a ideia de redes. Trataremos a questão das redes inicialmente como uma ideia, pois em nossa análise bibliográfica identificamos várias referências conceituais para o termo. Portanto, se faz necessário delimitar a noção de rede entendida também como um marcador comum, mas que se manifesta nos artigos tratados por várias terminologias.

Como já delimitamos, as práticas de saúde mental são forjadas a partir das múltiplas referências que se constituem numa rede discursiva sobre as condutas, processos, abordagens, modelos e paradigmas que fazem do campo da saúde mental um campo híbrido. Por conseguinte, temos também o estabelecimento de práticas híbridas, caracterizada pelo ajustamento das estruturas do campo com o *habitus* dos agentes profissionais.

Todavia, nos cabe pensar como conectar essas práticas, em toda a sua diversidade e complexidade, com a ideia de rede e do trabalho em rede. Cabe-nos uma pergunta: será possível “trabalhar em rede” ou construir uma rede num campo tão cheio de referências e produtoras de práticas híbridas?

Em nosso entendimento a problemática se torna pertinente quando temos a proposição desse trabalho em rede por meio de uma nova estrutura normativa: a instituição da Rede de Atenção de Psicossocial (RAPS) no atual desenho organizativo da política de saúde mental brasileira. A RAPS, como já mencionamos, integra diferentes agentes e institui pontos de atenção à saúde mental em outros campos. Então, como construir uma rede integrada, que em nosso entendimento só pode ser produzida a partir do compartilhamento de sentidos e significados de um determinado campo, com referências que emergem de outros campos?

Portanto, nossa exposição enquanto síntese integradora pretende construir uma abordagem compreensiva que nos auxilie a perceber em que termos será possível construir a rede de atenção psicossocial.

Inicialmente trataremos da ideia de rede. O conceito de rede tem sido desenvolvido por diversos campos do conhecimento, como a Sociologia, a Antropologia, a Administração, a Saúde Coletiva e a Tecnologia da Informação (MENDES, 2011). De modo mais geral, as redes têm sido tratadas como arranjos diversos de pessoas, serviços, áreas do conhecimento e setores. Estaria caracterizada pelos laços sociais que ligam essas pessoas umas às outras,

estabelecendo, assim, redes de amizade e solidariedade, ou pelas relações entre serviços, políticas e setores da administração pública.

A introdução do conceito de rede para a sociologia significou um avanço por possibilitar uma discussão sobre as mobilizações sociais em torno dos problemas sociais complexos em contextos nacionais e internacionais que incorporam um fluxo de pessoas, informações, conhecimentos e práticas que extrapolam a ação burocrática da rede setorial (MARTINS; FONTES, 2008).

No âmbito da gestão sabemos que tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, saúde, assistência social, trabalho, habitação), tem se organizado de forma setorial respondendo as demandas que lhe são impostas de modo fragmentado. Assim, cada política constitui sua própria rede de instituições (setoriais) e serviços destinados à população sem combinar esforços e objetivos com outras políticas (BOURGUINON, 2001).

Desta feita, em nossa pesquisa bibliográfica o tema da constituição das redes foi bastante recorrente nos artigos analisados, tanto como dado empírico quanto categoria teórica. Essa discussão apareceu entremeada com outros temas, como das práticas profissionais, do perfil dos serviços e das metodologias de trabalho, principalmente aquelas relacionadas com a dimensão territorial adotadas pela política de saúde mental.

Essa leitura nos permitiu identificar dois tipos de redes tratadas pelos artigos: a rede institucional e a rede-equipe.

A rede institucional refere-se a uma “rede física”, ou seja, o conjunto de instituições e/ou serviços de uma dada política dispostos num território. Para esse tipo de rede foi possível identificar alguns arranjos, por exemplo, a rede setorial de saúde e a rede intersetorial (que pressupõe a articulação de serviços de distintas políticas ou das políticas consideradas intersetoriais).

No campo da saúde, especificamente, o tema das redes tem sido incorporado historicamente nos discursos das políticas públicas constituindo-se em redes assistenciais de saúde, que basicamente qualificam um conjunto de serviços articulados e com certo grau de cooperação em um mesmo nível de assistência.

Com o intuito de apoiar a compreensão sobre a constituição das redes de saúde, principalmente em sua interface com o conceito de rede social, Martins e Fontes (2008) elaboram uma tipologia que introduz a metodologia das redes na composição das ações do Estado no campo da saúde. Assim, de acordo com a tipologia dos autores temos:

a) rede sócio-técnica: consiste em um tipo de rede que se institui nos sistemas organizacionais públicos e privados com nível elevado de regulamentação, com objetivo de responder à necessidade de planejamento de ações intersetoriais que produzem tensão na base do sistema e repercute no interior de todo o sistema. Ainda para os autores este tipo de rede surge como forma de responder as demandas complexas que exigem a articulação dos setores e das políticas articulando componentes da intersectorialidade e da interdisciplinaridade.

b) rede sócio-institucional: consiste em um tipo de rede que se institui em sistemas com nível moderado de regulamentação, com objetivo de resolver problemas e conflitos verticais e horizontais, estimulando solidariedade entre setores e atores na esfera pública. Para os autores este tipo de rede se encontra numa zona híbrida entre Estado e Sociedade Civil, com baixa regulamentação.

c) rede sócio-humana: consiste num tipo de rede que articula os indivíduos por meio das famílias, vizinhanças e amizades. Para os autores essas redes existem antes da institucionalização da política, criando um espaço de socialização no interior dos grupos sociais. Ainda para os autores *a priori* este tipo de rede aparentemente não se relaciona com as outras duas, mas o campo que se forma a partir de sua articulação estruturam o cotidiano dos indivíduos, suas representações e suas práticas sociais.

Contudo, na construção das políticas de saúde no Brasil o desenho organizativo das redes de saúde é definido por meio de sistemas hierarquizados e regionalizados, mas a partir das mudanças em curso temos evidenciado modificações estruturais nesse desenho, principalmente com a adoção das redes temáticas em 2011. As redes temáticas se caracterizam por estabelecerem pontos de atenção em diversas áreas e por construírem uma estrutura de novos serviços que são permeáveis com os territórios, com a universidade (processo formativo) e com outras políticas. Dentre essas redes temáticas destacamos a rede de atenção psicossocial.

Portanto, a partir da instituição dessas mudanças no formato organizativo da rede de saúde é construído um novo desenho de trabalho que tem colocado novas demandas para os agentes profissionais, principalmente aqueles que têm que lidar diretamente com a população, muitas vezes articulados pelas redes sociais presentes nos territórios adstritos às políticas públicas.

Nesse caso, tomando o conceito de rede-equipe, esta por sua vez se constitui enquanto equipes multiprofissionais de uma dada política ou serviço. A polarização entre os

termos rede e equipe é estabelecida para mediar às relações de reciprocidades e cooperação entre agentes profissionais de um mesmo serviço ou entre equipes de serviços diferentes.

Todavia essa definição encobre as relações sociais que se estabelecem entre essas estruturas e que de fato compõem uma rede. Nesse sentido, compreendemos essas definições apenas como arranjos técnico-burocráticos que não revelam as relações sociais que se estabelecem no compartilhamento das ações sociais, consideradas como elementos para produção das práticas de saúde.

Para suprir essa lacuna emerge a noção de *Trabalho em rede*, como forma de articular as ações profissionais para um objetivo comum, estabelecendo uma linguagem compartilhada capaz de mobilizar os agentes profissionais.

Tal relação proporcionaria um grau de proximidade e porosidade desses agentes, constituindo-se um arranjo de cooperação, confiança e intercâmbio constante e duradouro de recursos institucionais, culturais, afetivos e simbólicos.

Dessa forma, o conceito e a metodologia do Trabalho em Rede são estratégicos para se pensar a formação de uma rede de atenção psicossocial que podemos definir provisoriamente como um sistema complexo formado por atores sociais públicos e suas articulações institucionais com ações sociais que envolvem instituições, comunidades, famílias e outras redes tendo o território como referencial de articulação.

Desta feita, o trabalho em rede precisa de algumas estruturas para ser operado: 1) constituição de uma rede institucional, que contemple em seu delineamento os processos de articulação e cooperação; 2) constituição das redes-equipes, na disposição de equipes multiprofissionais nos serviços, como forma de se contrapor à hegemonia de um único saber; 3) **constituição de uma rede relacional de base comunicativa.**

Com base em nossa compreensão em torno do campo da saúde mental entendida enquanto campo híbrido e produtora de uma rede discursiva, essa rede discursiva se constitui num conjunto de símbolos, sentidos e significados que se transformam e se revelam a partir da ação interpretativa dos agentes. Portanto, acreditamos que o campo da saúde mental, por meio desses processos, produz uma linguagem específica. Essa linguagem carrega em si os embates e as relações de poder do campo.

Assim, podemos inferir que o trabalho em rede só se materializa a partir da instituição das estruturas mencionadas, porém com os contornos delimitados pelas relações estabelecidas entre os agentes profissionais a partir do conjunto compartilhado de práticas

sociais que se constroem a partir da capacidade interpretativa dos agentes em decodificar o emaranhado de símbolos e sentidos presentes na linguagem do próprio campo.

Todavia, afirmamos que se o trabalho em rede for tratado enquanto modelo de atuação não será operado de acordo as prerrogativas do modelo, conforme já evidenciámos com os modelos intersetoriais, pela forma como os profissionais resignificam e interpretam o modelo gerando adesão ou rejeição.

No entanto, o que se alinha no campo da saúde mental são as múltiplas referências simbólicas e culturas que são capazes de alterar constantemente os *habitus* individuais a partir da dimensão afetivo-emocional. Lembramos que um dos conteúdos presentes na reforma psiquiátrica, e que incorpora a rede discursiva do campo da saúde mental, refere-se à desinstitucionalização da loucura e aos direitos sociais das pessoas com transtorno mental. Esse conteúdo, por sua vez, pode provocar empatia nos agentes profissionais que são sensibilizados pelo contato com os usuários dos serviços, familiares e comunidade no seu cotidiano de trabalho.

Portanto, o compartilhamento desse conteúdo simbólico e afetivo pode provocar o agenciamento dos profissionais aos princípios da reforma, provocando a constituição de ações sociais diferenciadas e, por conseguinte, o estabelecimento de práticas sociais de cuidado que, projetadas para uma rede (institucional e equipe), alcançam certo grau de reprodução gerando uma prática em rede ou trabalho em rede.

Desta feita, compreendemos a rede e o trabalho em rede de forma articulada:

QUADRO 16 - DELIMITAÇÃO DO TRABALHO EM REDE NA SAÚDE MENTAL

Rede relacional:
Mecanismos de trocas simbólicas entre os agentes sociais a partir do compartilhamento dos sentidos para a construção de uma determinada ação.
Trabalho em Rede:
Articulação das práticas sociais de cuidado por meio do compartilhamento dos conteúdos simbólicos do campo da saúde mental numa rede de serviços institucionalizada.

Fonte: Elaboração do autor.

Portanto, a rede consiste no compartilhamento de determinados conteúdos simbólicos estabelecidos entre equipes, mediada por processos intersubjetivos, que se espalham nas relações de coordenação e cooperação nas redes institucionais. Daí a distinção

de **rede institucional** e **rede relacional**. Desse modo, podemos ter a construção de redes institucionais que podem até produzir ações cooperadas, mas não conseguem estabelecer uma rede relacional e, por conseguinte, o trabalho em rede.

Todavia, verificamos por meio de nossa análise bibliográfica que o trabalho em rede no campo da saúde mental não se realiza da mesma forma em todos os contextos. Acreditamos que as diferenças perfazem as características dos distintos atores e dos diferentes contextos onde estão inseridos. As diferentes formas de trabalho em rede que identificamos advêm do modo como os agentes decodificam todos esses elementos, o que nos leva a considerar uma dimensão da qual não se tem controle, o universo de valores, sentidos, interesses e visões de mundo do próprio agente. Dependendo da configuração dessa estrutura, poderá acontecer o agenciamento das potencialidades desse agente em tornos dos conteúdos da reforma ou não.

Se considerarmos todas essas questões dentro do campo da saúde mental, compreendemos que o trabalho em rede pode se estabelecer de diferentes maneiras, em virtudes das práticas híbridas já mencionadas. No entanto, nós consideremos o trabalho em rede nos moldes que mencionamos como uma forma de modulação que por meio desse processo intersubjetivo é capaz de produzir um tipo de prática mais congruente ou mais uniforme.

Assim, para Bourdieu (1983) cada agente, mesmo sem saber e sem querer, é produtor e reproduzidor de um sentido (que atribui à sua ação e que reproduz). Suas ações são formadas a partir de um *habitus* de que ele não é produtor e nem tem domínio consciente. Então as práticas moduladas dessa forma constituiriam certo *habitus*, ou *ethos*, para o estabelecimento desse tipo de prática em rede.

Desta feita, consideramos que mesmo com a profusão de sentidos expressa na rede discursiva do campo da saúde mental, há o estabelecimento de um caminho mais fértil para esse tipo de prática.

A rede de atenção psicossocial enquanto mecanismo técnico-burocrático estabelece pontos de atenção à saúde mental em contextos distintos. Dessa forma acreditamos ser mais difícil o estabelecimento de um trabalho em rede (nos moldes em que o pensamos) entre agentes profissionais de distintos setores muitas vezes fora da rede de saúde mental, pelo simples fato de não compartilharem ou acessarem a mesma rede discursiva.

Entretanto, pontuamos que a saúde mental é um campo integrante do campo mais geral da saúde que ao mesmo tempo o transcende com interfaces importantes com a assistência social, a cultura, os direitos humanos, a educação, trabalho, economia solidária, família, habitação, artes, esportes etc. (MACHADO, DOMINGUEZ, 2010).

A efetivação dos princípios da reforma, principalmente no tocante à desinstitucionalização da loucura, não pode estar circunscrita apenas ao campo da saúde mental. Esse, por sua vez, deve ser um modulador de uma nova cultura, para isso recorre-se à necessidade de estabelecer superfícies de contato com outros campos e com outras políticas. A narrativa da reforma e a rede discursiva que são inerentes ao campo devem se conformar numa linguagem que adentre os vários espaços, campos e políticas, que agregue outros saberes e experiências desses espaços. Assim, essas estruturas passariam a se constituir como marcadores comuns não só para o campo da saúde mental, mas como um conjunto de sentidos e significados capaz de ser acessado por indistintos atores sociais. Assim, acreditamos que teremos ampliada a possibilidade de construir uma prática em rede a partir da modulação desses conteúdos. Por isso achamos pertinente a descrição das dimensões da efetivação da reforma, pois se elas forem ampliadas teremos a possibilidade de colocar essa narrativa em pauta em vários espaços, gerando assim o repensar das práticas, da formação profissional, da gestão dos serviços de saúde e da construção das políticas públicas.

Por fim, afirmamos que nossa análise enquanto modelo interpretativo não pretende uniformizar todas essas relações no âmbito das práticas sociais e nem se constitui em verdade absoluta. Mas é entendida enquanto modelo de abordagem de uma realidade social, a qual nos propomos analisar a luz desses conceitos que foram construídos por meio de nossa pesquisa bibliográfica, com as nossas escolhas teóricas, com a experiência no campo da pesquisa e com a nossa própria visão de mundo.

No próximo capítulo realizamos a análise dos artigos selecionados com o descritor *saúde mental e intersectorialidade*, quando procuramos estabelecer as interlocuções entre os conceitos já delimitados nos primeiros capítulos deste trabalho para o incremento de nosso quadro de referência para abordar o fenômeno da intersectorialidade no âmbito da saúde mental.

CAPÍTULO 3

3 RESSONÂNCIAS DA INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Percebemos que as produções bibliográficas analisadas situam a intersectorialidade como uma “estratégia” que surge para superar a fragmentação e fragilidade das políticas públicas, com vistas a combater as iniquidades sociais.

Além disso, a intersectorialidade no debate atual tem se apresentado como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, nomeadamente as políticas de saúde, assistência social, educação, trabalho e ordenamento urbano, ensejando uma importante “ferramenta” para superação da setorialização das demandas sociais.

Observamos em nossas análises que o debate em torno da intersectorialidade possui forte ressonância nos debates políticos da saúde mental, estando presente desde a formação dos movimentos sociais que delimitaram os contornos desse “recente” campo.

No primeiro capítulo deste trabalho, a intersectorialidade tem se constituído como um campo político de produção de sentidos e significados para as ações de interação e cooperação entre políticas públicas e entre seus agentes. No segundo capítulo há evidências para que a intersectorialidade possa ser considerada como um campo que, juntamente com os princípios delimitados pela reforma psiquiátrica, estrutura o campo da saúde mental. Além disso, podemos considerar ainda que a intersectorialidade possa ser considerada como mais **um núcleo de objetivação de sentido** que ao mesmo tempo compõe e integra o complexo campo da saúde mental.

Para analisar e verificar a consonância de nossas afirmações, empreendemos a pesquisa bibliográfica como modo de perceber os rebatimentos das discussões em torno da ideia de intersectorialidade nas produções do campo da saúde mental.

Desta feita, já podemos adiantar que algumas dessas considerações foram construídas ao longo do trabalho, possibilitada pela leitura e análise dos artigos que compuseram os levantamentos bibliográficos anteriores.

Desse modo, o presente capítulo tem por objetivo responder às seguintes questões: Quais as ressonâncias da ideia de intersectorialidade enquanto princípio no campo da saúde

mental? Quais os temas que se relacionam com esse debate? Como a ideia de intersectorialidade tem contribuído para a construção das práticas de saúde mental?

Ao responder a essas perguntas estaremos incorporando novos elementos ao nosso quadro analítico de referência, delimitando, assim, o nosso arcabouço conceitual. Essa delimitação auxiliará na compreensão do processo de incorporação das ideias de intersectorialidade no campo da saúde mental enquanto princípio da política de saúde mental e, consequentemente, no modo como os profissionais interpretam e reproduzem essas ideias em seu cotidiano através de suas práticas.

3.1 Análise preliminar do descritor *saúde mental e intersectorialidade*

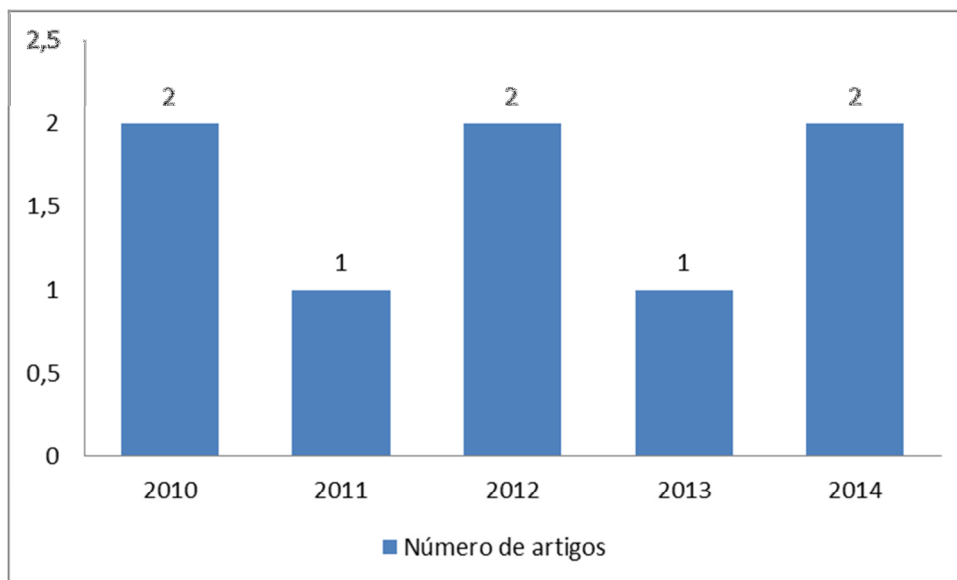
A pesquisa bibliográfica realizada com o descritor *saúde mental e intersectorialidade* com período cronológico delimitado pelos anos de 2001 e 2014 nos retornou 8 artigos que atenderam aos critérios da pesquisa.

Em nossas análises identificamos que esses 8 artigos apresentaram uma interface importante entre os campos *saúde mental e intersectorialidade*, e as reflexões sobre tal relação permitiram perceber a incorporação de outros elementos na discussão.

Para complementar a construção de nossas análises também foram consideradas outras referências que nos possibilitaram descrever os acontecimentos históricos de incorporação da ideia de *intersectorialidade* nas discussões do campo da *saúde mental*.

O tratamento dado aos artigos identificados pelo descritor *saúde mental e intersectorialidade* foi semelhante ao desenvolvido com os demais trabalhos dos levantamentos anteriores. No Gráfico 15, apresentamos a primeira categorização dos artigos pelo ano de publicação com o objetivo de analisar o movimento da produção ao longo do tempo.

GRÁFICO 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS ENCONTRADOS COM O DESCRITOR *SAÚDE MENTAL E INTERSETORIALIDADE* POR ANO DE PUBLICAÇÃO



Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa bibliográfica (2014).

Observamos a ausência de publicações no período de 2001 a 2009, e apenas a partir de 2010 identificamos uma regularidade nas publicações referentes ao descritor *saúde mental e intersectorialidade* até ao limite de nosso parâmetro cronológico, o ano de 2014. Analisamos esses resultados a partir da consideração de que a discussão em torno da noção de *intersectorialidade*, por se incorporar em outros debates, foi diluída no debate mais geral das políticas públicas, das políticas de saúde e no campo da saúde mental. Todavia, podemos inferir que a partir de 2010 iniciou-se uma discussão mais concreta em torno da instituição da RAPS, o que pode ter influenciado essa interface dos conteúdos da *saúde mental* contornados pela noção de *intersectorialidade*.

Consideramos também que em 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que reconheceu os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária, mas identificou as lacunas e os desafios que vieram com o novo modelo.

A IV Conferência reafirmou a saúde mental como um campo multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersectorial. A intersectorialidade foi definida como um componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde (BRASIL, 2010b).

A adoção da intersectorialidade como estratégia/princípio prioritário da política de saúde mental brasileira foi considerada um avanço em relação às conferências anteriores, e de certa forma atendeu às exigências concretas criadas pela implementação do novo modelo, que seja a instituição da RAPS.

Após essa primeira delimitação, classificamos os artigos pelos indexadores da base de dados *SciELO*, para localizar as áreas do conhecimento aos quais se vinculam os artigos.

Nessa articulação temática entre *saúde mental* e *intersectorialidade* obtivemos uma distribuição das produções em duas grandes áreas: Ciências Humanas, com 62,5% de recorrência, seguidas pela grande área das Ciências da Saúde, com 37,5%.

Se tomarmos a *saúde mental* e a *intersectorialidade* como temáticas distintas, podemos perceber que elas têm uma constituição predominantemente interdisciplinar. Assim, uma vez que a *saúde mental* e a *intersectorialidade* interagem com diversas áreas das ciências humanas e da saúde, pode-se explicar o fato dos artigos terem sido vinculados a periódicos dessas áreas.

Numa análise mais detalhada, distribuimos os artigos selecionados pelos títulos dos periódicos com intuito de identificar vinculações mais específicas de discussões.

Há uma distribuição dos artigos pelas revistas que estão vinculadas a algumas áreas de conhecimento mais específicas, como é o caso da Psicologia (Revista Estudos de Psicologia; Revista de Psicologia; e Psicologia Ciência e Profissão), que corresponde a 37,5% do total de recorrência, seguido pelas publicações da área de Enfermagem, que também totalizaram 37,5%, com um artigo da Revista Brasileira de Enfermagem (12,5%) e dois artigos da Revista Texto e Contexto Enfermagem (25%). Com um artigo estão às revistas *Phiysis* e *Serviço Social e Sociedade*, sendo que cada uma representa 12,5% do total de artigos.

Após este primeiro tratamento, procedemos com a análise das variáveis qualitativas: tipos de estudo, principais resultados e contribuições do artigo para a nossa pesquisa.

Utilizamos as mesmas categorias já trabalhadas nos demais levantamentos, adequando as suas definições para a particularidade dos artigos selecionados. Desta feita foi possível nomear os artigos de acordo com as seguintes categorias:

- Artigos de pesquisa empírica;
- Artigo de pesquisa documental;

- Artigo de pesquisa bibliográfica;
- Artigo de reflexão teórica.

Observamos que há uma predominância dos artigos classificados na categoria *artigos de pesquisa empírica*, com 62,5% (05) de recorrência, enquanto as demais categorias aparecem com 12,5% (01) de recorrência.

Como já mencionamos, o tema da intersetorialidade se dilui na produção mais geral do campo da saúde mental, nem sempre aparecendo como objeto principal das análises, mas decorrente de outras discussões, o que a nosso ver demonstra a capacidade que o termo tem de agregar ou se integrar em várias discussões. Todavia, a maioria dos artigos selecionados com esses descritores combinados foi classificada como *artigos de pesquisa empírica*, o que demonstra a preocupação dos pesquisadores em delimitar essa interface temática no âmbito das práticas sociais de cuidado em saúde mental. De certo modo, a mesma preocupação perpassa os artigos que compõem as demais categorias, mas a partir de metodologias específicas e trilhando outros caminhos.

Apresentamos nos próximos itens a análise dos artigos que compõem cada uma das categorias identificadas.

3.2 Análises dos artigos científicos: a intersetorialidade diluída no contexto da produção do cuidado em saúde mental

3.2.1 Artigos de pesquisa empírica

Após a leitura dos 05 artigos classificados nessa categoria, optamos por organizá-los a partir do modo como abordam a discussão da *intersectorialidade* no âmbito da *saúde mental*. Desta feita, a partir dessa delimitação agrupamos os artigos em duas subcategorias:

- 03 artigos em que a intersectorialidade não é objeto central de análise, mas aparece como elemento fundamental para efetivação das práticas em saúde e da política de saúde mental;

- 02 artigos que abordam a intersectorialidade no campo da saúde mental como categoria de análise, ou seja, que buscam conceituar essa relação temática a partir da análise de dados empíricos.

A análise dos artigos da *primeira subcategoria* nos possibilitou fazer algumas inferências sobre o uso da ideia de intersectorialidade a partir dos temas tratados. Apesar dos diferentes enfoques e abordagens metodológicas, percebemos claramente, pela construção dos trabalhos, que a ideia de intersectorialidade é tomada como um “ingrediente” que aplicado ao campo da saúde mental favoreceria o aumento da potencialidade dos serviços. Fica sublinhado que o CAPS, enquanto principal serviço estruturante da rede de saúde mental, não é capaz de garantir sozinho um cuidado de qualidade ou de efetivar um dos princípios fundamentais da reforma: a desinstitucionalização.

Para Hirdes (2009) o termo desinstitucionalização para a saúde mental significa deslocar o centro da atenção das instituições para a comunidade e para o território, mas a autora aponta que seu significado ainda é mais abrangente. O termo teve sua origem no movimento de reforma psiquiátrica em Itália, que influenciou fortemente a reforma no Brasil. Sobre o conceito de desinstitucionalização, Amarante (1996) apresenta-nos três perspectivas para o termo: *a desinstitucionalização enquanto despolitização*; *a desinstitucionalização enquanto desassistência*; e *a desinstitucionalização como desconstrução*.

A desinstitucionalização enquanto despolitização tem significado a exclusão do processo de construção política e a focalização apenas nos aspectos administrativos, principalmente na redução dos custos com a assistência. A mudança se dá em nível técnico-gerencial e não procura uma mudança na natureza da assistência. Ainda para Amarante (1996), nessa configuração o hospital psiquiátrico não é questionado.

Alguns setores sociais, principalmente aqueles ligados ao campo do saber médico psiquiátrico, entendem a desinstitucionalização como desassistência. Criam uma cultura e um medo social em torno da reforma, defendendo que o atual modelo abandonará os doentes e os deixará sem cuidados. Nessa definição os serviços instituídos pela reforma são considerados de baixa qualidade e não estão pautados nos tratamentos considerados por esses grupos como científicos para a loucura.

Por fim, a desinstitucionalização enquanto desconstrução assume a crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico, promovendo a reconfiguração das práticas em saúde mental, com o deslocamento da assistência para o território e para a comunidade.

Todavia, não é apenas com a ampliação dos serviços substitutivos que se garante a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica, mesmo que se considere essa fase de ampliação da rede com serviços extra-hospital como de extrema importância. Neste sentido, há uma crítica a esse processo tomado como uma “nova institucionalização” que coloca o CAPS como serviço prioritário de atenção em saúde mental e como mecanismo de regulação da rede assistencial.

Perrusi (2010) assevera que a rede extra-hospitalar, ou substitutiva, juntamente com os serviços hospitalares que permanecem na rede de saúde, oferece um caminho “bifurcado” para o usuário da saúde mental garantindo um “novo status” para esse indivíduo. Aquele autor denomina como “nova cronicidade”, pois o hospital psiquiátrico perde o monopólio do reconhecimento do lugar desses indivíduos para uma rede horizontalizada que em sua opinião gera o crônico da rede horizontal de assistência, dos consultórios aos hospitais-dia etc.

Entretanto, Amarante (2008) defende que o papel do CAPS é uma articulação para um trabalho em rede, não apenas entre si, mas com os demais serviços de saúde e, principalmente, com outros setores e serviços não-sanitários que possam trabalhar intersetorialmente, tais como: as políticas de educação, cultura, transporte e habitação. Desse modo, esse trabalho em rede pode criar no âmbito das políticas públicas um espaço de convívio das pessoas, de quebra de preconceitos com a loucura, de produção de novos saberes e práticas.

Nesse sentido, essa perspectiva de trabalho em rede atenderia às várias dimensões da reforma psiquiátrica brasileira nos seus aspectos socioculturais, epistemológicos e políticos, e não apenas na dimensão técnico-assistencial como assinalado pela perspectiva de ampliação da rede de serviços substitutivos.

Para Nicácio (2002),

[...] a reforma psiquiátrica representa muito mais do que a implementação de novos serviços de saúde mental. No limite trata-se de uma nova relação com a loucura e suas formas de abordagem, devendo instaurar uma nova resposta social ao adoecimento e ao doente mental (NICÁCIO, 2002, p.25).

No entanto, para garantir que a reforma psiquiátrica vá além da implantação de novos serviços é preciso uma maior qualificação do quadro de profissionais, que sejam imbuídos de uma perspectiva compatível com os preceitos da reforma e diferente do modelo de atenção anterior. Novas abordagens de atenção em saúde mental não se resumem a novas técnicas, implicam a criação de um novo *ethos* do cuidado (FURTADO, CAMPOS 2005; LUZ, 2010).

A evidência da criação de um novo *ethos* está presente nas considerações dos artigos classificados como pesquisa empírica. Leão e Barros (2012), também identificam esse conceito na percepção dos profissionais entrevistados em sua pesquisa. Nesse sentido, a ideia de *intersectorialidade* aparece recorrente ora como conceito/princípio/estratégia ora como metodologia de trabalho denominada de *prática intersectorial*.

Todavia, os artigos analisados não trazem qualquer definição para o termo *prática intersectorial*, apenas constata a sua necessidade para duas ordens de questões que se enquadram no campo das práticas de saúde mental: a) a construção da rede com a articulação da dimensão do território; b) a construção de um cuidado mais abrangente ou integral.

Essas duas ordens, apesar de serem tratadas em artigos distintos, a nosso ver estão intimamente relacionadas, pelo reconhecimento próprio dos autores de que as demandas de saúde mental, tanto do ponto de vista da construção política, quanto da oferta de cuidado, são de ordem complexa. E que apenas com articulação em rede, e captando os recursos do próprio contexto (político, social, cultural), será possível construir soluções para equacionar esses problemas.

Os temas da rede, do trabalho em rede, do território e da prática intersectorial são recorrentes na literatura do campo da saúde mental, tanto em nosso levantamento bibliográfico, quanto nas demais referências que utilizamos para construir a nossa análise.

A possibilidade de efetivação no âmbito da prática desses temas, dentre eles a própria intersectorialidade, depende do modo como os profissionais os absorvem e reinterpretam em suas práticas profissionais.

Na segunda categoria foram classificados dois trabalhos que tratam a intersectorialidade aplicada ao campo da saúde mental como categoria de análise. Desse modo transcorremos com a análise desses artigos.

O artigo de Scheffer e Silva (2014) trata de um estudo que teve por objetivo identificar o trabalho intersetorial e o acesso à rede de atenção à saúde mental na perspectiva da equipe multiprofissional e dos usuários de um CAPS da região Norte do país.

O referido estudo aponta que há uma imprecisão sobre papel do CAPS e da RAPS, tanto para profissionais quanto para os usuários entrevistados. Entretanto, pela caracterização dos usuários feita pelas autoras é possível perceber que para estes o processo de reconhecimento do papel dos serviços de saúde mental e da rede ainda é mais frágil e limitado, em decorrência das vulnerabilidades desse grupo social.

Nessa direção em torno da perspectiva dos usuários, as autoras exploram os efeitos da inserção da noção de intersetorialidade para o campo da saúde mental quando citam Severo e Dimenstein (2011), um artigo que também foi classificado nessa categoria. Elas afirmam que a intersetorialidade no campo da saúde mental possibilita construir uma nova identidade para a pessoa com transtorno mental, não mais como um doente, mas sim como um indivíduo que necessita de cuidados. Por outro lado, a noção de rede e de trabalho em rede fortalecida pela ideia de intersetorialidade poderia favorecer a construção de políticas sociais que abordassem esses problemas numa perspectiva mais integral.

Outra relação mediada pela intersetorialidade que foi explorada por Scheffer e Silva, (2014). As autoras referem-se à relação da saúde mental com a cultura como uma possibilidade de criar parcerias com grupos sociais para a conquista de um novo lugar social para o louco. A partir dessa perspectiva os serviços sociais e as políticas públicas norteadas pela ação psicossocial devem tornar a intersetorialidade numa estratégia fundamental para a construção da saúde, da participação social e da solidariedade (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011 apud SCHEFFER; SILVA, 2014).

Ainda para autoras, a intersetorialidade enquanto princípio da saúde mental pode ser entendido como uma estratégia que perpassa vários setores sociais, na saúde mental e na saúde em geral, quanto das políticas públicas. Desta feita, as intervenções intersetoriais se caracterizam pela articulação integrada entre os serviços de saúde mental e da saúde com serviços de outras políticas públicas e programas que têm como referências as diferentes necessidades dos indivíduos.

As limitações das definições do trabalho em rede para os profissionais aparecem de forma imprecisa, pois seria necessário compreender o contexto de vida dos usuários e, por conseguinte, de sua comunidade. Apenas apreendendo suas vulnerabilidades seria possível

construir uma prática mais efetiva, pois as vulnerabilidades vividas pelos usuários se refletem na dificuldade de acesso aos bens, produtos e serviços mediatizados pelas políticas públicas, pois historicamente essa população foi e continua a ser marcada pela pobreza e pela privação do trabalho e pelo estigma em torno da figura do louco que o coloca numa situação de marginalidade.

Assim, para as autoras o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage com a realidade vivenciada pelo usuário. Esse encontro acontecerá quando do deslocamento das práticas do âmbito dos serviços para os espaços do território e da comunidade.

No artigo de Severo e Dimenstein (2011), as autoras fazem uma análise sobre o funcionamento do ambulatório de saúde mental e sua relação com os demais serviços da rede de atenção psicossocial.

Nessa ordem apontam a enorme fragilidade nos pontos de atenção da rede, descritos como pouco articulados e burocráticos. O CAPS presente no território não consegue ordenar as demandas de saúde, embora realize um trabalho assistencial dentro dos parâmetros estabelecidos, mas falha na articulação da rede. Essa lacuna é recorrente em virtude de também existir na rede os hospitais psiquiátricos e o próprio ambulatório analisado.

Desse modo as autoras, citando Barros (2003), apontam que as fragilidades na rede estão provocando o que outros também identificaram como fenômeno denominado de “novas cronicidades”, que se expressa de três formas: a cronicidade da nova identidade de “usuários da rede”, produzindo assim uma nova subjetividade; a cronicidade relacionada com a inexistência ou fragilidade da rede de atenção; e a cronicidade da falta de organização e de articulação do serviço, que confunde os sujeitos com várias portas de entrada e poucas portas de saída.

Diante do exposto, as autoras concordam com Amarante (2008) quando aponta que as práticas de saúde mental devem ser articuladas com a atenção básica por meio da ESF e ser construídas em rede. A rede deve oferecer uma resposta mais complexa de cuidado envolvendo o território, a família e a comunidade. Nesse sentido, essa articulação do trabalho em rede, afirmam as autoras, é fundamental para a efetivação da reforma psiquiátrica.

A intersetorialidade aparece tanto como um modulador das políticas, quando se considera a ação articulada das políticas públicas para atendimento das demandas complexas

do campo da saúde mental, como também um princípio ético-político orientador das práticas, principalmente para a construção da rede e do trabalho em rede.

Para Argiles et al. (2013), o trabalho em rede deve articular tanto a rede institucional, entendida pelos autores como os profissionais de saúde e as instituições, quanto as redes de sociabilidade secundária dos usuários, como associações, igrejas, escolas, grupos, ONG, com a rede de sociabilidade primária: família, amigos, vizinhos, etc. Por meio dessa articulação os profissionais podem perceber as múltiplas mediações que se processam entre essas redes, permitindo assim conseguir apoio para a construção do cuidado e para os usuários enfrentarem seus próprios sofrimentos.

Os autores afirmam que é consenso na literatura que para a construção da rede de atenção e da articulação das redes sociais a intersectorialidade é um componente fundamental, tanto para a construção da rede quanto para o envolvimento das demais políticas públicas com o campo da saúde mental.

Os trabalhos classificados como pesquisa empírica, distribuídos nas duas categorias identificadas, nos possibilitaram perceber que a ideia em torno da intersectorialidade tem uma profunda relação com o campo da saúde mental. Mesmo quando essa interface temática (saúde mental e intersectorialidade) não foi tema central dos artigos classificados na primeira categoria. Entretanto, a intersectorialidade aparecia como componente tácito para a melhoria do cuidado, da construção da rede e das práticas profissionais.

Na segunda categoria os artigos analisados demonstram com maior ênfase essa relação ao tomarem a intersectorialidade como categoria de análise e por meio do debate travado no campo a definem como um princípio da reforma psiquiátrica e, portanto, um componente fundamental do processo de desinstitucionalização.

Todavia, nenhum dos artigos traz uma definição para a intersectorialidade, o que nos leva acreditar que a temática estava presente nas discussões do campo desde a formação do movimento social que lhe deu origem. A intersectorialidade assume uma relevância no campo que nos permite afirmar que para a saúde mental seus contornos são mais precisos e com pouca variação semântica.

Por outro lado, há uma ênfase na inserção das noções em torno da intersectorialidade na articulação com a dimensão do território, com o trabalho em rede e na construção da rede de atenção psicossocial, essa entendida pelos trabalhos analisados como uma rede estabelecida entre as instituições e as redes primárias e secundárias dos usuários.

Desta maneira, a dimensão territorial extrapola a sua delimitação geográfica, fazendo uma passagem da noção de território (geográfico) para territorialidade. A territorialidade é, em nossa percepção, um conjunto de relações sociais entre os indivíduos dispostas num dado espaço geográfico, político e simbólico, geradora de uma sociabilidade, continuamente constituída e dissolvida pelos indivíduos por meio de suas interações (JUNIOR, 1993 apud ARGILES et al., 2013).

Nessa definição as pessoas estariam mais ligadas pelas relações simbólicas, culturais e afetivas do que ao território geográfico. Deste modo, a intersetorialidade assume uma função que foi pouco explorada pelos artigos levantados na pesquisa bibliográfica com o descritor intersetorialidade, uma função de modular o cuidado no território (articulando-se com outros conceitos e categorias) de forma a considerar as várias potencialidades presentes na territorialidade.

A intersetorialidade tomada como princípio e componente do processo de desinstitucionalização pode configurar a rede de atenção psicossocial para uma função que provoque mudanças importantes nos territórios e nas comunidades onde os serviços se instalem. A rede de saúde mental, ao adotar a ideia de intersetorialidade como modo peculiar de articular o trabalho em rede com os demais serviços públicos e com as redes sociais disponíveis nos territórios, poderá construir uma atenção mais aberta, com menos retenção dos usuários e com ampliação da circulação e integração nos processos de sociabilidade.

3.2.2 Artigo de reflexão teórica

Nesta subseção analisamos um artigo que foi classificado como de reflexão teórica. O texto é da autoria de Venturini (2010), médico psiquiatra que foi colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália e acompanhou o processo de reforma psiquiátrica no Brasil desde 1992. O texto é intitulado *O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental*.

O autor explora alguns componentes que temos identificado nos artigos desse levantamento, que seja a relação da intersetorialidade com a construção da rede de cuidado, com as redes sociais dos usuários e com o território. Assim, Venturini (2010) constrói sua exposição a partir de conceitos que funcionam como articuladores da discussão e da defesa da

perspectiva que pretende reforçar. Desse modo, o autor delimita os termos e conceitos que estruturam o seu texto: *Coesão Social*; *Sofrimento Mental*; *Saber Olhar*; *Intersetorialidade e Habitar*.

Na construção em torno do termo *Coesão Social*, o autor expõe que nas comunidades e, por conseguinte, nos territórios existem múltiplas redes de relações: *redes sociais primárias*, *redes sociais secundárias*, *redes institucionais* e *redes espontâneas*. As *redes sociais primárias* compreendem a família, a vizinhança, os amigos e ofertam suporte econômico, social e afetivo. As *redes sociais secundárias* incluem as escolas, as igrejas, as instituições, os grupos comunitários, as ONG, etc. Mas ainda para o autor, nesse território existem as redes formais e informais. Os indivíduos e os profissionais que também constituem uma rede de relações são exemplos dessas redes. Nesse sentido, sob o domínio do termo *rede social*, o conjunto dessas relações pode constituir recursos para se promover a saúde na comunidade. Para Venturini a média de idade da população é “diretamente proporcional” à distribuição da riqueza, mas também ao funcionamento de suas redes sociais, e principalmente na articulação e conexão dessas redes com a rede institucional, denominada por este autor de rede sócio-sanitária. Essa interconexão é presumida pela intersectorialidade que juntamente com as redes sociais consiste num importante “capital social” da comunidade. Todavia, o autor prefere chamar esse capital social de “coesão social”, pois acredita que este termo dá mais evidência aos processos necessários para a construção dessa interconexão: confiança e solidariedade.

Para Venturini (2010), a coesão social não é um bem imutável ele pode mudar e seguir distintas direções em decorrência das profundas transformações na sociedade sob a ordem do capital.

Essas mudanças provocam também a deterioração da coesão entre as instituições, o que mortifica as práticas sociais, tornando-as cada vez mais pontuais e fragmentadas.

Em *Sofrimento Mental*, o autor desenvolve a ideia de que são três as necessidades de saúde de uma comunidade: 1) necessidades de tratamento, que exigem respostas médicas; 2) necessidades assistenciais, que exigem respostas sociais (trabalho, moradia); 3) necessidades existenciais, que exigem que o indivíduo dê um sentido à sua experiência ou que também podem se referir às necessidades afetivas, sexuais, de autoestima, de relacionamento, etc. (VENTURINE, 2010).

Para o autor as necessidades de tratamento e assistenciais devem ser atendidas pelo Estado, que tem que oferecer cuidado e proteger os seus cidadãos. As necessidades existenciais também necessitam ser codificadas e processadas em práticas sociais de cuidado, pois sua importância é significativa para a construção do cuidado e influencia a melhoria do quadro de saúde da população.

De maneira diferente do que é argumentado por Venturini, a psiquiatria entende o sofrimento mental como consequência das causas individuais e não como consequência dos processos sociais presentes, inclusive, nas próprias redes de sociabilidades dos indivíduos (NATHAN; STENGERS, 1995 apud VENTURINI, 2010).

Deste modo, criou-se um processo de exclusão social pela conjugação do próprio sofrimento psíquico do indivíduo com a ruptura com seu mundo social, família e comunidade. A exclusão também se processa em nível químico, quando a excessiva medicação impede o contato dos indivíduos com seu mundo subjetivo e os interdita de estabelecer relações sociais, afetivas, familiares e comunitárias. As barreiras não são apenas físicas, contenção, manicômio, hospital psiquiátrico, mas são, sobretudo, culturais quando o estigma atribuído ao louco o exclui do convívio social.

Desta feita, para Venturini (2010) a desinstitucionalização pode se tornar um desafio quase impossível, mas ressalta a importância do trabalho de base comunitária na perspectiva de criar instrumentos de combate ao estigma da loucura, e para ele em muitos momentos essa batalha foi vencida onde a reforma aconteceu.

Em *Saber Olhar*, o autor se questiona sobre a utopia de se morar numa casa e numa comunidade. Refere-se obviamente ao conjunto de usuários que foram deslocados das instituições psiquiátricas onde permaneceram por longo período de internação e que agora estão circulando pelas comunidades, morando em casas (serviços residenciais terapêuticos) e sendo acompanhados pelos CAPS. O autor procura provocar o leitor por meio de vários questionamentos, que nos fazem perceber que o modelo manicomial pode estar sendo reproduzido nesses espaços. Por meio de uma série de questões que devemos colocar para os serviços, podemos identificar essa lacuna. A possível saída para esse dilema consiste na identificação das demandas das comunidades, adequando o nosso olhar para supor o que é melhor para aquele território sem acreditar que apenas as mediações institucionais são importantes.

Sobre a *Intersetorialidade*, o autor afirma que, considerando a ideia em torno do termo, há dois modelos organizativos em saúde mental: 1) *administração passiva*, que se baseia num critério de organização do espaço territorial orientada por indicadores de quantidade; 2) *socialização ativa*, baseado num critério de temporalidade das funções, ou seja, os serviços assumem a preocupação em ativar a integração das redes sociais com as instituições em certos contextos.

No primeiro modelo organizativo, as necessidades das pessoas são tratadas setorialmente e de maneira rígida pelas instituições, o que levaria as práticas sociais para o caminho da medicalização e da exclusão. No segundo modelo, o eixo do processo seria a intersectorialidade que para o autor se reveste de tamanha complexidade que tecnicamente pode ser comparado como uma difícil intervenção cirúrgica (VENTURINI, 2010).

No entanto, Venturini (2010) afirma que já se construiu uma teoria da necessidade da intersectorialidade, mas que na prática é difícil realizá-la. O que para ele foi demonstrado em sua experiência, pois paradoxalmente os serviços mais difíceis de articular uma ação intersectorial foram os próprios serviços da saúde. Nesse sentido, ele afirma que os serviços tentam afirmar certa ideologia sobre sua lógica e fazem uso da ideia de intersectorialidade, contraditoriamente, para legitimar a atribuição de sua competência setorial para outro serviço.

Os profissionais acabam se identificando mais com a lógica institucional do que com a valorização dos laços de solidariedade. Assim, para Venturini os profissionais (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social) além de despenharem um papel específico deveriam assumir um papel de analistas da realidade social e de valorizadores dos recursos humanos presentes na extensa rede de relações da comunidade. Assim, eles devem estimular a coesão social melhorando as relações interpessoais dos usuários com a equipe, a comunidade e a vizinhança (VENTURINI, 2010).

Em síntese, o autor argumenta que o trabalho em saúde mental consiste sobretudo na democratização da comunidade e que essa democratização é a melhor proposta de saúde.

Na discussão sobre o *Habitar*, o autor faz uma nova pergunta: Fora do manicômio, acaba, por acaso, o ímpeto classificador e abrangente da psiquiatria? (VENTURINI, 2010). Sua resposta é não. Para ele, a psiquiatria não abandonará seu desejo de criar um projeto totalizante de normatização da vida social. E, nesse sentido, essa lógica é constantemente reproduzida mesmo nos espaços não manicomial. Ela se infiltra no imaginário social, e pode modular as práticas de acordo com seus princípios.

Para Venturini (2010) essa tensão está expressa na ideia de reabilitação, que revela a insistência da normatização que é produtora do estigma tendo como objeto algo que não existe: a cura. Desse modo o autor propõe a ideia de “habilitar”, pois nega que o passado de exclusão não pesa para o sujeito (VENTURINI et al., 2003 apud, VENTURINI, 2010).

Em suas conclusões, o autor nos apresenta alguns questionamentos:

Como sair da ambiguidade inerente, dum lado na ideia de tutela e de protecção, e de outro no risco de vexação e de destruição da autonomia da pessoa? Como vencer o "olhar da Medusa" da psiquiatria, aquele olhar do poder terapêutico, que petrifica e converte pessoas em objetos? E como vencer o desafio da intersectorialidade, boicotada pelo germe do individualismo e da competitividade, se insinuando no interior das nossas instituições sócio-sanitárias? (VENTURINI, 2010, p. 478)

O autor responde aos seus questionamentos afirmando que a saída é abandonar a ideia de se trabalhar com as instituições e entre elas. A resposta seria trabalhar com as pessoas, com suas subjetividades, com as pessoas que vivem e trabalham nas instituições. Nesse sentido, o território para Venturini (2010) não é um espaço geográfico, mas um território de pessoas, de relações e de histórias. Só por meio desse entendimento seria possível compreender como se sedimentam as relações, como o sofrimento é criado e como se deve produzir saúde.

O texto de Venturini (2010) nos apresenta uma consistente elaboração tendo como referência outras produções do autor e sua própria experiência com o processo de desinstitucionalização na Itália. O autor não entra no mérito da discussão conceitual em torno da intersectorialidade. A intersectorialidade apresenta-se definida dentro do campo da saúde mental enquanto princípio e com uma lógica bastante evidente: as articulações dos serviços institucionais com as redes sociais dos usuários e das comunidades, tendo como base as relações de interação entre os indivíduos.

Portanto, a ideia de intersectorialidade acaba se acoplando à discussão sobre as redes sociais, sobre o trabalho em rede e, conseqüentemente, na articulação das potencialidades da comunidade e do território.

A intersectorialidade se encontra enquanto princípio na construção de uma rede que institui pontos circulares de atenção no território, em constante envolvimento com as redes sociais.

Quando o autor propõe o abandono da ideia de trabalho com instituições e entre instituições para o trabalho com as pessoas, entendemos que essa colocação vai ao encontro com nossa ideia de que o trabalho em rede se constitui enquanto um trabalho relacional, modulado pela narrativa produzida pela reforma e da rede discursiva existente no campo.

Entendemos que a perspectiva do autor foi mediada pela discussão em torno da intersectorialidade, principalmente pelas experiências e saberes acionados pelo termo. Argumentamos que a absorção desse conteúdo possibilitou uma integração da intersectorialidade aos conceitos de trabalho em rede, como o autor demonstra pela interação das redes institucionais com as redes sociais dos atores. Isso nos leva a pensar que a intersectorialidade se converge como um componente do trabalho em rede, como também demonstraram Severo e Dimenstein (2011).

3.2.3 Artigo de pesquisa bibliográfica

O artigo classificado nesta categoria é da autoria de Borysow e Furtado (2013), intitulado “*Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave*”. No artigo os autores abordam a questão do acesso aos serviços de saúde mental pela população moradora de rua com transtornos mentais graves.

Os autores utilizaram a pesquisa narrativa de literatura com base nos pressupostos de Cordeiro et al (2007) e Silva et al (2005). A pesquisa foi realizada na base de dados *SciELO* e no portal da CAPES. Para a base de dados *SciELO* foram utilizados os seguintes descritores: *saúde mental e moradia ou moradores de ruas*, com 13 artigos encontrados; *saúde mental e albergue*, com 2 artigos, e *saúde mental ou assistência social e intersectorialidade*, também com 2 novos artigos. No portal da CAPES os autores utilizaram os descritores *loucos de ruas*, com 12 teses encontradas, e *moradores de rua e saúde mental*, que retornaram com 5 teses.

A partir desse levantamento e da construção da narrativa os autores estruturaram a discussão em eixos temáticos: *Acesso e Acessibilidade; Dimensão do Problema; Especificidade da Clientela; Entre a assistência social e a saúde mental; acessibilidade como mecanismo de intersectorialidade*.

No desenvolvimento do primeiro eixo, Borysow e Furtado (2013) clarificam algumas diferenças conceituais entre os dois termos: *acesso* e *acessibilidade*. Eles apresentam

sinteticamente o debate na literatura a partir das contribuições de Donabedian (1973) e de Frenk (1985) sobre acessibilidade.

Os autores delimitam o conceito de acesso semelhante às definições consideradas pelo SUS, tendo como referência a definição de acesso de Giovanella e Fleury (1996) e como parâmetro de ajustamento entre os serviços e as demandas da população utilizam o debate de Donabedian e Frenk (1985). Assim, na argumentação dos autores, *acesso* poderia ser considerado como o “poder de utilização” ou capacidade da população em acessar os serviços de saúde. Essa definição traz consigo outras dimensões que sejam: a disponibilidade, referente aos recursos existentes na rede de saúde; o uso dos serviços, referente à forma de uso real dos serviços pela população; e a resistência, referente aos impedimentos no processo de procura e obtenção do cuidado. Por sua vez, a acessibilidade seria o ajustamento da disposição da rede para o atendimento das necessidades da população (BORYSOW; FURTADO, 2013).

No eixo *Dimensão do problema*, os autores, a partir do levantamento bibliográfico a que procederam, apontam dados sobre a caracterização da população de rua e o seu acesso aos serviços de saúde em países da Europa, no Canadá, nos EUA e no Brasil. No contexto nacional descrevem a situação de cidades como São Paulo e Belo Horizonte. Borysow e Furtado (2013) destacam o alcoolismo como principal motivo que levaram essas pessoas a morarem na rua. Demonstram também que uma parcela considerável dessa população tem problemas de saúde, fazendo uso de vários medicamentos, entre eles psicofármacos.

No eixo *especificidade da clientela*, os autores afirmam a dificuldade de se trabalhar com essa população nos serviços de saúde e principalmente quando eles apresentam algum tipo de transtorno mental. Para eles, o termo “loucos de rua” é utilizado para identificar essa parcela da população que sofre com transtornos mentais graves, mas que não estão institucionalizados, vivendo na rua sem vínculos familiares e em situação de pobreza (FERRAZ, 2000 apud BORYSOW; FURTADO, 2013).

Diante desse contexto os autores fazem referência à PNAS, que elege como população usuária as pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, com dificuldades de acesso às políticas públicas e de inserção no mercado de trabalho. Para Castel (2010), a vulnerabilidade não está restrita apenas às populações miseráveis, mas envolve também aquelas com algum tipo de limitação, provocando assim a exclusão social que está relacionada com a ideia de margem, num processo criado pela própria sociedade e entre as pessoas, no que ele chama de sociabilidade perversa.

Assim, de modo geral a população de rua foge um pouco das características dos demais segmentos que utilizam os serviços de saúde, e por este e outros motivos raramente procuram ou acessam esses serviços. Quando acontece esse acesso, salientam os autores, esses indivíduos foram levados aos serviços de saúde por profissionais de programas específicos ou ligados aos serviços de assistência social que acabam por estar mais perto dessa população e assim se constituírem como porta de entrada para a rede de saúde (BORYSOW; FURTADO, 2013).

No eixo *entre a assistência social e a saúde mental* os autores aprofundam um pouco essa relação com os serviços de assistência social, demonstrando que há na área da saúde uma “clivagem” entre os problemas “sociais” e de “saúde”, quando os serviços de saúde exigem que certos problemas “sociais” sejam sanados para receber atendimento em saúde. Esse fato tem levado alguns serviços assistenciais a acolher um usuário que necessita de algum atendimento clínico ou acompanhamento especial, sem, no entanto, estarem preparados para isso (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Os autores do artigo analisado afirmam que no caso da saúde mental os CAPS não estão preparados para um atendimento extramuros, ou seja, um atendimento que se faça na rua, longe dos consultórios e da estrutura institucional. O atendimento fora das paredes do serviço do CAPS só acontece no âmbito do domicílio dos pacientes. Por isso, surgem alguns programas no âmbito da saúde mental que tentam constituir equipes para o atendimento da população de rua, mas esses estudos ressaltam que essas pessoas ao procurarem atendimento médico por conta própria são barradas pelas instituições e não são atendidas.

Mesmo com acolhimento pelos serviços da política de assistência social, os autores fazem uma crítica quando afirmam que muitas vezes esses atendimentos se revestem de um caráter higienista. Desta maneira, tais ações de atendimento desconsideram a criação de articulações intersetoriais e a complexidade da demanda, atuando apenas na integração desses indivíduos em programas sociais com fins de impedir sua circulação na comunidade, como modo próprio de “limpar” as ruas dessa população.

No eixo *“a acessibilidade como mecanismo da intersetorialidade”*, Borysow e Furtado (2013) compreendem que as ações intersetoriais construídas entre a política de assistência social e a política de saúde devem ser embasadas na perspectiva da Seguridade Social tal como definida por Monnerat e Souza (2011). Assim, apenas com a perceptiva de Seguridade Social como ação articulada entre as políticas que compõem a seguridade brasileira podemos construir um verdadeiro sistema de proteção social.

Mesmo com a perspectiva das autoras mencionadas, o trabalho ainda reforça a definição de intersectorialidade trazida por Junqueira (2004) na defesa de uma ação articulada entre os serviços das várias políticas setoriais.

Por fim, com base na análise do material bibliográfico coletado concluem que a população de rua com transtornos mentais apresenta grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental. Essa dificuldade de acesso aos serviços de saúde promove uma hipertrofia dos serviços da assistência social junto à sua população, além de “privar” essas pessoas de um cuidado em saúde mental (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Diante dessas dificuldades, os autores afirmam que para a efetivação das ações intersectoriais será preciso vencer obstáculos políticos nas três esferas de governo e avançar com a criação de modelos tecnoassistenciais compatíveis com a realidade.

Em nossa avaliação, o artigo nos auxiliou na compreensão no modo como a ideia de intersectorialidade é apreendida, remodelada e adequada às necessidades do campo da saúde mental. Por meio da análise bibliográfica, os autores fizeram interlocuções com áreas específicas e temas importantes para a compreensão do alcance discursivo das ideias em torno da intersectorialidade.

Observamos o desenvolvimento de duas definições para o termo. Por um lado, a perspectiva da intersectorialidade de Monnerati e Souza (2011) e Junqueira (2004) numa construção discursiva que atendeu aos objetivos do artigo analisado. Por outro, a discussão em torno da intersectorialidade agregou um debate sobre a questão do acesso e da acessibilidade, sendo esses conceitos considerados pelos autores como um mecanismo da intersectorialidade.

Lembramos que na análise dos artigos selecionados com o descritor *intersectorialidade* observamos a tendência do termo na viabilização dos direitos sociais e, consequentemente, no acesso aos serviços. E também na ideia associada à intersectorialidade enquanto mecanismo de participação social e de articulação dos recursos sociais dos territórios.

Deste modo, é compreensível a interlocução da discussão da intersectorialidade com o debate sobre a questão do acesso e da acessibilidade na saúde.

Fica evidente também a recorrência das noções empregadas à intersectorialidade para o tratamento de problemas de ordem complexa, como o caso da população de rua com transtorno mental e que necessita de cuidados de diferentes ordens. Identificamos a

difículdade de duas políticas, saúde e assistência social, de isoladamente construírem uma atenção mais integral, e mesmo quando havia a tentativa de se estabelecer uma parceria, observamos um descompasso na condução e no sentido das ações. Esse fato nos leva a reforçar a ideia de que a construção das ações intersetoriais, e consequentemente de uma “prática intersetorial”, é mais modulada pelo compartilhamento de sentidos comuns do que pela simples intenção de se estabelecer uma parceria ou articulação, como ficou evidente nos casos analisados pelos autores.

Enquanto os agentes profissionais não compreenderem a dimensão complexa do problema que se apresenta em seu cotidiano, enquanto não tiverem clareza dos objetivos de sua política e enquanto não houver acesso e compartilhamento da narrativa discursiva da reforma e da intersetorialidade, não há possibilidade de construção de ações de cuidado e de ações intersetoriais compatíveis com os princípios da reforma. Enquanto não existirem tais compreensões e ações, teremos apenas a construção de arranjos temporários e pontuais que não atendem as reais necessidades dos usuários.

3.2.4 Artigo de Pesquisa Documental

O artigo selecionado nessa categoria é da autoria de Souza et al (2012) e intitula-se “*Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana*”. O artigo teve por objetivo identificar as intervenções e orientações previstas pelos documentos na construção das práticas de saúde junto aos usuários de álcool e de outras drogas.

Os parâmetros para análise consideraram os dispositivos previstos na Política Nacional sobre Drogas, na Política para *Atenção Integral dos usuários de álcool e drogas* e as determinações da OMS para a prevenção e controle do uso abusivo de drogas. Os documentos selecionados para análise foram: *Plano plurianual* - projeto do serviço de saúde mental; *Planejamento de saúde* do município analisado e o documento base para a *Política de Atenção Psicossocial ao álcool e outras drogas* do município pesquisado.

Os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas são descritos como um problema complexo e que demanda opções variadas de tratamento. Os parâmetros preveem uma mescla de intervenções que enfatizam a terapia cognitivo-comportamental, a autoajuda, o tratamento medicamentoso bem como o apoio social e comunitário como

principais recursos terapêuticos. Foi identificado um modelo específico de abordagem denominado Redução de Danos (RD), que é uma abordagem que tem assumido bastante relevância com os usuários de drogas.

Iniciativas de RD são descritas na literatura desde 1926 na Inglaterra, quando da prescrição de opiáceos por profissionais de saúde com o intuito de reduzir os danos causados pela dependência as drogas. Mas enquanto movimento político, a RD só foi se instituir em meados dos anos 1980 na Holanda, como movimento que previa o controle pelo Estado de algumas drogas, e na prescrição de substâncias como heroína e cocaína para dependentes, de modo controlado, com intuito de reduzir os danos do uso abusivo dessas substâncias. No entanto, a abordagem se popularizou em face da epidemia de HIV/AIDS como estratégia para minimizar a contaminação pelo vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas injetáveis que compartilhavam seringas. Essas iniciativas ocorreram na Holanda e na Inglaterra e se caracterizaram pelo apoio e aconselhamento desses usuários por profissionais de saúde, troca de seringas, prescrição de drogas, serviços de auxílio ao emprego e moradia, e tratamento para a dependência (QUEIROZ, 2001).

A RD trata do manejo seguro de uma variedade de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Aplicada ao campo da saúde mental, e principalmente com os usuários de drogas, a RD pressupõe um conjunto de medidas de saúde pública voltadas para minimizar consequências adversas do uso da droga (QUEIROZ, 2001). Em outras palavras, não pressupõe a abstinência total das drogas, mas a possibilidade de dotar os usuários da capacidade de organizar seu uso para evitar danos maiores.

Nesse sentido, o CAPS é o serviço de saúde mental responsável pela oferta de cuidado em saúde para os usuários de crack, álcool e outras drogas, devendo orientar suas atividades com base na abordagem de RD.

Os autores do artigo analisado identificaram que os documentos orientam que as iniciativas com essa população devem primar pela construção de ações intersetoriais como foco na integralidade do cuidado.

O desencontro entre os princípios e ações previstos nos documentos com a inexistência das práticas é presumido pela discussão que os autores promovem entre as ações de campo e de núcleo. Para os autores, as ações de núcleo podem ser entendidas como os saberes e práticas específicos de cada profissional a partir de sua formação. Por campo, os autores entendem que seja os conhecimentos e responsabilidades inerentes ao campo da saúde

mental comuns ou confluentes a todos os profissionais, independentemente de sua formação profissional.

No entanto, na análise dos documentos os autores constataram que os planos que orientam os serviços estão alinhados com os princípios do SUS e com as atuais políticas de saúde mental. Os princípios que orientam os planos são: intersetorialidade, integralidade, interdisciplinaridade e equidade. Para a operacionalização desses princípios os documentos preveem ações de acolhimento, promoção da saúde e reabilitação psicossocial (SOUZA et al., 2012).

A partir da leitura desse artigo foi possível perceber algumas questões que nos têm oferecido suporte para as nossas reflexões:

- A tendência para os documentos legais (políticas, portarias, protocolos) bem como os modelos conceituais (como a RD, por exemplo) tentarem construir ou orientar as práticas de cuidado no campo;
- A clivagem entre conhecimentos de campo e de núcleo pode expressar a dificuldade de compartilhamento de determinados conteúdos narrativos (desinstitucionalização, direitos, inclusão social);
- O campo da saúde mental é composto por vários outros campos que produzem outros discursos.

Pela leitura do artigo analisado observamos um movimento de “passagens de conteúdo”, ou seja, as ideias, tendências e paradigmas que estão expressas nos modelos mais gerais (a Política Nacional sobre drogas, Política para Atenção Integral dos usuários de álcool e drogas e as determinações da OMS, por exemplo) são reproduzidos nos documentos no âmbito local (planos, projetos de intervenção, etc) e supostamente “replicados”, enquanto modelo orientador das práticas profissionais no âmbito dos serviços de saúde mental.

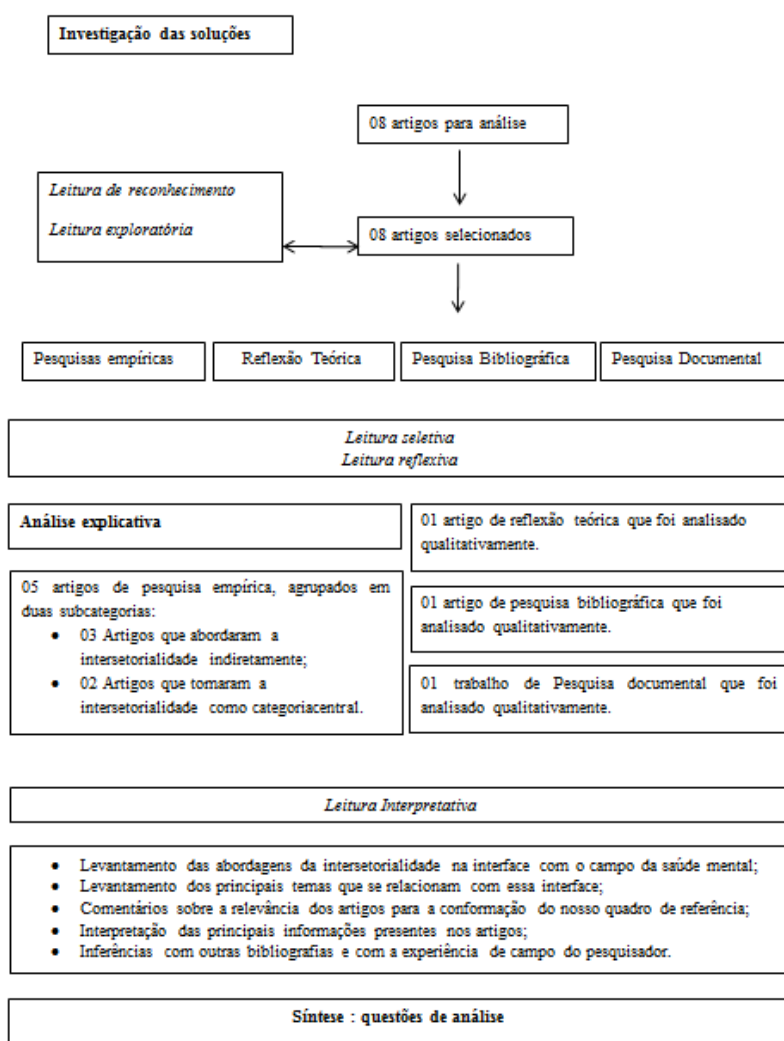
Contudo, como os autores demonstraram, não foi observada a instituição de parcerias entre os programas de RD com serviços de saúde mental do município pesquisado. Mas, diante da constatação da “distância” entre os saberes dos núcleos profissionais com os conhecimentos de campo, instaurou-se um projeto que tenta, a nosso ver, produzir o compartilhamento de certos conteúdos para a produção de sentidos que se possam constituir em ações intersetoriais. Portanto, não é a função de capacitação de que muitas vezes se revestem esses tipos de projetos no âmbito dos serviços, mas sim a construção de um espaço

de compartilhamento de ideias, saberes e práticas que traz a narrativa em torno da reforma, da desinstitucionalização e, por conseguinte, da intersectorialidade.

3.3 Síntese da Revisão Sistemática: intersectorialidade enquanto campo de ativação das práticas de cuidado face às propostas da reforma psiquiátrica

Dando continuidade com nosso percurso metodológico, construímos a Figura 3, o qual sintetiza o tratamento dado aos artigos selecionados com o descritor *saúde mental e intersectorialidade* e, por conseguinte, apontamos as questões que pretendemos consolidar em nossa síntese integradora.

FIGURA 3- REVISÃO SISTEMÁTICA COM OS DESCRITORES *SAÚDE MENTAL E INTERSETORIALIDADE* NA BASE DE DADOS *SCIELO* E O PERCURSO CATEGORIAL TEMÁTICO



Fonte: Elaboração do autor.

A partir da análise empreendida em nosso quadro síntese com os artigos selecionados com o descritor *saúde mental e intersetorialidade*, consideramos as referidas publicações em seus aspectos qualitativos, demonstrando a potencialidade dessa interface temática ou do imbrincamento dos dois campos.

No capítulo anterior, verificamos que o campo da saúde mental foi delimitado pela reforma psiquiátrica e as práticas em saúde processada pelo trabalho em equipe, de caráter interdisciplinar, numa estrutura de rede e no território. Portanto, a emergência dessas temáticas está presente tanto na análise sobre a intersetorialidade, quanto diluída nas discussões do campo da saúde mental.

Notadamente, por outros percursos e articulações, as discussões em torno da saúde mental convergem de forma implícita e explícita para o recurso explicativo da intersetorialidade.

No entanto, consideramos que os artigos levantados são um indicativo desse processo de articulação entre as discussões em torno da intersetorialidade com o campo da saúde mental delimitado pela reforma psiquiátrica brasileira.

Essa questão pode ser evidenciada quando percebemos que os autores dos artigos analisados não se prendem às discussões conceituais em torno da intersetorialidade, o que nos faz pensar que esses autores possuem uma noção específica sobre a intersetorialidade. Essa noção advém das discussões que o termo tem suscitado no âmbito das políticas públicas, mas para nós ela adquire uma particularidade no contexto da saúde mental, ao passo que os autores não discordam com relação ao “uso” dado à intersetorialidade no âmbito da saúde mental.

Parece-nos que essa “modulação” da saúde mental pela intersetorialidade não é recente e pode estar associada com a formação do movimento social que consolidou a reforma.

Portanto, a nossa síntese integradora procurou desvelar esse processo de “apropriação” das discussões em torno da intersetorialidade no processo constitutivo do campo da saúde mental. E, por fim, pretendemos responder às questões iniciais deste capítulo, que são as nossas questões de análise, ao demonstrar como a intersetorialidade pode contribuir para a construção das práticas em saúde mental.

Para essa empreitada se fez necessário articular alguns conceitos já delimitados por nosso quadro de referência com outras leituras, principalmente aquelas que tratam da formação histórica do campo da saúde mental no Brasil.

Nas próximas subseções apresentamos a discussão que compõe nossa síntese ao passo que procuramos incorporar novos elementos ao quadro de referência que nos auxiliarão na análise dos dados empíricos.

3.3.1 Apontamentos sobre a incorporação da intersectorialidade pelo campo da saúde mental

Tratamos inicialmente dos marcos constitutivos do campo da saúde mental a partir dos movimentos que originaram o campo, o que nos possibilitou perceber como as discussões sobre intersectorialidade estavam presentes no período considerado como fundamental para a definição da saúde mental.

Para Furtado e Campos (2005), as discussões sobre a intersectorialidade estavam presentes na agenda política do movimento de reforma psiquiátrica desde o seu surgimento em meados dos anos de 1970. Aquele debate compreendia que um caminho possível para reverter o sistema de atenção à saúde mental a partir do processo de desinstitucionalização era criando interfaces com outros segmentos sociais e com outros setores.

Sabemos que naquele período histórico o movimento de Luta Antimanicomial se estabeleceu a partir da crítica feita ao tratamento ofertado às pessoas nos hospitais psiquiátricos, que eram caracterizados pelos maus-tratos, humilhações e outros tipos de violências. A ideia e a experiência de desinstitucionalização oriundas do movimento de reforma na Itália inspiraram o movimento de Luta Antimanicomial e, por conseguinte, o movimento de reforma psiquiátrica a entender que a melhor estratégia no trato da loucura seria o regresso à comunidade, por meio da multiplicidade de dispositivos presentes nos territórios, como bem demonstrou Venturini (2010).

A adoção das ideias sobre intersectorialidade, nomeadamente como estratégia no âmbito das práticas em saúde, emerge atrelada à discussão sobre o conceito ampliado de saúde e ao paradigma da promoção da saúde. No Brasil, especificamente, esse processo se

esboça na construção de um novo modelo assistencial que elege a atenção básica como nível privilegiado de assistência em saúde.

No campo da saúde mental, apesar da resistência inicial do movimento de reforma psiquiátrica em incorporar seus princípios às políticas oficiais do governo, as discussões sobre intersetorialidade foram apreendidas pelos profissionais da área como uma importante ferramenta de intervenção profissional capaz de melhorar a atenção à saúde dos usuários. No entanto, inicialmente, sem ter condições de construir uma “atuação intersetorial”, essas discussões começam a ser operacionalizadas quando incorporadas como uma estratégia política presente nos debates sobre os rumos da política de saúde mental.

Sobre essa resistência, ressalta Yasui (1999 apud Furtado e Campos 2005), os dois movimentos (reforma psiquiátrica e reforma sanitária) têm a mesma origem, nascem das corporações intelectuais e profissionais, dos movimentos sociais dos trabalhadores, os quais participam das lutas sociais de transformação da sociedade. Entretanto, o distanciamento “relativo” dos dois movimentos acontece na década de 1990, com a ocupação de postos estratégicos do governo por representantes do movimento sanitarista como bem coloca o autor,

Enquanto o Movimento de Reforma Sanitária optou pela ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal, o da Reforma Psiquiátrica priorizou o estabelecimento de **articulações intersetoriais**, a inclusão de familiares e usuários e toda uma sorte de fóruns, associações, manifestações públicas, que em muito contribuíram para que a iniciativa viesse a extrapolar o setor saúde, contando com a decisiva adesão de outros segmentos da sociedade (FURTADO, CAMPOS 2005, p. 111).

Ainda sobre esse “relativo” distanciamento os autores apontam que a I Conferência de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro, ainda em 1987, marca o distanciamento do movimento de reforma psiquiátrica do sanitário, ao instituir a defesa do processo de desinstitucionalização e a construção de novos modelos de atenção como forma de promover uma transformação no modo como a sociedade lida com a loucura. Para o autor, o movimento sanitário tinha apenas a pretensão de reformar a política de saúde mental pela melhoria da qualidade dos atendimentos e não pela reversão do modelo assistencial (FURTADO, CAMPOS, 2005).

Essa situação possibilitou ao movimento de reforma psiquiátrica aprofundar, a partir do processo de descentralização, a experiência de criação de novos dispositivos de saúde que iriam revolucionar a atenção à saúde mental no Brasil. Muitas dessas experiências

incorporaram as discussões sobre a intersetorialidade que o grupo vinha promovendo com os conhecimentos oriundos da reforma na Itália.

No entanto, essas experiências só puderam acontecer em virtude da própria reorganização da Política de Saúde brasileira, que representou, em linhas gerais, o aprofundamento do processo de descentralização em direção aos municípios, concretizando assim o novo pacto federativo definido pela Constituição Federal. Por sua vez, o referido pacto, resultou em transformações quanto à transferência da capacidade decisória, funções e recursos para os estados e principalmente para os municípios, elevados a categoria de entes federados.

Vale salientar que essas transformações fazem parte de um conjunto de outras mudanças sociais nas políticas públicas brasileiras, e nas de saúde de modo geral, as quais de certa forma não são homogêneas pela simples compreensão que as políticas públicas mediatizam saberes, práticas e interesses distintos (LUZ, 2010).

É nesse cenário de mudanças da ordem social que o Movimento de Reforma Psiquiátrica, a partir da crítica aos hospitais psiquiátricos e da luta pela desinstitucionalização, estabelece importante contato com o movimento sanitário na perspectiva de criar um novo modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo hospitalocêntrico (FURTADO, CAMPOS, 2005).

A década de 1990 é marcada pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira, dentre elas a criação do SUS e seus dispositivos legais, expressos nas leis 8.080/90 e 8.142/90 e suas Normas Operacionais Básicas - NOBs 01/91; 01/92; 01/93 e 01/96, configurando-se, assim, um processo político de pactuação intergestores como forma de ampliar o processo de descentralização e garantir a construção do SUS (ANDRADE, 2004).

No tocante à saúde mental, também na década de 1990, importantes instrumentos normativos foram aprovados pelo Ministério da Saúde, tendo como referência os serviços pioneiros, a portaria 189/91 e a portaria 224/92, que regulamentaram os novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial (AMARANTE, 2008).

Nesse processo ganha relevância a discussão recente sobre a intersetorialidade articulada com o debate sobre a integralidade do atendimento aos usuários das políticas de saúde. Essas discussões vêm adquirindo contornos ainda mais expressivos na política de saúde mental a partir da luta antimanicomial, do processo de desinstitucionalização, da

adoção do conceito ampliado de saúde, da perspectiva do trabalho em rede e da inclusão social dos usuários da saúde mental.

Como sabemos, a partir dessa perspectiva surge o CAPS como dispositivo norteador das práticas em saúde mental e espaço privilegiado de articulação intersetorial com os demais dispositivos presentes no território.

Apesar desse avanço, por meio dos instrumentos legais e pela instituição de uma rede substitutiva ao modelo manicomial percebemos que a discussão em torno da intersetorialidade é processada de maneira diferente pelo movimento da reforma psiquiátrica e sanitário e, conseqüentemente, sua incorporação pelos instrumentos normativos preservam essas peculiaridades.

O movimento de reforma “resistiu” ao se incorporar às políticas oficiais e, dessa forma, pôde construir experiências “revolucionárias” no campo da saúde mental, com a articulação de diferentes setores e seguimentos. Enquanto isso, a intersetorialidade foi adotada como estratégia de gestão e modelo de prática profissional nos instrumentos normativos da política de saúde. Daí a postura assumida por Furtado e Campos (2005), ao considerar o distanciamento da reforma psiquiátrica da reforma sanitária apenas como relativa, visto que ambas constituíram, de modo diferente, importantes mudanças no desenho atual da política de saúde e colaboraram com a construção do SUS.

Assim, tendo em vista o acúmulo de experiências políticas e de gestão que no campo da saúde culminaram com a construção do SUS, houve a incorporação da intersetorialidade como uma diretriz da reorganização do sistema, a qual foi incorporada na Lei 8.080/90 subsumida ao princípio da integralidade dos sistemas de saúde.

Essa incorporação é também evidente quando analisamos a NOB 01/96, que estabelece como uma de suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde, propiciando a organização do sistema tendo como base o espaço dos municípios e definindo as responsabilidades no campo da promoção da saúde como aponta:

[...] uma das preocupações levantadas por ela foi a de propiciar as condições para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde, e mais do que isto, evidenciar a necessidade das ações fora do campo específico da saúde. Definiu a atuação do setor saúde em três campos a) o da assistência; b) o das intervenções ambientais; c) **o das políticas externas ao setor saúde**. (ANDRADE, 2004, p. 92)

Nesse último aspecto assinalado pelo autor, destacam-se as ações interssetoriais como forma de interferir nos condicionantes do processo saúde-doença, tendo como horizonte a

integralidade da assistência e devendo se articular com outras políticas que extrapolam o setor saúde.

Embora dando destaque a esse processo no âmbito da descentralização da política de saúde como uma estratégia de gestão, a mesma norma cria o mecanismo de referência e contra referência como forma de regular as ações intersetoriais no campo da saúde. Esse modelo é criticado pelo movimento da reforma psiquiátrica por restringir-se a uma ação burocrática que desconsidera as singularidades dos indivíduos que sofrem.

Observamos essas discussões em torno da intersetorialidade com mais clareza no campo da saúde mental, uma vez que o movimento de reforma psiquiátrica mantém em caráter permanente uma Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Essa referida comissão encaminhou ao MS em 2001 a solicitação de Convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em Brasília em dezembro do mesmo ano. Nessa Conferência comemora-se a aprovação da Lei 10.216/01 e apontam-se elementos de aprofundamento das diretrizes da referida lei, como a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar e a expansão da atenção comunitária dando ênfase à participação dos usuários e de suas famílias.

As dificuldades de ordem política e social culminaram com o atraso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu apenas em 2010. No entanto, a referida conferência assume o termo “intersetorial” e promove uma grande mudança estratégica na condução da política de saúde mental.

A principal incorporação dessa mudança estratégica foi materializada um ano após a realização da conferência através da edição da portaria 3.088/2011, que institui a RAPS, e da portaria 3.089/2011, que dispõe das formas de financiamento do CAPS a partir do desenho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No campo da saúde mental a intersetorialidade representa uma das estratégias de desinstitucionalização da loucura, facilitando a articulação de diferentes políticas na construção de uma rede de cuidado em saúde mental. Articula-se por meio da prática profissional na construção de ações intersetoriais de modo a possibilitar a integralidade da assistência.

A ação intersetorial construída junto com outras políticas sociais, através da absorção dos conteúdos relativos à reforma psiquiátrica, tem possibilitado aos profissionais de saúde compreender os processos de adoecimento da população como expressão da questão social no âmbito da saúde mental. O que implica perceber o processo saúde/doença como

multideterminado e, por conseguinte, seu enfrentamento não pode estar setorializado em apenas uma política.

É dessa forma que a prática dos profissionais de saúde deve buscar estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a perceber o indivíduo em sua totalidade e as possibilidades de serviços que podem ser acessados para garantir a diretriz da integralidade e o direito à saúde.

Em nossa análise bibliográfica e, principalmente, nas nossas reflexões sobre os artigos que exploram a interface entre a saúde mental e a intersectorialidade, compreendemos que o conceito e a metodologia do trabalho em rede são estratégicos para se pensar a formação de uma rede de atenção psicossocial de caráter intersectorial.

Desse modo, percebemos que as ideias e discussões em torno da intersectorialidade, incorporadas pela narrativa da reforma, demarcaram profundamente os conhecimentos do campo da saúde mental, bem como promoverem pontos de convergência no debate sobre a intersectorialidade no âmbito da saúde mental. Assim, destacamos dois aspectos que permitiram essa incorporação:

- **A narrativa em torno da intersectorialidade:** a partir de nossas inferências, podemos afirmar que a intersectorialidade constitui-se como um campo político de produção de sentidos e significados sobre as ações de articulação e cooperação entre os agentes e entre as políticas públicas. Essa perspectiva auxiliou a construção da compreensão da complexidade dos problemas de saúde mental enquanto cuidado, política e gestão. Além disso, essa perspectiva também favoreceu a superação das estruturas setorializadas;
- **A influência da experiência prática de desinstitucionalização na Itália:** a experiência italiana inspirou o movimento brasileiro e serviu de “cimento” para ligar e solidificar a interface dos conteúdos da intersectorialidade com os da saúde mental.

Em nossa análise consideramos que a intersectorialidade para a saúde mental pode ser definida um campo discursivo estruturante do próprio campo da saúde mental, que o atravessa e o transcende com importantes articulações teóricas. Os principais sentidos atribuídos ao termo são incorporados enquanto “componente”, “elemento” ou “estrutura” da própria definição de desinstitucionalização. Assim, as discussões do campo da saúde mental não estão “preocupadas” em definir um conceito preciso para a intersectorialidade, pois as discussões mais gerais desse campo são constantemente processadas pelos agentes (políticos, técnicos e

profissionais). Dessa forma, dentro do campo a intersectorialidade perpassa a desinstitucionalização, a integralidade, o acesso, a criação da rede e as articulações no território. Desta maneira, a narrativa produzida no campo da saúde mental está imbuída da intersectorialidade seja explicitamente ou implicitamente.

Conforme já delimitamos no primeiro capítulo deste trabalho, a intersectorialidade enquanto campo se processa em duas dimensões: *Dimensão política* e *Dimensão das práticas sociais*. Tomada no campo da saúde mental em sua *Dimensão política*, temos indicações nos documentos norteadores da política de saúde mental para a articulação das ações com outras políticas públicas, a exemplo das políticas de assistência social, cultura e educação. E na própria articulação da saúde mental com outras áreas da saúde, o que para nós foi consolidado pela instituição da RAPS que assume a intersectorialidade enquanto diretriz.

No âmbito das práticas sociais identificamos algumas características mediadas pela intersectorialidade, que convergem no reconhecimento da complexidade das demandas de saúde mental e na instituição de um saber compartilhado. Assim podemos citar as seguintes características: a construção de equipes multidisciplinares; a construção de ações compartilhadas entre equipes de distintas políticas; e a ampliação das potencialidades do território e das comunidades com fim último de promover a desinstitucionalização da loucura, o respeito aos direitos humanos, à autonomia, à liberdade e ao exercício da cidadania.

No entanto, a noção de intersectorialidade é semântica e a transformação dessa noção em uma experiência profissional se dá por meio do processo de atribuição e compartilhamento do sentido, na interpretação de seu significado e na resignificação do sentido partilhado em torno do termo pela rede discursiva do campo.

Como já argumentamos, a intersectorialidade no campo da saúde mental pode estar articulada com outros conceitos, o que exige que o profissional consiga “extrair” da rede discursiva o seu sentido e empreender a construção de uma ação intersectorial. Podemos pensar que o compartilhamento e reprodução das ações intersectoriais (em seu sentido) podem produzir um tipo de prática, que nesses termos podemos denominar de *prática intersectorial*.

Todavia, na construção de nossa interpretação, compreendemos que no campo da saúde mental há uma produção de múltiplos sentidos e significados em torno de diferentes temas que de certo modo influenciam na construção das práticas de cuidado. Entretanto, não podemos afirmar que se tenha a existência de um *habitus* intersectorial enquanto perfil ou identidade profissional.

O processamento dos conteúdos relativos à intersectorialidade na rede discursiva do campo produz uma linguagem para a saúde mental que imprime uma direção política e ética para a construção e compartilhamento das ações de saúde. Imprime também um sentido específico para a construção da rede e para a instituição do trabalho em rede como um esforço coletivo de reproduzir e ampliar um conjunto de práticas que tenham por objetivo a desinstitucionalização da loucura e a produção de conhecimentos que não reduzam as pessoas a meros objetos de controle.

Então, podemos dizer que a incorporação da intersectorialidade à rede discursiva do campo produz um *ethos do cuidado* que por si já carrega essas definições enquanto princípio e diretriz da reforma e da política de saúde mental. Esse *ethos do cuidado* constitui-se como um caminho de travessia entre as definições da intersectorialidade (enquanto campo) com as modulações da saúde mental, que foge a uma identidade profissional específica. É nesse caminho de travessia que os profissionais de saúde podem se identificar e se reconhecer na construção desse caminho, e produzir novos sentidos para práticas de saúde mental.

Esse *ethos* tem uma importância estratégica para os desafios postos à reforma psiquiátrica brasileira, tanto para a desinstitucionalização da loucura quanto para a construção da integralidade da atenção em saúde mental.

Portanto, respondendo às nossas perguntas iniciais, a ideia de intersectorialidade tem produzido um *ethos do cuidado* para o campo da saúde mental que se converge num caminho de travessia. Esse caminho abre a possibilidade da construção de práticas de saúde mais convergentes com as diretrizes e os princípios da reforma, na medida em que é um caminho de construção de novos sentidos e de novas práticas, reformulando e sendo reformulado constantemente pela ação dos agentes profissionais que moldam a rede discursiva do campo.

3.3.2 Notas finais para o quadro de referência

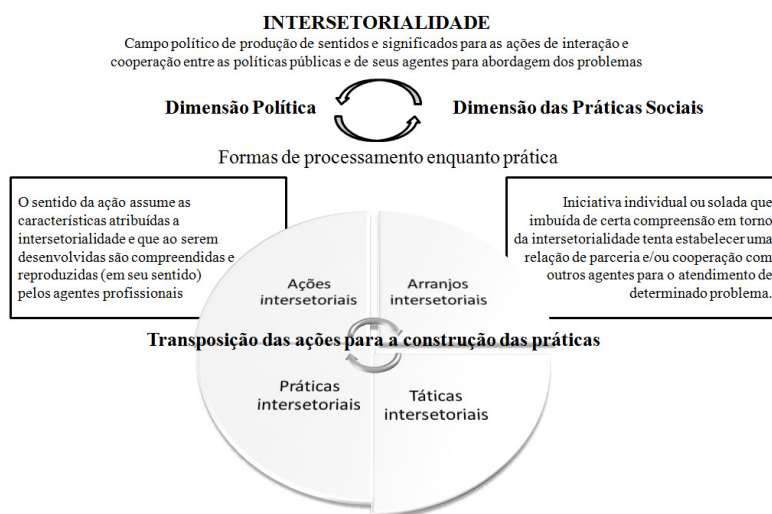
Ao fim desse percurso delimitado pela pesquisa bibliográfica, achamos pertinente sintetizar os principais conceitos em nosso quadro de referência, evidenciando algumas de suas relações, que agora com a análise de todas as categorias temáticas nos parece mais completo.

Assim, pretendemos utilizá-lo enquanto modelo explicativo para os nossos dados empíricos. Consideramos também que essa abordagem, ao final do trabalho, pode provocar

alterações no modelo por considerarmos que os dados empíricos tendem a apontar novos elementos e novas construções de sentido para alguns dos conceitos a partir das unidades de sentido presentes nos discursos dos nossos entrevistados.

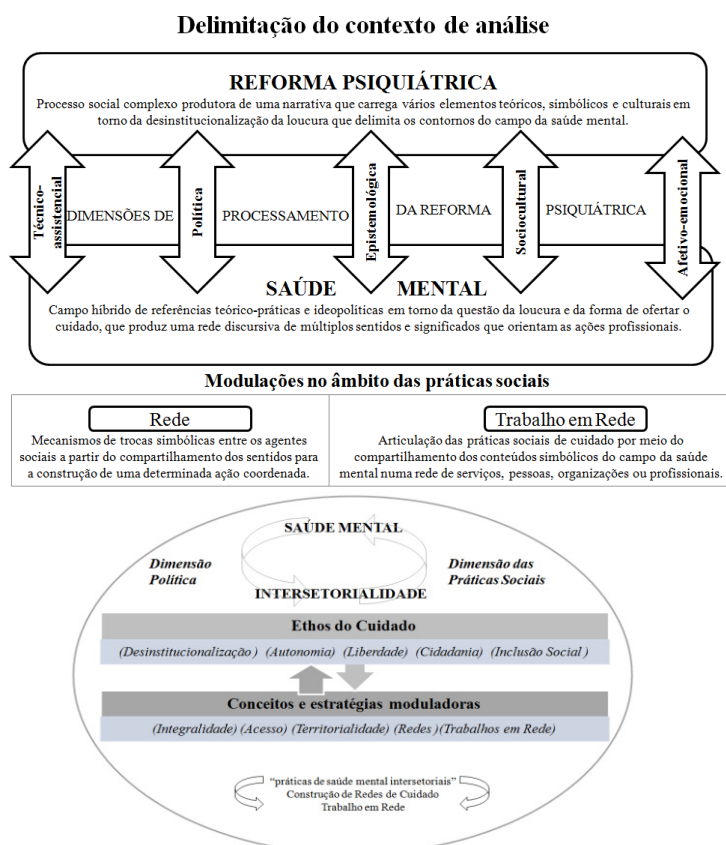
As Figuras 4 e 5 são respectivamente, um diagrama do modelo explicativo da intersectorialidade para a análise dos dados empíricos e uma síntese o contexto de análise e modulações das práticas de cuidado.

FIGURA 4 – MODELO EXPLICATIVO DA INTERSETORIALIDADE PARA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS



Fonte: Elaboração do autor.

FIGURA 5 - MODELO EXPLICATIVO DA INTERSETORIALIDADE APLICADOS AO CONTEXTO DE ANÁLISE



Fonte: Elaboração do autor

Como já evidenciamos, o nosso modelo explicativo constitui-se numa *moldura* de uma realidade objetivada e que sintetiza as principais definições conceituais que utilizamos nesse trabalho.

A delimitação da intersetorialidade enquanto “campo político de transição” tem uma função central em nosso quadro, pois a partir da interação com os conceitos weberianos de *ação social* e de *relação social* pudemos construir uma definição para os dois termos correntemente utilizados na literatura analisada, mas esvaziados de sentido e definições: *ação intersetorial* e *arranjo intersetorial*. Enquanto campo, a intersetorialidade se processa e se desdobra na *dimensão política* e na *dimensão das práticas sociais*. Para cada uma dessas dimensões, a intersetorialidade tem imprimido um conjunto de características que são difundidas na linguagem discursiva do próprio campo. Essa linguagem está em constante processo de redefinição, decorrente das experiências que estabelecem dentro de cada uma das dimensões.

Considerando o processo de compartilhamento dos sentidos das ações em saúde imbuídas da ideia de intersetorialidade e, conseqüentemente, a sua reprodução e compreensão do seu sentido entre os agentes profissionais, temos a possibilidade de construção de *práticas intersetoriais* ou de *táticas intersetoriais*. Se entendermos a ação como componente processual da prática, construída a partir da interpretação dos agentes profissionais mediante o compartilhamento desse conteúdo, temos assim a produção de um tipo de prática. Obviamente que está presente nessa construção o caráter coletivo da ação, a governabilidade dos agentes na construção dessas ações tal como já delimitamos. Por conseguinte, a adoção de arranjos intersetoriais, tal como nós compreendemos, também é passível de ser reproduzida, inclusive enquanto modelo de ação. Todavia, os arranjos intersetoriais se convergem num modelo técnico-burocrático que tenta capturar ou agenciar os modos de fazer, mas que esvaziados de compartilhamento de seu sentido se resumem apenas em construções táticas, ações que são construídas a partir da interação com a ideia de intersetorialidade para a realização de um objetivo pontual.

A consideração da intersetorialidade enquanto campo teve um papel fundamental na definição dos contornos do campo da saúde mental, o qual imprimiu novas características para a saúde mental em sua dimensão política e das práticas sociais.

O campo da *saúde mental* é um campo produtor de práticas híbridas tão diversas quanto os sentidos produzidos pelos vários núcleos de objetivação ou microcampos que o compõem. Mas a linguagem produzida pelo campo da intersetorialidade, consolidada pelas experiências práticas no âmbito da reforma, produziram uma modulação para a saúde mental que, a nosso ver, construiu um *ethos* diferenciado do cuidado. O *ethos* constitui-se num caminho de possibilidades no qual os profissionais podem se identificar com a linguagem produzida no campo (processada pela interação com a intersetorialidade) e, assim, produzir as ações de saúde que possam ser interpretadas como uma “prática intersetorial”, num sentido mais alargado pela definição das redes e do trabalho em rede.

Essa prática se realiza e se concretiza mediante o compartilhamento dos sentidos por meio das trocas simbólicas nas redes. Essa articulação das práticas de cuidado por meio do compartilhamento dos conteúdos da reforma quando ampliadas para as diferentes redes podem se constituir num trabalho em rede para a saúde mental.

Obviamente que todas essas construções e relações são mediadas e processadas pelas várias dimensões da reforma e que têm impactos em diversos âmbitos, principalmente na construção de identidades, de agenciamento das potencialidades tanto dos atores sociais quanto das comunidades e de seus territórios.

Para empreender essas mediações, nos respaldamos no arcabouço teórico-metodológico de Weber (1991; 2004) e de Bourdieu (1989; 1974; 1990; 2003). Os autores são os principais interlocutores onde apoiamos as nossas definições.

Assim, o conceito de *habitus* utilizado enquanto categoria de análise no possibilitou interpretar as mediações entre as estruturas do campo com a conformação das práticas sociais que se processam em seu âmbito. Percebemos que a construção dos *habitus* dos profissionais se dá a partir do ajustamento do seu *habitus* individual com a estrutura do campo, gerando assim novos *habitus*, definidos a partir das condições de vivências possibilitadas por essa estrutura.

Essa noção nos possibilita compreender o processamento das práticas sociais a partir desse ajustamento. Sabendo que a construção dos sentidos e significados é parte do processo de construção das práticas, por meio das ações estabelecidas entre os sujeitos.

Portanto, as práticas de saúde mental são moduladas pelas ações dos indivíduos, essas por sua vez construídas a partir do processamento ou decodificação dos conteúdos presente na rede discursiva que emana do campo. Assim, as práticas podem ser explicadas em relação às condições objetivas que geram as condições sociais de produção dessas práticas, com as condições de exercício desses *habitus* mediadas pelas questões sociais, culturais e simbólicas, todas imbuídas na rede discursiva (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Essa abordagem nos possibilitou também desvendar as estruturas de poder do campo e perceber os mecanismos que levam os indivíduos a processarem e a reelaborarem suas práticas.

Nesse sentido, o modelo explicativo proposto enquanto “quadro de referência” reúne as principais definições e processos que discutimos e apresentamos ao longo dos capítulos que compõem a primeira parte deste trabalho. Obviamente que o modelo expresso na Figura 4 e 5 apenas nos podem dar indicações das mediações e das modulações empreendidas para nos auxiliar na compreensão dos sentidos atribuídos às ações estabelecidas da intersectorialidade no âmbito das práticas em saúde mental.

O esquema se revela a partir das mediações estabelecidas entre os artigos selecionados com os aportes teóricos escolhidos pelo pesquisador para a construção de nossa análise bibliográfica, que por fim se concretizará com a inferência processada na análise dos dados empíricos.

Assim, enquanto modelo de interpretação comparamos um caso concreto, nosso objeto de estudo, com as definições presente em nosso quadro, quando pretendemos desvelar novas relações e identificar os “modelos concretos” da construção das práticas de saúde mental mediante a construção de ações intersectoriais.

O nosso modelo se converge como um meio de conhecimento que nos permite uma aproximação com a realidade estudada, nos auxiliando verificar a proximidade ou distanciamento da realidade com o modelo idealizado.

No próximo capítulo apresentamos o nosso percurso metodológico para a pesquisa de campo, com a descrição dos procedimentos técnicos e a construção do nosso esquema de análise.

PARTE II

CAPÍTULO 4

4 COORDENADAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA DE CAMPO: produção dos dados, sistematização e esquemas de análise.

A presente pesquisa investiga a compreensão e a materialidade da intersectorialidade na política de saúde mental brasileira. De um modo particular, as análises dos dados empíricos enfocam os sentidos e significados atribuídos pelos profissionais de saúde mental no âmbito de suas vivências e experiências, bem como da revisão dos contextos de atuação.

O nosso objeto de estudo demarca a natureza desta pesquisa que se caracteriza como uma proposta teórico-metodológica para abordagem qualitativa das relações sociais. O delineamento desta investigação numa metodologia qualitativa permitiu o aprofundamento dos aspectos relevantes à contextualização de temas, conceitos e relações exigidos pelos objetivos do estudo.

Compreendemos que a pesquisa qualitativa na Sociologia trabalha com os significados, motivações, valores e crenças dos atores sociais e que não podem ser reduzidas às questões meramente quantitativas (MINAYO, 2005). Para a Sociologia Compreensiva, *ação* é todo comportamento humano passível de um significado subjetivo pelo indivíduo, e na perspectiva weberiana ela só é social quando esse significado subjetivo é levado em conta pelos atores sociais na composição de seus comportamentos (MINAYO; SOUZA; ASSIS, 2005; PIERUCCI, 2008).

Portanto, a abordagem qualitativa parte do pressuposto de que a realidade, os fenômenos sociais e culturais são construídos socialmente e interpretados pelos atores que vivenciam os fenômenos, pelo pesquisador em sua relação com o objeto de estudo e nos contextos que definem os contornos e limites do objeto (ALVES, 2008).

As análises compreensivas têm em comum a concepção weberiana de sujeito que o considera como capaz de ter racionalidades próprias e comportamentos estratégicos frente à determinada situação ou contexto em constante transformação em face de sua própria ação. Assim, do ponto de vista qualitativo consideramos que os sujeitos interpretam modelos e situações, concebem estratégias e mobilizam recursos frentes suas interpretações. Portanto, o objeto de análise é processado em termos da ação, do seu comportamento e dos sentidos que são atribuídos pelos sujeitos e por aqueles com quem interagem.

Dessa forma, o objeto em questão por sua complexidade adequa-se a metodologia da pesquisa qualitativa, por levar em conta a compreensão, a intencionalidade e o significado que atribuem os atores às suas ações práticas no campo da Saúde Mental. Ainda sobre a abordagem qualitativa esclarecem Deslandes e Gomes (2010, p. 82),

A abordagem qualitativa, embora tendo como foco central a compreensão do significado das ações sociais, ancora-se em diferentes bases disciplinares, metodológicas e paradigmáticas formando um conjunto de atividades interpretativas que podem ser atravessadas por conflitos e tensões. A partir do campo das ciências sociais, tal abordagem se presta para focalizar estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e conjuntos de interações pessoais.

Desse modo e de acordo com Guerra (2006), a pesquisa compreensiva reveste-se de um conjunto de particularidades, mas que não produziram nenhuma metodologia específica, sendo assim, comportando diversas abordagens metodológicas e técnicas que se adequam à definição do seu objeto, que seja compreender o sentido da ação dos sujeitos sociais. A referida autora expõe as três funções da análise compreensiva:

1) *Função exploratória*: as conclusões consistem em dar hipóteses explicativas para um determinado fenômeno social que ainda é pouco conhecido para a construção de uma generalização;

2) *Função analítica*: O processo é precedido pela construção de um quadro de análise geral relacionando aos fenômenos e definindo tipologias. À medida que a análise avança há a consolidação de uma teoria interpretativa para os fenômenos, um quadro que reconstrói o fenômeno explicando o seu acontecimento. Num segundo momento procede-se a verificação do quadro com o fenômeno, para que se possa construir uma interpretação;

3) *Função expressiva*: o material recolhido tem a função de comunicação e não de pesquisa, quando utiliza-se os extratos das entrevistas (ou de outra forma de recolha de material empírico) para exemplificar a análise empreendida.

Dada essa perspectiva da análise compreensiva, o objeto em discussão caracteriza-se por ser um objeto complexo expresso pelas interfaces entre campos disciplinares distintos, além de essencialmente qualitativo. Portanto, podemos inferir que sua “tramitação” em diferentes campos do saber demarca sua natureza peculiar de ser um objeto interdisciplinar.

Desse modo, definimos a escolha por uma estratégia de pesquisa que se apoie em fundamentos interdisciplinares, o que decorre dessa consideração pela *estratégia de triangulação de métodos*.

A triangulação de métodos é caracterizada na literatura como uma estratégia de investigação que teria por característica principal a combinação de métodos e técnicas de pesquisa. Reforça-se a ideia que para compreender os objetos de natureza qualitativa se faz necessário pensá-los a partir de vários ângulos.

Schutz (1982) aponta,

Pode-se compreender por triangulação de métodos como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre o objeto (SCHUTZ, 1982 apud MINAYO, 2005, p.29).

A partir da triangulação foi possível formatar um constructo analítico sobre os processos sociais que possibilitou a compreensão do objeto de investigação. Decorre dessa questão a combinação de abordagens qualitativas com elementos quantitativos e de vários tipos de metodologias e técnicas de pesquisa, o que justifica as escolhas metodológicas definidas para o desenvolvimento deste projeto de tese.

Ainda de acordo com Deslandes e Gomes (2010), a triangulação não é um método de pesquisa em si, mas sim uma estratégia que se apoia em métodos e técnicas científicas testadas e consagradas, adequando-se a determinada realidade que atenda aos objetivos do estudo. Para os referidos autores, várias abordagens de investigação qualitativa utilizam a estratégia de triangulação, sendo a mais recorrente a *abordagem compreensiva*.

Com relação às técnicas metodológicas, definimos para a coleta de dados da pesquisa empírica o *grupo focal*, a *entrevista* e o *questionário sociodemográfico*.

O grupo focal consiste numa técnica de pesquisa cujo objetivo é refletir sobre a percepção e/ou impressões de um grupo sobre determinado tema, tendo como característica principal o aprofundamento das questões numa análise essencialmente qualitativa (NETO, 2002).

Também foi utilizada a entrevista semiestruturada, entendida com um procedimento através do qual, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos sujeitos

(MINAYO, 2010). A entrevista por sua vez nos põe em contato com a realidade mediatizada pela visão de mundo dos participantes, nos fornecendo suas observações, análises e interpretações sobre o fenômeno estudado (ALVES, 2008).

O questionário sociodemográfico consiste num instrumento de coleta de informações para caracterizar os participantes do estudo a partir de variáveis como: a formação profissional, sexo, renda, e questões relacionadas ao perfil de atuação.

O tipo de amostragem adotado foi por aceitação (amostragem não probabilística), a qual, segundo Gil (2001), constitui-se num tipo de amostragem mais flexível por não ter por objetivo descrever estatisticamente o universo. Portanto, uma amostragem mais adequada às pesquisas de natureza qualitativa. Foram selecionados pelo pesquisador os elementos a que teve acesso, admitindo que possam de alguma forma representar o universo ou população.

Foi adotado também para a constituição da amostra o princípio da diversidade. O princípio teve por objetivo permitir uma diversificação dos sujeitos por serviços e por categorias profissionais, levando em consideração a composição da equipe mínima dos serviços de saúde mental.

Foram considerados participantes desse estudo os profissionais de saúde de nível superior atuantes na rede de saúde mental do município de João Pessoa, Estado da Paraíba. Consideramos para efeito dessa pesquisa a rede de saúde mental em seu sentido *stricto sensu*, ou seja, os CAPS ad Davi Capristano da Costa Filho, CAPS i Cirandar, CAPS III Caminhar e o Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM).

A técnica de análise dos dados qualitativos adota foi à análise de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2009), a qual consiste numa técnica de análise dos conteúdos expressos nos discursos por meio da identificação de unidades de sentido ou categorias. A referida análise reveste de fases e etapas que detalhamos no momento da descrição do tratamento empregado ao material.

Vale destacar, que apesar de tratarmos a metodologia da pesquisa empírica neste capítulo em particular, lembramos que os resultados da pesquisa bibliográfica sistemática e documental se integram na construção de nossa análise, principalmente na estruturação do modelo explicativo para intersectorialidade que orientou a interpretação dos dados empíricos.

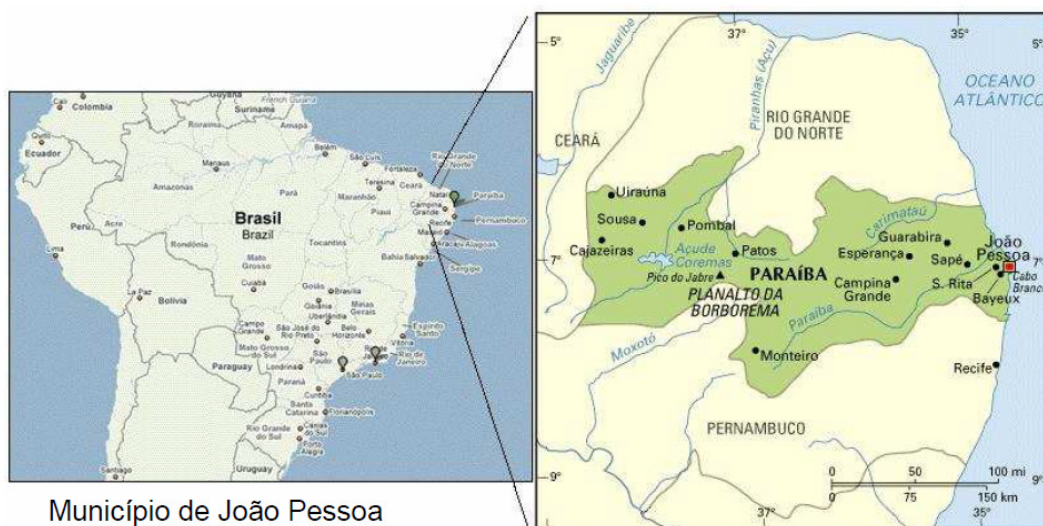
Desta feita, o presente capítulo tem por objetivo descrever o cenário da realização da pesquisa, os procedimentos adotados na construção dos instrumentos, na recolha das

informações, na sistematização e na interpretação final dos dados mediante o cruzamento de todos os resultados.

4.1 Notas introdutórias do contexto de análise: o município de João Pessoa e a rede de saúde mental.

O município de João Pessoa é a capital do Estado da Paraíba e de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma área de 211, 475 km². Localiza-se na parte mais oriental do estado tendo como limites ao Norte o município de Cabedelo, ao Sul o município de Conde, ao Leste o Oceano Atlântico e ao Oeste os municípios de Bayeux e Santa Rita, com ligações pelos rios Sanhauá e Mumbaba (IBGE, 2015; JOÃO PESSOA, 2010).

FIGURA 6 - MAPA DO BRASIL COM DESTAQUE PARA O ESTADO DA PARAÍBA E LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB



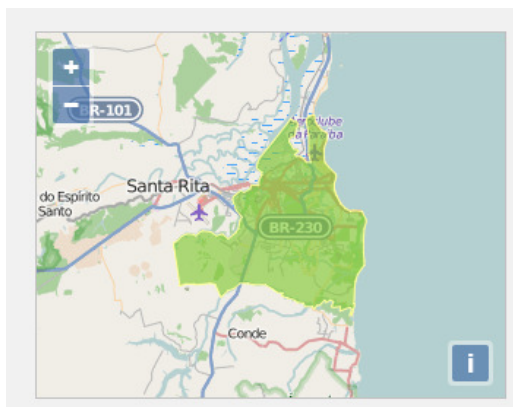
Município de João Pessoa

Fonte: João Pessoa, 2010; p.12.

O município de João Pessoa está no centro da Região Metropolitana composta por 10 municípios que possui aproximadamente 1.200.000 habitantes, de acordo com dados do IBGE (2015). No entanto, considerando o processo de unificação da malha urbana mais intensa tem-

se o aglomerado formado pelos municípios de Bayeux, Cabedelo, Conde e Santa Rita denominado de “Grande João Pessoa”. Esse aglomerado mais intenso teria uma população de aproximadamente 1 milhão de habitantes (JOÃO PESSOA, 2010; IBGE, 2015).

FIGURA 7 - MAPA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB



Fonte: IBGE, 2015.

A população no município de João Pessoa em 2010 era de 723.515 habitantes com uma estimativa de 780.738 habitantes para 2014. Considerando a população de 2010 infere-se que 46,6% dos habitantes são homens e 53,4% mulheres. Dessa população 19,5% são de jovens entre 20 e 29 anos de idade enquanto 10,3% correspondem aos habitantes com mais de 60 anos. Em 2010, João Pessoa possuía 220.000 domicílios (IBGE, 2015).

De acordo com o Plano de Metas para o Município de João Pessoa (PMJP), realizado pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de João Pessoa em 2013, em termos comparativos dos resultados dos dois Censos, a população passou de 597.337 habitantes (IBGE, 2000), para 723.515 habitantes no ano 2010 (IBGE, 2010). Esse aumento representou uma taxa de crescimento populacional de 21%, superior às demais capitais nordestinas como exemplo Maceió (16,9%) e Recife (8,1%) no mesmo período.

Com relação ao crescimento econômico o referido plano destaca que os resultados obtidos por João Pessoa vêm sendo dos mais insuficientes entre as capitais dos estados nordestinos e que não tem acompanhado o desempenho do seu crescimento populacional. Os indicadores de qualidade de vida da população estão entre os mais adversos das nove capitais do Nordeste (JOÃO PESSOA, 2013).

Nesse sentido, sob os efeitos do alto crescimento demográfico sem um correspondente crescimento econômico, João Pessoa possui em 2010 a terceira menor renda *per capita anual* das capitais nordestinas com R\$ 13.533,00. O referido documento aponta ainda que o crescimento populacional também foi motivado pelo fluxo migratório principalmente de outros municípios paraibanos, o que torna a taxa de crescimento populacional superior a do próprio Estado, que cresceu 9,4% entre os anos 2000 e 2010 (JOÃO PESSOA, 2013).

Assim, nesse cenário, tem aumentado a demanda por serviços públicos principalmente os providos pela gestão municipal como saúde, educação, habitação, assistência social, coleta de lixo, geração de emprego e renda. Essa demanda tem crescido sem o correspondente desempenho da economia do município e dos recursos públicos para provimento dos serviços sociais básicos (JOÃO PESSOA, 2013).

A cobertura de saúde no tocante a ESF corresponde atualmente a 88,5% da população residente no município, distribuídos em 125 unidades de saúde entre os cinco distritos sanitários da cidade.

FIGURA 8 - DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA COM DESTAQUE PARA ESF



Fonte: João Pessoa, 2010, p.69.

Fazem parte da rede básica do município de João Pessoa as *unidades de saúde da família integradas* que atendem às áreas densamente povoadas e com um número maior de equipes de saúde da família, sendo elas: a *Unidade Básica de Mandacaru*, *Unidade Básica das Praias* e *Unidade de Saúde das Chagas*. As áreas sem coberturas da ESF são cobertas pelas clínicas básicas nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) nos bairros de Mangabeira, Jaguaribe e Cristo.

De acordo com consulta a DATASUS em 2015, o município possui ainda 34 equipes do NASF. Porém, vale destacar que a gestão da saúde do município optou pela lógica do apoio matricial como estratégia de implantação dos referidos núcleos, portanto, as equipes do NASF encontram-se inseridas nas unidades de saúde, de acordo com a distribuição das unidades pelos distritos sanitários.

A atenção especializada do município está organizada por linhas de cuidado e seguindo a lógica da territorialização geográfica. A rede é composta também pelos CAIS na oferta de serviços especializados, pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) presentes nos bairros de Mangabeira, Centro e Cristo. Integra ainda a referida rede, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (CAISI), o Laboratório Central Municipal (LACEN), o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST), e o SAMU.

A oferta de procedimentos especializados também é realizada pelos ambulatorios dos hospitais municipais: Complexo Hospitalar de Mangabeira, Instituto Cândida Vargas, Hospital Municipal Santa Isabel e o Hospital Municipal de Valentina.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2010-2013), a rede hospitalar do SUS, própria, conveniada e contratada em João Pessoa possui 26 hospitais, assim distribuídos: 4 hospitais públicos municipais, 7 hospitais públicos estaduais, 1 hospital público federal, 4 hospitais filantrópicos e 11 hospitais privados conveniados ao SUS (JOÃO PESSOA, 2010). A capacidade instalada pelo SUS municipal e estadual é de 2.130 leitos (CNES, 2015).

A rede de saúde mental até o ano de 2011 era composta pelos CAPS III Gutemberg Botelho, CAPS II Caminhar, CAPS I Cirandar, CAPS ad Davi Capristano e o PASM, um serviço de urgência e emergência para atendimento da crise psiquiátrica.

Todavia, a partir da criação da RAPS pela Portaria 3.088/11, que define que a rede de saúde mental integrada se constitui pela articulação efetiva nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde para atender as pessoas em sofrimento psíquico e/ou com

transtornos mentais decorrente do consumo de álcool, crack e outras drogas, o município passou a estabelecer pontos de atenção na rede para atendimento em saúde mental conforme os componentes processuais da RAPS estabelecidos pelo MS.

QUADRO 17- DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS PONTOS DE ATENÇÃO QUE COMPÕEM A RAPS EM JOÃO PESSOA-PB

Componentes da RAPS	Serviços/pontos de atenção
Atenção Básica em Saúde	• 180 Equipes da ESF; • 05 UBS; • 34 NASF; • 04 Equipes de Consultório de Rua.
Atenção Psicossocial Especializada	• 03 CAIS; • 02 CAPS III (Gutemberg Botelho e Caminhar); • 01 CAPS i; • 01 CAPS ad III (Davi Capristano).
Atenção de Urgência e Emergência	• 01 PASM; • 03 pontos do SAMU; • 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
Atenção Residencial de Caráter transitório	• 01 Unidade de Acolhimento Infantil (UAI).
Atenção Hospitalar	• 03 leitos em hospitais gerais; • 01 hospital psiquiátrico público; • 01 hospital psiquiátrico privado.

Fonte: Atualizado e adaptado a partir de Gomes (2013).

Apesar desse “desenho” da RAPS no município pesquisado, sabemos que a atenção à saúde mental reveste-se de extrema dificuldade quando realizada fora do componente *Atenção Psicossocial Especializada*. Essas dificuldades emergem da própria incompreensão dos demais serviços/rede de saúde sobre o objeto complexo da saúde mental (conforme identificamos em nossa análise), da estrutura segmentada da gestão da saúde e até mesmo do próprio processo histórico de constituição da rede de saúde mental do município.

Gomes (2013) expõe que o processo de reforma psiquiátrica do município de João Pessoa e do Estado da Paraíba como um todo foi marcado mais por retrocessos do que por avanços. O então setor psiquiátrico era fonte de lucro para os donos dos hospitais privados que promoviam à exclusão da população pobre e marginalizada por longos períodos de

internação como forma de aumentar a captação de recursos pelo SUS. O “desmonte” dessa estrutura manicomial nunca foi efetivado em virtude da pressão política exercida pelos dirigentes dessas instituições. Mesmo diante de um processo de denúncias contra o abuso e os maus tratos que as pessoas eram submetidas nas instituições psiquiátricas do município desde o final dos anos de 1970, passando pela década de 1980, com o estabelecimento do Movimento de Luta Antimanicomial (MLAM) no âmbito local, o setor psiquiátrico persistiu com seu processo de exclusão, enriquecimento e abuso dos recursos públicos (GOMES, 2013; SALES 2009).

A década de 1990 foi marcada por uma tentativa de mudança, tendo em vista o contexto da reforma psiquiátrica em âmbito nacional e as edições dos primeiros documentos que regulamentaram o CAPS, porém de acordo com Silva (2003 apud GOMES, 2013) em João Pessoa esse processo adotou uma postura conservadora, tendo em vista que as ações limitavam-se apenas à reestruturação do modelo psiquiátrico sem, no entanto fazer uma mudança no modelo assistencial. Esse processo foi denominado por Silva (2003) como “reformismo”, pois promoveu apenas uma mudança “estética”, mas que na essência continuou a promover a institucionalização e a exclusão das pessoas com transtorno mental.

Apesar da instituição do MLAM e da agenda de mobilizações em torno das questões da saúde mental, do envolvimento de outros segmentos sociais como o movimento estudantil, representações profissionais e das universidades, foi apenas em 2004 com aprovação da Lei 7.639 (Lei da Reforma Psiquiátrica) que houve o compromisso do então Governo do Estado em implantar efetivamente a reforma. Foi quando se esboçaram os avanços em direção da reversão do modelo assistencial. A referida lei foi de autoria do deputado Ricardo Coutinho, que posteriormente foi prefeito da cidade de João Pessoa no período de 2005 a 2010, quando assumiu o governo do Estado permanecendo até a atualidade.

Assim, de acordo com a Lei,

[...] determina a implementação de uma Rede de atenção integral no campo da saúde mental que vise à progressiva substituição do Modelo Hospitalocêntrico pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao sistema de proteção, determina regras de saúde aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, e dá providências (PARAÍBA, 2004, p. 1).

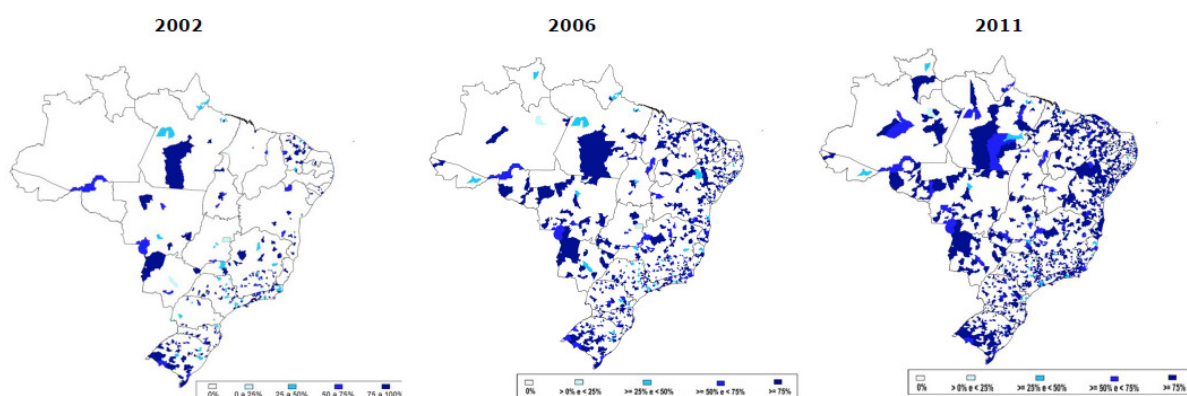
Para Sales (2009), a referida lei estadual primou ainda em favor da pessoa com transtorno mental quando delimitou a possibilidade de enfrentamento de seus problemas de saúde sem o uso da privação de liberdade. A Lei estadual proibiu a utilização de celas, camisas-de-força e qualquer outro tipo de procedimento violento e desumano em qualquer estabelecimento de saúde mental.

Ainda de acordo com Sales (2009) a Lei estadual determina que para que se efetive a operacionalização da Reforma Psiquiátrica, deve-se observar a Lei federal levando em conta às competências de cada Estado e Município, respeitando e atendendo as peculiaridades regionais e locais, bem como o caráter articulado e integrado do SUS.

Segundo Gomes (2013) logo após a sanção da Lei estadual, o CAPS Gutemberg Botelho foi municipalizado e transferido para o centro da cidade de João Pessoa. O CAPS Caminhar, que já atuava desde 2001, foi reestruturado e novos serviços substitutivos foram implantados: SRT em 2007; o CAPS i Cirandar e PASM em 2008; o CAPS ad David Capristano em 2010 e a Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), e outro SRT em 2012.

O município de João Pessoa acompanhou a tendência nacional crescente de implantação da rede de serviços substitutivos, conforme levantamento do MS (BRASIL, 2012).

FIGURA 9- COBERTURA DO CAPS/100 MIL HABITANTES NO PERÍODO DE 2002 A 2011



Fonte: BRASIL, 2012

Seguindo essa tendência de expansão e de acordo com o levantamento do MS, o Estado da Paraíba ocupa o primeiro lugar nacional de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes, com índice de 1,55 CAPS/Hab (BRASIL, 2012; GOMES, 2013).

De todo modo, com o estabelecimento da RAPS e do movimento de inserção do município ao alinhamento com políticas de saúde de âmbito federal, foram observadas algumas mudanças estratégicas na composição da rede de saúde mental. A mudança do CAPS Caminhar para o *tipo III* com assistência 24 horas, equiparando-se ao CAPS Gutemberg Botelho. O CAPS ad David Capristano também mudou para a modalidade *tipo III* dispondo de assistência 24 horas. Ainda há a previsão de abertura de novas SRT, ampliação de leitos no PASM e a implantação de leitos psiquiátricos no hospital infantil do município.

O município possui outros serviços da saúde mental que estão sob a gestão de outras esferas governamentais. Na esfera federal, o ambulatório de psiquiatria localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley, na esfera estadual o CAPS AD III Regional e o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Contudo, a relação dos serviços municipais com os demais serviços é marcada por problemas de diversas ordens desde a incompreensão da rede à incapacidade de se estabelecer um fluxo que integre os serviços de saúde mental.

Existem dois hospitais psiquiátricos da rede privada que de acordo com Gomes (2013) nas últimas avaliações do PANASH /psiquiatria, realizadas em 2009 e em 2012, não obtiveram a pontuação mínima que permite o seu funcionamento. Entretanto, os hospitais permanecem em funcionamento e não foram descredenciados do SUS.

Gomes (2013) argumenta que a ampliação da rede revela apenas o pouco investimento na criação de outras modalidades de dispositivos que fortaleçam a RAPS e sua articulação com a rede intersetorial. Assim, o atendimento em saúde mental é realizado basicamente nos serviços CAPS, que compõe agora um componente da atenção. Ainda de acordo com aquela autora, após a aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, foram aprovadas em João Pessoa, a Lei Municipal 12.060 de fevereiro de 2011 que dispõe da gratuidade no transporte coletivo urbano de pessoas com transtorno mental, e a Lei Municipal 12.296 de janeiro de 2012, que institui a RAPS no município com ênfase na desinstitucionalização e integralidade das ações. No entanto, apesar de aprovação da lei da gratuidade a mesma nunca foi regulamentada tendo em vista a falta de clareza quando dos recursos financeiros.

Registra-se também no ano de 2010 a realização da I Conferencia Municipal de Saúde Mental, que conforme a IV Conferencia Nacional de Saúde Mental realizada no mesmo ano, adotou a intersetorialidade como princípio e eixo estruturante das ações de saúde mental do município.

Assim, desse modo, considerando a organização da rede de saúde do município de João Pessoa e suas características locais, o cenário de investigação foi delimitado ao componente da *Atenção Psicossocial Especializada* da RAPS, ou como já mencionamos, a rede de saúde mental em seu sentido *stricto sensu*, tal como era definida antes do estabelecimento da RAPS. Nesse caso ainda consideramos como parte da rede o PASM, mesmo estando “alocado” no componente *de Atenção a Urgência e Emergência* é um serviço que integra à construção das ações de saúde mental da rede.

Destacamos ainda que o CAPS Gutemberg Botelho não integrou o cenário de investigação em virtude do fechamento do serviço para reforma das instalações físicas no período que decorreu a coleta de dados. Portanto, tendo em relevância essas considerações sobre o cenário da pesquisa, justificamos a escolha dos referidos serviços como cenário de estudo do nosso trabalho.

4.2 Apontamentos sobre as técnicas de pesquisa.

No âmbito das pesquisas qualitativas em ciências sociais geralmente trabalha-se com objetos de natureza complexa e multidimensionais, a escolha das técnicas de pesquisa é algo que exige atenção. Nesse sentido, não havendo sobreposição das técnicas sobre o objeto de estudo, dos objetivos e até mesmo sobre o método.

Os instrumentos de pesquisa em Ciências Sociais nos devem permitir questionar determinada realidade social, em busca de seu sentido, estabelecendo mediações entre os conceitos e as técnicas (ALVES, 2008). O sentido buscado no fenômeno social investigado, no caso de nossa pesquisa, é construído e reconstruído pelos discursos dos profissionais a partir da mediação que estes estabelecem com o contexto onde desenvolvem suas práticas, em interação uns com os outros e com sua própria visão de mundo.

Os discursos têm a capacidade de nos colocar em contato com o universo de valores culturais e sentidos que os sujeitos manifestam em suas relações sociais que influenciam e

determinam sua interpretação sobre determinado tema, aplicado em cada contexto (ALVES, 2008).

Desta maneira, considerando o nosso objetivo em compreender o conjunto desses sentidos, elegemos como técnica de pesquisa o grupo focal e a entrevista semiestruturada. O grupo focal tem ganhado relevância no âmbito das Ciências Sociais e tem se destacado como uma valiosa técnica de recolha de material.

Definimos o grupo focal na acepção de Neto, Moreira e Sucena (2002, p.5) como:

Uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.

A vantagem de se trabalhar com grupos focais reside no fato de se analisar a “fala” dos participantes numa reflexão, simultânea, sobre conceitos, problemas, questões e temas. Vale destacar, que a fala que se analisa é um fala em interação, em debate num grupo específico, o que para nosso objetivo se reveste de grande utilidade. A discussão do grupo nos coloca em contato com uma realidade “coletiva” construída por meio dos consensos e dos conflitos que os participantes estabelecem entre si, e sobre os temas em debate.

Por outro lado, a entrevista, enquanto técnica de recolha de informação, também nos fornece um contato com a realidade mediatizada pelo sujeito, nos oferecendo sua reflexão pessoal, suas observações e interpretações, agora longe do alcance do grupo. Essa característica foi considerada a principal potencialidade da entrevista semiestruturada ao nos fornecer uma informação objetiva sobre determinada questão, mas mediada pelo crivo dos sujeitos, com todos os sentidos partilhados em seu contexto de atuação, sua visão de mundo, valores e crenças. A entrevista consiste na descoberta dos sujeitos que procuramos entender e como ele vivencia o objeto de análise em seu contexto de trabalho.

Nos próximos itens descrevemos o processo empregado para a construção desses instrumentos, sua validação, sua aplicação e posterior análise.

4.2.1 Construção do Grupo focal

A nossa preocupação inicial com o uso de grupos focais foi definir a logística da aplicação da técnica, em termo de etapas, recursos, equipe e ferramentas tecnológicas para posteriormente estabelecermos o seu roteiro.

Assim, decidimos elaborar um protocolo para a realização dos grupos focais a partir do estabelecido pelos autores que defendem o uso da técnica (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; NETO, 2002; MINAYO; ASSIS; SOUSA, 2005).

Foi estipulada a realização de uma sessão de grupo focal em cada serviço, com participação de até 12 pessoas, todos profissionais de nível superior dos serviços investigados.

Assim elaboramos o seguinte roteiro processual para o desenvolvimento dos grupos focais:

QUADRO 18 - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAL

Etapa	Descrição
Introdução	Apresentação dos objetivos do estudo e apresentação dos participantes.
Construção do entendimento	Introdução de uma pergunta-chave para iniciar a discussão e estabelecer um reconhecimento entre o pesquisador e o grupo
Discussão profunda	Introdução de questões mais diretivas que se relacione com os objetivos do estudo
Conclusão	O pesquisador sintetiza a discussão do grupo e os participantes esclarecem ou confirmam as informações.

Fonte: adaptado pelo autor a partir do protocolo de aplicação de grupos focais em Neto (2002).

Definiu-se também uma equipe de apoio para facilitar o processo de execução do grupo. A equipe de apoio assumiu três funções do processo de condução do grupo focal: um relator, um observador e um operador de gravação. A função do mediador foi exercida pelo pesquisador.

Após a definição dessas etapas e da equipe de apoio, e em face aos objetivos da pesquisa, o roteiro foi construído tendo como preocupação de não condicionar os participantes para o discurso fechado no tema central do trabalho. Portanto, estabelecemos que a primeira questão estivesse relacionada com o atendimento em saúde mental realizado pela equipe dos serviços, o que foi definido como uma questão de **construção de entendimento** para todos os grupos.

O termo *intersetorialidade* não foi utilizado em nenhuma das questões embora fosse esperada na discussão a ocorrência da palavra, ou das características atribuídas ao termo. Acreditamos que o uso do termo poderia condicionar os discursos para respostas mais fechadas em consonância com o debate que já é bastante conhecido no âmbito da saúde mental. Assim, resolvemos explorar os conceitos sobre a *intersetorialidade* mais diretamente nas entrevistas.

A partir da análise bibliográfica prévia sobre a temática, ainda na fase de elaboração do projeto, foram definidas algumas direções para as demais perguntas. Identificamos na análise bibliográfica a recorrência à interdisciplinaridade como categoria que se relacionava diretamente com a intersetorialidade, bem como a formação das equipes multiprofissionais. Desse modo, resolvemos que a segunda questão se relacionaria com as atribuições da equipe dentro do serviço, ou seja, como estava organizado o trabalho coletivo, pautado em equipes multiprofissionais.

Diante da constatação na análise bibliográfica da incorporação da intersetorialidade como um dos princípios da reforma e da política de saúde mental, resolvemos que a terceira questão versaria sobre o entendimento do grupo sobre a relação das atividades realizadas com os princípios da reforma psiquiátrica.

Partindo da compreensão de que as ações de saúde precisam dar resolutividade às demandas de seus usuários, as quais são de natureza complexa e não podem ser equacionadas no âmbito de um único serviço ou de uma única política, resolvemos questionar o grupo sobre a forma de encaminhamento dessas demandas no âmbito de suas práticas.

Outro aspecto, que procuramos ressaltar foi o evidente preconceito que os usuários da saúde mental sofrem tanto no âmbito do convívio social quanto nos próprios serviços de saúde. Resolvemos, assim, introduzir uma questão que indagasse do grupo sobre sua percepção da população usuária dos seus serviços.

Pensadas dessa forma, passamos para um piloto desse roteiro, realizado com um grupo de profissionais de saúde na ocasião de uma oficina realizada na UFPB no final do ano de 2013. Após a análise dessa aplicação preliminar, definimos apenas a pergunta **de construção de entendimento** e as demais questões foram sendo construídas no decurso da sessão do piloto, obviamente, seguindo as diretrizes estabelecidas.

Na análise do piloto, a questão introdutória funcionou muito bem na medida em que deixou os participantes bastante desenvoltos, tendo em vista o julgamento deles que era uma questão fácil que versava basicamente sobre os atendimentos do serviço. No decurso da sessão deixamos o grupo expor suas interpretações sobre o atendimento e quando se esgotava a discussão era introduzida uma nova pergunta. Todavia, as questões não funcionavam em sequência, pois naturalmente o grupo induzia uma questão, que não era aquela prevista pelas diretrizes. Portanto, ficou claro que as perguntas não seguiriam uma ordem, mas acompanharia o fluxo da discussão.

As questões sofreram um leve ajuste em sua formulação e procuramos também estabelecer alguns objetivos para cada uma delas, como foi descrito por alguns autores da temática. Assim, as questões ficaram definidas da seguinte forma:

QUADRO 19 - QUESTÕES E OBJETIVOS DO GRUPO FOCAL

Questão	Objetivos
Como é realizado o atendimento no serviço?	• Identificar a organização da equipe; • Verificar se as características atribuídas à intersectorialidade são mencionadas; • Verificar o estabelecimento de rotinas para além do prescrito nas portarias.
Quais são as atribuições da equipe?	• Conhecer a dinâmica da organização das equipes; • Verificar a existências de fragmentação do trabalho; • Perceber as diferenças entre atividades de campo e de núcleo.
Como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe?	• Verificar o estabelecimento de parcerias entre equipes e entres serviços; • Identificar a construção de ações ou arranjos intersectoriais.
Qual a relação do atendimento realizado com os princípios da reforma?	• Identificar os princípios da reforma conhecidos pela equipe; • Verificar o estabelecimento da relação entre intersectorialidade e os princípios da reforma.
O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram	• Identificar possíveis estigmas sobre o indivíduo com transtorno mental e sua relação com as condições

atendimento nos serviços de saúde mental?	socioeconômicas; • Verificar como os usuários são tratados nos demais serviços da rede de saúde mental.

Fonte: Elaboração do autor.

No entanto, o estabelecimento dessas questões não as tornou engessadas, na medida em que o grupo, a partir do desenvolvimento da discussão sugeriu outras questões, bem como o próprio mediador na fase de aprofundamento, fez perguntas de esclarecimentos e outras que considerou pertinente para o entendimento dos sentidos produzidos pela discussão.

Assim, foram realizados quatro grupos focais nos serviços delimitados para esta pesquisa, sendo cada sessão registrada em dois formatos de mídia: gravação do áudio, (utilizando o *App* Gravador para *iPhone*) e gravação em vídeo (utilizando o recurso câmera/vídeo do *iPad*).

Após cada sessão o material foi revisto na íntegra, para verificar qualquer problema que inviabilizasse o uso do arquivo, fazendo-se também a verificação das cenas/imagens com os registros do relator.

Os arquivos foram transcritos na íntegra com suporte do software *Nvivo10* e depois arquivados para posterior análise.

4.2.2 Construção das Entrevistas

Em face aos objetivos do estudo, o roteiro da entrevista semiestruturada foi construído a partir das dimensões de desenvolvimento da intersectorialidade identificadas em nossa análise bibliográfica. Subjacente a essas dimensões utilizamos posteriormente na análise do material às características atribuídas à intersectorialidade e seu desenvolvimento a partir do estabelecido em nosso modelo explicativo. Então, cada entrevista integrou quatro domínios de análise:

1) *Compreensão sobre a intersectorialidade*: questões que procuraram verificar as principais percepções dos profissionais sobre o termo e as correlações construídas com outros temas;

2) *Dimensão política*: questões que exploraram a relação da intersectorialidade com a política de saúde mental de modo geral e particular. Procurou-se identificar os espaços políticos de pactuação, articulação e integração no âmbito da gestão local da saúde mental. Levamos em consideração nesse domínio às características atribuídas à dimensão política em nossa análise bibliográfica.

3) *Dimensão técnica*: procurou-se compreender as relações que se estabeleciam entre os profissionais e as políticas por meio das atividades técnicas e como essas atividades se relacionavam com os princípios da reforma.

4) *Dimensão profissional*: questões que analisaram os conhecimentos dos profissionais, entendidos como representantes do saber de seu núcleo profissional, sobre os objetivos da política, do serviço em que atuavam e dos modos de vivenciar sua prática profissional.

Dentro de cada um dos domínios de análise foram estabelecidas previamente algumas perguntas, de modo a sintetizar os objetivos do estudo, e também contemplar os resultados da análise bibliográfica. No entanto, o roteiro foi sendo estruturado no decurso do piloto a partir da identificação de discussões que os profissionais traziam na ocasião da entrevista que indicavam a relevância de sua compreensão para os objetivos desse trabalho.

Após a análise da entrevista-piloto, o quadro de questões em cada um dos domínios foi ampliado, em decorrência da incorporação dessas discussões mencionadas, delimitando assim o roteiro prévio da entrevista. Desta feita, definimos as questões para o roteiro dentro dos domínios do estudo:

QUADRO 20- ROTEIRO DE ENTREVISTA PRÉ-ESTABELECIDO

Domínio de análise	Questões	Objetivos
<i>Compreensão sobre a intersectorialidade</i>	O que você entende por intersectorialidade?	- Analisar a percepção de intersectorialidade utilizada pelos profissionais de saúde mental e quais mecanismos das redes assistenciais eles utilizam; - Identificar a
	Qual a importância da intersectorialidade para o campo da Saúde Mental?	
	Qual a importância da intersectorialidade para o trabalho em rede?	
	Como os usuários da saúde mental são beneficiados por uma prática profissional intersectorial?	

		relação que os profissionais fazem entre a intersectorialidade e o trabalho em rede;
<i>Dimensão política</i>	Qual sua opinião sobre a relação da Política de Saúde Mental com a intersectorialidade?	• Analisar a percepção sobre a dimensão política da intersectorialidade no campo da saúde mental. • Identificar ações intersectoriais no âmbito político
	O tema da intersectorialidade é pauta nas discussões da Política de Saúde Mental no município? Em caso afirmativo em que espaços você presenciou/participou dessas discussões?	
	Existem canais de comunicação do serviço com outros setores dentro da rede de saúde? Em caso afirmativo enumere esse canais.	
	Em sua opinião, quais os principais espaços políticos de pactuação no âmbito da Gestão da Política de Saúde Mental com características intersectoriais?	
<i>Dimensão técnica</i>	Quais as políticas setoriais ou serviços mais acionadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental?	• Examinar o processo de construção da intersectorialidade nos serviços a partir das percepções dos profissionais. • Identificar a construção de arranjos ou ações intersectoriais.
	Como é feita a articulação das ações de saúde mental com os demais serviços da rede?	
	Como é feita a articulação com as redes de apoio social?	
	Quais os princípios da Reforma Psiquiátrica que em sua opinião são efetivados a partir das práticas desenvolvidas no serviço?	
	Em sua opinião, como a prática intersectorial é vivenciada pela equipe?	
<i>Dimensão profissional</i>	Como a sua profissão absorve a discussão em torno do tema da intersectorialidade?	• Identificar como os profissionais constroem suas percepções sobre a intersectorialidade a partir do seu núcleo profissional; • Perceber o entendimento dos profissionais sobre os objetivos profissionais e institucionais. • Identificar que o tipo de relação que os profissionais constroem para a efetivação do cuidado que ofertam.
	Quais os seus objetivos de atuação profissional junto ao serviço?	
	Quais os objetivos institucionais do CAPS que você conhece? Em sua opinião esses objetivos são efetivados?	
	Quais as categorias profissionais em sua opinião favorece um trabalho interdisciplinar?	
	Como você procede quando uma demanda atendida por você exige que outros setores sejam acionados?	
	Quais as dificuldades ao encaminhar um usuário de saúde mental para atendimento na rede de serviços de saúde?	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todavia, o roteiro foi sendo reestruturado no momento de aplicação das entrevistas, através da inserção de novas questões para aprofundar a compreensão de determinados assuntos e colocações que surgiram no decorrer do estudo. Assim, a entrevista buscou

evidenciar o modo de produção dos sentidos em torno dos conteúdos expressos pelos entrevistados a partir das questões.

O convite para a entrevista foi feito a todos os participantes dos grupos focais realizados em cada serviço, contando apenas com a disponibilidade dos mesmos em participar do estudo. As entrevistas foram realizadas nos serviços onde os participantes encontravam-se lotados, marcados na hora e data escolhidos pelos mesmos.

Assim, foram realizadas 14 entrevistas distribuídas pelos serviços conforme o Quadro 21.

QUADRO 21 ENTREVISTAS REALIZADAS

Serviço	Número de Entrevistas	Número de entrevistas/profissão
CAPS ad David Capristano	03	02- Psicologia 01- Serviço Social
CAPS III Caminhar	03	01- Psicologia 01- Serviço Social 01- Enfermagem
CAPS i Cirandar	04	01- Enfermagem 01- Psicologia 02- Serviço Social
PASM	04	01- Enfermagem 01- Médico 01- Psicologia 01- Serviço Social

Fonte: Elaboração do autor.

Para as entrevistas utilizamos apenas o recurso da gravação de áudio por meio do *App Gravador* para *iPhone*. Após cada entrevista o arquivo gerado foi verificado na íntegra para identificar possíveis falhas que pudessem comprometer o processo de transcrição. Posteriormente, os arquivos foram transcritos na íntegra com suporte do software *Nvivo10* e arquivados para posterior análise.

4.2.3 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído de forma a caracterizar os participantes do estudo do ponto de vista das variáveis sociais, e de algumas variáveis de cariz demográfico e cultural. Por outro lado, inserimos no referido instrumento questões que pudessem identificar um perfil de atuação profissional a partir da inferência sobre as áreas de especialização, no processo de capacitação continuada, e na identificação de conteúdos sobre intersectorialidade em suas formações. Inserimos também uma questão em que os participantes deveriam definir seu engajamento no campo da saúde mental a partir de três tipos extraídos da análise do material bibliográfico.

Assim, ao final do questionário os participantes teriam que assinalar (caso houvesse alguma identificação com a descrição) os seguintes tipos:

- 1) *Trabalhador de saúde mental*: pressupõe envolvimento com as questões e discussões relativas ao campo da saúde mental;
- 2) *Trabalhador e militante*: além do envolvimento com a discussão do campo envolve-se no movimento pela reforma e compartilha dos seus princípios;
- 3) *Profissional de saúde*: considera-se apenas o desenvolvimento de suas competências técnicas (relativas ao núcleo profissional) sem envolvimento com as discussões do campo e com o movimento pela reforma.

As demais informações foram relativas às variáveis demográficas (sexo; faixa etária; religião; cor; estado civil) e às variáveis sociais (formação acadêmica; renda; tipo de vínculo institucional; condições trabalhistas e carga de trabalho).

Os questionários foram distribuídos na ocasião da realização dos grupos focais para todos os participantes e em todos os serviços, com preenchimento autoexplicativo.

Com a realização dos grupos focais foram distribuídos 38 questionários entre os serviços, porém apenas 30 questionários foram devolvidos preenchidos. Dos questionários preenchidos não tivemos perda de informação. Todos os itens foram respondidos e posteriormente as respostas foram tabuladas e registradas no *software SPSS statistics 22* para posterior análise.

4.3 Análise e interpretação dos dados

A pesquisa produziu um grande volume de informação que tem que ser tratada, analisada e interpretada. Considerando a estratégia de triangulação de métodos o processo de análise compreende a última etapa da pesquisa, e se reveste de certo grau de complexidade, pois deverá ocorrer a triangulação entre as abordagens qualitativas e quantitativas bem como a confrontação com as técnicas de pesquisa que foram delimitadas para este estudo.

O tratamento quantitativo adotado foi o estatístico descritivo por fornecer um conjunto de procedimentos que auxiliam a definição das características do grupo estudado e a possibilidade de estabelecer comparações. Os dados foram combinados e agrupados a partir da decodificação das respostas do questionário estruturado e organizados em quadros e tabelas.

Fizemos o tratamento qualitativo das informações recolhidas com os quatro grupos focais realizados por meio de uma análise sistemática a partir da organização dos discursos produzidos nas sessões dos grupos em categorias temáticas. Organizamos as informações recolhidas e a categorização por cada questão para depois estabelecer comparações entre as discussões nos diferentes grupos.

As entrevistas foram transcritas e organizadas a partir dos domínios de análise estabelecida pelo roteiro. Procedemos à identificação das categorias temáticas que emergiam dos discursos e da introdução das categorias definidas em nosso modelo explicativo para a intersectorialidade. A técnica de análise adotada para os dados qualitativos foi análise de conteúdo categorial temática de Bardin (2009) que utilizamos para a identificação das categorias centrais emergentes. Utilizamos para esse processo o software *Nvivo10* para organização das informações, identificação dos conteúdos e categorização dos discursos.

Portanto, apresentaremos nas próximas subseções os procedimentos adotados para a análise dos dados qualitativos tendo como referência a análise de conteúdo e a utilização do referido software.

4.3.1 Alguns apontamentos sobre a Análise de Conteúdo.

De acordo com Campos (2004), no universo das pesquisas qualitativas os métodos de análise dos dados devem abordar o conjunto de informações produzidas no período da coleta

a partir de um olhar multidimensional, que dê conta da pluralidade de significados presente nos discursos dos sujeitos. Nesse sentido, para aquele autor as pesquisas qualitativas têm utilizado a análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas cujo objetivo é buscar ou desvelar os sentidos presentes nos documentos.

Guerra (2008) afirma que no âmbito da abordagem compreensiva a técnica de análise de conteúdo tem sido largamente utilizada por se adequar aos objetivos e funções desse tipo de abordagem. Assim, os resultados da análise de conteúdo devem refletir os objetivos da pesquisa, tendo como apoio os sentidos manifestos nas comunicações (FRANCO, 1986).

Adequada para uma abordagem compreensiva da realidade social, a técnica de análise de conteúdo aplicada a esse âmbito de pesquisa não deve ser vinculada estritamente ao texto ou a técnica, mas sim buscar nos enunciados a identificação dos sentidos, um esforço da capacidade indutiva do pesquisador que interpreta as informações levando em consideração o contexto onde os discursos são produzidos com inferência do contexto histórico de análise (GUERRA, 2008; CAMPOS 2004).

Desta feita, passamos adotar as seguintes fases da análise de conteúdo, de acordo com o esquema proposto por Bardin (2009), mas adequado aos nossos objetivos e abordagem adotada para este trabalho.

Vale destacar, que todos os autores estudiosos da técnica consultados estabelecem algum tipo de esquema para aplicação da análise de conteúdo, no entanto demonstram que os esquemas não são rígidos, o que permite ao pesquisador sempre retornar a uma fase anterior (do esquema) para rever os enunciados e suas interpretações. Observamos também que os termos utilizados para definir cada uma dessas fases e etapas mudam para cada autor, mas permanecem em consonância com as definições de Bardin (2009) para técnica.

De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo se processa em duas fases: 1) decomposição do texto e identificação das unidades de codificação; 2) inferência que consiste numa fase de extrair o sentido, as consequências e os efeitos das mensagens. Cada uma dessas fases compreendem algumas etapas.

Portanto, definimos o processo de análise nessas duas fases, a partir das seguintes etapas:

1) *Etapa exploratória do material*: nesta fase procedemos com a leitura flutuante do material transcrito (grupo focal e entrevistas) no ambiente de trabalho do software *Nvivo10*. A leitura flutuante tem por objetivo estabelecer as primeiras impressões do material e

perceber as tensões, mensagens e sentimentos que o texto carrega, sem, no entanto estabelecer nenhuma categorização. As impressões sobre o material nessa primeira leitura foi sendo registrada pelo recurso *memo do Nvivo10* e vinculadas ao fragmento do texto que despertou a ideia destacada.

2) *Etapa de exploração indutiva*: essa fase tem por objetivo identificar as unidades de análise. As unidades de análise são fragmentos dos discursos que podem ser expressos em frases, sentenças, e até mesmo palavras que despertam no pesquisador a indução de um determinado tema. Essa fase consiste num processo dinâmico de indução para as mensagens explícitas e para os significados implícitos no texto. Essa identificação também leva em consideração as questões de pesquisa do estudo, os objetivos, e os conceitos que foram estabelecidos pela abordagem teórica adotada. Essa fase foi processada no ambiente de trabalho do *Nvivo10*, na inserção de alguns conceitos por meio do comando específico para esse fim e também na identificação de temas que podem ser ligados uns aos outros por meio do programa.

3) *Etapa de categorização e subcategorização*: após a identificação das unidades de análise passamos para a fase de categorização que consiste em caracterizar as unidades em grandes enunciados, categorias, que englobam um conjunto variado de temas de acordo com o grau de proximidade. Por meio da análise dessas categorias foi possível extrair significados e elaborações de acordo com o objetivo do estudo. Como a categoria consiste num grande enunciado que abarca um conjunto de temas, foi possível estabelecer dentro de cada categoria subcategorias que reúnem determinados processos, tensões e visões distintas sobre o mesmo tema. Essa etapa também foi realizada no ambiente do *Nvivo10* com o comando *codificar em nós* que permite a criação de uma árvore de categorias, ligando suas definições aos conceitos introduzidos no sistema, aos fragmentos selecionados, e aos *memos* produzidos.

Cumpridas essas etapas, passamos para a fase de *inferência*, que de acordo com Bardin (2009) consiste na passagem da descrição para a interpretação. Para Campos (2004) produzir inferência é a razão de ser da análise de conteúdo, pois confere ao método relevância teórica, implicando estabelecimento de comparações das informações, inferências com outros conteúdos, superando a descrição pura e simples. Campos (2004) argumenta que um dado de uma comunicação é sem valor, até que seja vinculado a outro e essa ligação representada e explicada conceitualmente por uma teoria. Portanto, produzir inferência significa não só atribuir significado ao conjunto dos dados organizados e categorizados, mas sim fundamentá-los em pressupostos teóricos, com as condições produzidas nos diversos contextos em que se

desenvolvem os produtores dos discursos (CAMPOS, 2004; FRANCO, 1986; GUERRA, 2008).

Portanto, nessa fase houve a inferência de conhecimentos produzidos pelo campo de análise e nas condições de produção e reprodução dos discursos, em seus aspectos objetivos, subjetivos, culturais e simbólicos.

Esse momento de inferência nos possibilitou ir além das descrições das falas e buscar o sentido por trás dos enunciados, nesse sentido tratou-se de delimitar as ideias que estão implícitas nos produtos levantados. A partir dessa fase os dados foram agrupados de acordo com as “novas” categorias presente nos discursos. Ainda nesse momento preservou-se a importância de perceber o *habitus* e vínculos que se estabelecem entre os sujeitos que delimitam aproximação com seu campo de atuação e a produção de significados como lembra Bourdieu.

Por fim, denominamos de terceira fase dessa pesquisa, a associação da interpretação produzida a partir da análise de conteúdo dos grupos focais e das entrevistas com o modelo explicativo produzido em nossa análise bibliográfica. Essa associação nos permitiu avançar com algumas proposições conceituais potencialmente explicativas do fenômeno estudado.

Para abordagem compreensiva adotada e tendo em vista a estratégia de triangulação, cruzamos a diversidade de informações produzidas que foram analisadas por categorias e temas, na produção de uma síntese, que nos permitiu identificar alguns tipos ideias (modelos) de processamento da intersectorialidade no âmbito das práticas de cuidado em saúde mental e no âmbito político da gestão.

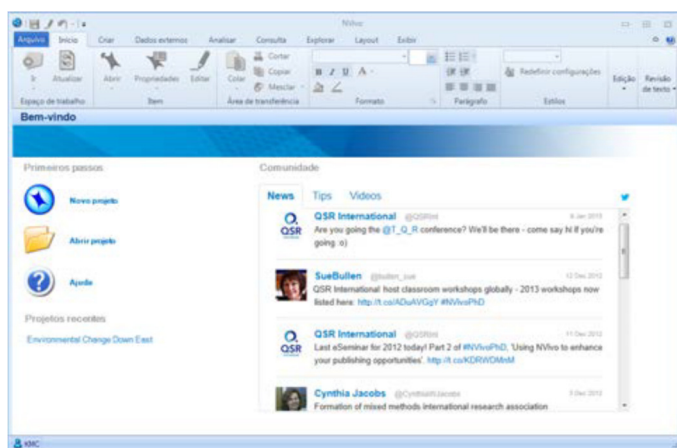
Assim, nessa interpretação substituímos a multiplicidade do real (expressa nas dimensões e na variabilidade do material produzido), pelas relações compreensivas, ou seja, interpretações da realidade que possibilite estabelecer um entendimento para além do nosso objeto de estudo (GUERRA, 2008; ALVES, 2008). Salientamos que a construção desses tipos ou modelos não existe na realidade, mas constituem-se em instrumentos para se compreender a realidade.

4.3.2 Notas sobre a utilização do software *Nvivo 10*.

O *Nvivo10* é um software de pesquisa indicado para pesquisadores de diferentes áreas que trabalham com análise de dados qualitativos estruturados e não estruturados como entrevistas, grupos de discussões, anotações de campo, artigos científicos, vídeos e páginas da internet. O *Nvivo10* não enfatiza nenhum método de pesquisa em particular, ele apenas auxilia na transcrição, organização, edição, categorização e codificação dos dados, como também pode identificar a frequência ou ocorrência de palavras e sentenças (GREGORIO, 2003). Para Welsh (2002) o *Nvivo* facilita o processo de categorização e auxilia na construção de um quadro geral e confiável dos dados.

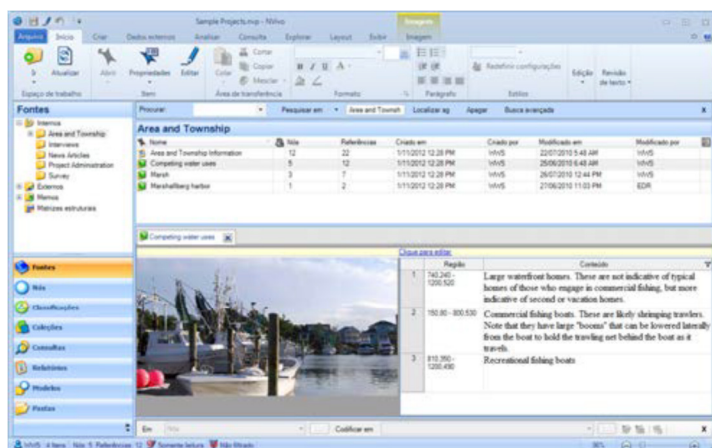
No entanto, se faz necessário falar de algumas das funcionalidades do programa para detalhar o tratamento dado ao material coletado com o apoio do software. Assim, inicialmente apresentamos a tela inicial do programa conforma a Figura 10.

FIGURA 10 VISUALIZAÇÃO DA TELA INICIAL DO NVIVO10



Fonte: Manual do utilizador (2014).

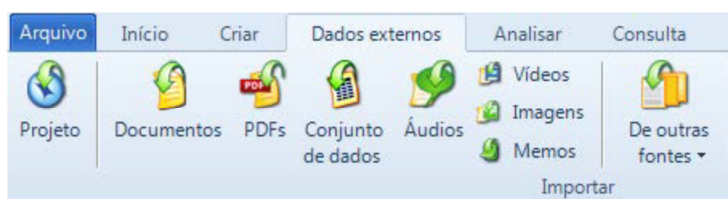
Como forma de facilitar o detalhamento das etapas do estudo realizado com o apoio do *Nvivo10*, apresentamos a Figura 11 para visualizar o ambiente de trabalho do *software*.

FIGURA 11 AMBIENTE DE TRABALHO DO NVIVO10

Fonte: Manual do utilizador (2014).

Assim, descrevemos o ciclo de inserção de dados no programa de acordo como indicado pelo manual do utilizador.

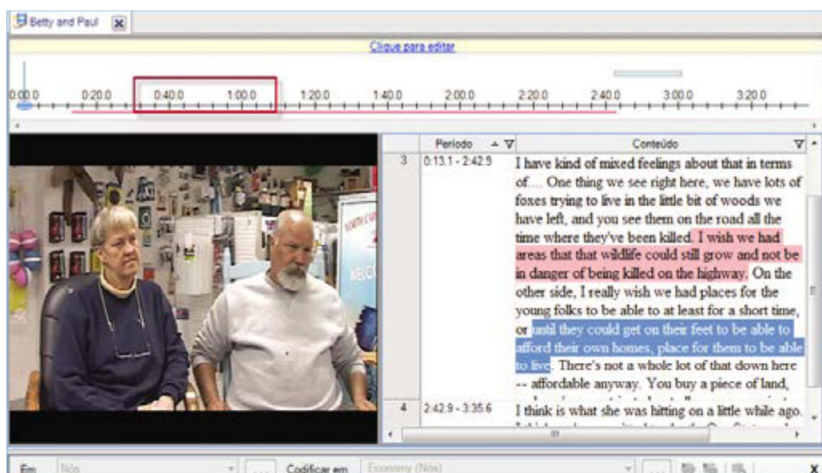
Inicialmente procedemos com a importação do material para o ambiente de trabalho do software. No nosso caso, introduzimos os arquivos de áudio das entrevistas e os arquivos de vídeo dos grupos focais, utilizando uma ferramenta na aba do sistema de “dados externos”, conforme a Figura 12:

FIGURA 12 ABA PARA IMPORTAÇÃO DE DADOS EXTERNOS NVIVO10

Fonte: Manual do utilizador (2014).

O processo de transcrição foi feito no ambiente do *Nvivo10*, onde é possível ouvir a gravação ao passo que fazíamos a transcrição em um documento dentro do sistema. As transcrições eram associadas ao áudio, assim, ao clicar numa frase ou enunciado já transcrito ouvia-se a gravação correspondente. O mesmo processo foi empregado para a transcrição dos vídeos dos grupos focais, quando pudemos identificar os participantes por faixas coloridas ao passo que íamos transcrevendo o desenrolar da discussão, conforme exemplo na Figura 13:

FIGURA 13 EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE VÍDEO



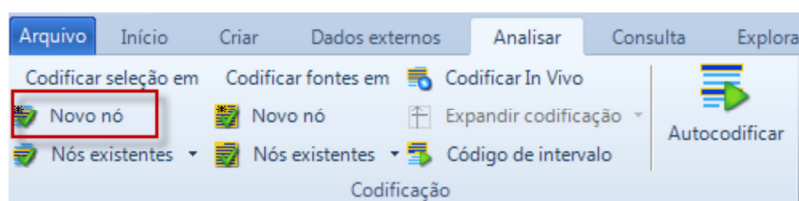
Fonte: Manual do utilizador (2014).

Após a transcrição, o material foi organizado em pastas identificadas pelo nome do serviço onde ocorreram as gravações. Esse processo de organização é realizado na aba organização das fontes.

Após a organização passamos à fase de explorar o material, nessa fase empreendemos a leitura flutuante conforme o método de análise de conteúdo. Na medida em que realizávamos a leitura, fomos registrando as nossas impressões nos *memo*. O *memo* é uma espécie de diário em que o pesquisador registra as suas impressões sobre o material e pode ser vinculado com algum enunciado e utilizado para uma análise posterior.

Em seguida passamos para a fase de *Codificação*, que no ambiente de *Nvivo10* denomina-se *codificação em nó*. O nó pode corresponder a uma categoria ou tema, de acordo com a descrição da sua finalidade dada pelo pesquisador, ou seja, podemos criar um nó apenas para organizar temas ou criar um nó enquanto uma categoria que reúne um conjunto de enunciados sobre determinado tema.

FIGURA 14 ABA PARA CRIAÇÃO DE NÓ NVIVO10



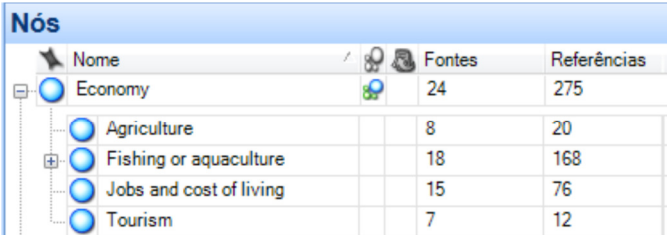
Fonte: Manual do utilizador (2014)

Nessa fase atuamos de duas maneiras: 1) Criamos alguns nós correspondentes às categorias do estudo, conforme delimitamos em nosso modelo explicativo, e procuramos identificar os enunciados correspondentes; 2) Criamos nós a partir da emergência de temas extraídos dos discursos, tanto das entrevistas quanto dos grupos, que numa segunda fase de codificação foram transformadas em categorias.

Os *nós* podem funcionar como grandes categorias e podem ainda ser desdobrados em *subnós* ou subcategorias. Os *subnós* foram criados dentro de cada categoria para dar evidência a processos particulares na abordagem dos temas pelos participantes como opiniões fortes, tensões, tendências e diferentes abordagens sobre o tema.

Ao codificar os fragmentos dos discursos em nós, o *Nvivo10* organiza-os em árvores, de acordo com a disposição dada pelo pesquisador, e identifica o número de fontes que foram codificadas (arquivos gerados nas transcrições) e o número de referências (fragmentos) codificados naqueles nós, conforme exemplo na Figura 15:

FIGURA 15- EXEMPLO DE NÓS EM ÁRVORE



Nome	Fontes	Referências
Economy	24	275
Agriculture	8	20
Fishing or aquaculture	18	168
Jobs and cost of living	15	76
Tourism	7	12

Fonte: Manual do utilizador (2014)

Após a categorização, passamos a fase de consultar o banco codificado no *Nvivo10*. Podemos fazer várias consultas: frequência de palavras e sentenças de acordo com sua extensão, consultar o conteúdo codificado em todos os nós, relacionar os nós entre si e produzir gráficos e tabelas.

Na etapa denominada de *Refletir* podemos rever todo o material codificado em cada nó, e verificar sua correlação com o nó correspondente, podemos fazer nova categorização, excluir, ou simplesmente associar o conteúdo dos nós com textos ou artigos científicos que foram exportados para o ambiente de trabalho.

Em *Visualizar*, podemos fazer pesquisas por temas ou palavras e verificar com as pessoas se referiram sobre esse tema. É possível também visualizar a árvore de categorização com todas as suas ligações.

Em gravar foi possível registrar as informações dos pesquisadores e a gravação de todas as consultas e categorizações realizadas nos documentos (fontes).

Deste modo, a utilização do *Nvivo10* nos auxiliou na organização e categorização das informações produzidas pelas entrevistas e nos grupos. Utilizamos as ferramentas disponíveis no software, mas adequando suas funcionalidades às etapas da análise de conteúdo conforme delimitamos para esse estudo. A fase de inferência foi construída sobre o material categorizado e sistematizado produzido com o auxílio do *Nvivo10* e já descritas no decorrer desse trabalho.

Assim, nos próximos capítulos apresentamos a análise do material empírico de nossa pesquisa, resultado do percurso metodológico adotado.

CAPÍTULO 5

5 POR DENTRO DO INVÓLUCRO: modelos, arranjos e parcerias nos contextos das práticas de cuidado nos grupos analisados

Neste capítulo, damos início à análise dos dados empíricos produzidos em nossa pesquisa de campo. Assim, de posse do nosso modelo explicativo para a intersectorialidade, construído em nossa pesquisa bibliográfica, passamos a olhar para os nossos dados, considerando os principais conceitos estabelecidos em nosso modelo.

No entanto, antes de adentrarmos no universo dos sentidos produzidos pelos profissionais, apresentamos o perfil das equipes que participaram do estudo. Privilegiamos as variáveis que mais se relacionavam com a formação acadêmica e com as condições de trabalho, pois entendemos que estas variáveis interferem diretamente na organização do trabalho em equipe e nas concepções sobre a construção da intersectorialidade.

Em seguida, apresentamos a análise dos grupos focais realizados em cada serviço conforme o roteiro preestabelecido. Os dados foram organizados e analisados por questão de acordo com o protocolo para o grupo focal descrito em nossa metodologia.

Neste momento, cabe retomarmos os objetivos do trabalho que se concretizam na análise produzida com suporte do nosso modelo interpretativo. Assim, o presente capítulo tem por objetivo: examinar o processo de construção das ações intersectoriais; compreender a organização do trabalho em equipe e verificar a relação entre os princípios da reforma psiquiátrica e o cuidado produzido.

O Capítulo foi estruturado em cinco seções: na seção 5.1, apresentamos a análise do perfil das equipes; e da seção 5.2 a seção 5.5 está a análise dos grupos focais realizada em cada serviço.

5.1 Perfil dos profissionais da rede de saúde mental

Nesta seção, apresentamos a análise dos dados coletados por meio do questionário sociodemográfico. Os questionários foram aplicados na ocasião da realização dos grupos focais e tiveram o preenchimento autoexplicativo sem interferência do pesquisador. Ao final

de cada grupo, recebíamos os questionários preenchidos. No total, obtivemos 30 questionários e todos com 100% de aproveitamento das informações.

Achamos pertinente descrevermos e analisarmos algumas das variáveis dos questionários antes de procedermos à análise dos grupos, pois consideramos que conhecer as características desses profissionais favorece a interpretação dos discursos. O cruzamento das informações coletadas por meio dos questionários com as concepções que emergiram nas discussões nos permitiu identificar as estruturas em que se inserem os comportamentos e as opiniões dos indivíduos. Contudo, não pretendemos, com esta caracterização, buscar as regularidades das respostas ou comparar com dados nacionais ou de tendência demográfica, mas sim a busca pelos significados das respostas e as estruturas que a compõem. Elegemos também algumas variáveis como mais significativas para a análise do nosso objeto de estudo.

Com relação à variável *sexo*, observamos que a maioria dos participantes é do sexo feminino com frequência de 76,7 % (23) e do sexo masculino com 23,3% (07). Esse percentual demonstra um tema já bastante discutido no âmbito das ciências humanas e da saúde: a feminização de determinadas carreiras e profissões. Estudos sobre o gênero e sobre a sociologia das profissões têm demonstrado essa relação a partir de vários enfoques e teorias. Na saúde, essa proporção acentuada de mulheres em relação ao número de homens pode ser explicada como uma tendência de feminização da força de trabalho do setor saúde a partir da década de 1990, quando se estimava que esse gênero já correspondia a 70% dos profissionais de saúde (BROTTO, 1998).

No tocante à faixa etária, a maioria dos participantes se encontra na faixa dos 31 a 40 anos com 43,3% (13) de frequência, seguidos pelos profissionais que se encontram na faixa dos 20 a 30 anos e dos 41 a 45 anos, cada uma com 23,3% (7) de frequência. Os profissionais na faixa dos 50 a 60 anos representam 10% (3) do total.

Com relação à distribuição por formação profissional, identificamos que a maioria dos participantes tem formação em Psicologia com 46,7% (14) de frequência, seguidos pelos profissionais com formação em Serviço Social com 20 % (6), Enfermagem com 13,3% (4), Medicina e Farmácia, cada uma com 6,7% (2); e Educação física e Administração, cada uma com 3,3% (1) de frequência.

Observamos, no universo dos profissionais, uma predominância de participantes com formação em Psicologia na composição das equipes, seguidos pelos assistentes sociais.

Podemos explicar esse dado por duas ordens de fatores: uma decorre da própria estruturação do campo da saúde mental e a outra das regulamentações para o setor:

1) Forte relação que se estabeleceu historicamente entre as profissões da área “psi” (psicologia, psiquiatria e psicanálise) com os temas da saúde mental em virtude da proximidade desses núcleos profissionais com a abordagem dos transtornos mentais e da loucura que garantiu o espaço destas profissões dentro do campo. Vale salientarmos que essas profissões constituem-se “microcampos” que integram o recente campo da saúde mental.

2) A Portaria nº 336/02 que estabelece as modalidades dos CAPS define também a equipe mínima necessária para cada tipo de serviço. Em quase todas as modalidades (exceto a modalidade de CAPS III), há indicações de apenas um profissional médico (psiquiatra ou médico com formação em saúde mental) e de um enfermeiro por equipe, também com formação em saúde mental. Dependendo da modalidade do serviço, a equipe pode ser composta com mais três ou cinco profissionais de nível superior com formações variadas. De acordo com a Portaria, esses profissionais podem ser das seguintes categorias: Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Pedagogia ou outro profissional que atenda às demandas do serviço.

Diante do exposto, pode-se explicar o número considerável de psicólogos entre os participantes. Percebemos também que os assistentes sociais desempenham um papel importante na medida em que aproximam os demais profissionais para as manifestações da questão social na abordagem dos casos da saúde mental e na discussão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Com essas informações, produzimos a Tabela 2 que cruza essas duas variáveis:

TABELA 2 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Distribuição por sexo	Distribuição por formação profissional						
	Psicologia	Serviço Social	Enfermagem	Educação Física	Administração	Medicina	Farmácia
Masculino	5	0	1	1	0	0	0
Feminino	9	6	3	0	1	2	2
Total	14	6	4	1	1	2	2

Fonte: Dados Primários. Pesquisa de Campo (2014).

A Tabela 2 reforça a ideia da prevalência do sexo feminino em todas as profissões e a exclusividade em outras.

Ainda sobre a formação profissional, identificamos a natureza das instituições de formação. A maioria dos participantes é egressa de instituições privadas com 53,3% (16) de frequência, enquanto 46,7% (14) são de instituições públicas.

Sobre a pós-graduação, 70% (21) de frequência afirmam possuir uma pós-graduação, 13,3% (04) não possuem e 16,7% (05) afirmam que estão cursando algum tipo de pós-graduação. Dos que possuem pós-graduação e dos que estão cursando 83,3% (25) referem-se aos cursos de especialização, enquanto 3,3% (01) mestrado. Ainda dos que possuem ou cursam uma pós-graduação 63,3% (19) realizam em instituições privadas, enquanto 23,3% (07) em instituições públicas.

Observamos que, tanto na formação inicial quanto em nível de pós-graduação, há prevalência de instituições privadas de ensino. Sobre esta informação, podemos fazer algumas observações. A formação de nível superior no Brasil vem sofrendo importantes mudanças desde a segunda metade dos anos 1990. Para Ferreira e Oliveira (2012), essas mudanças estão ocorrendo em diversas regiões e em vários países do mundo atendendo, sobretudo, ao processo de reestruturação produtiva e a mundialização do capital. Ainda segundo os autores que analisaram a educação superior no Brasil nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva, o projeto de educação superior assume uma dupla perspectiva: alavancar os índices de número e de qualidade desse nível de educação aos patamares globais e fortalecer a parceria público-privado. Nesse sentido, os autores afirmam que os principais avanços que consolidaram esse projeto aconteceram no governo Lula, portanto na última década. Os autores referem-se à organização e avaliação do ensino superior, à parceria público-privado, à lei de inovação tecnológica que permite a incubação de empresas nas instituições de ensino público e à utilização da estrutura pública pelo setor privado, através da criação do ProUni com o financiamento de vagas no ensino privado e da expansão sem precedentes do FIES. Essas medidas significam a expansão do ensino superior no Brasil, tanto pela ampliação das IES, como, sobretudo, pelo financiamento privado dos cursos de formação (FERREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Para campo da saúde mental, a expansão dos cursos da área da saúde em instituições privadas pode representar uma formação conservadora no tocante às práticas de cuidado, tendo em vista que a formação nas instituições públicas ainda sofre com o processo de mudança curricular que adequam seus conteúdos aos preceitos do SUS. Neste sentido, a

formação em saúde em instituições privadas, em muitas análises, tem foco voltado para a formação do mercado privado em detrimento de uma formação voltada para os interesses do sistema público de saúde.

Dito isto, a maioria dos profissionais se formaram na última década (2000 a 2010) com 53,3% (17) de frequência, seguidos pelos formados a partir dos anos 2010 com 23,3% (06). Os que se formaram na década de 90 representam 16,7% (5), logo em seguida os que se formaram na década de 80 e 70, com 3,3% (1) cada.

Indagamos dos participantes se tinham alguma formação em saúde mental, em virtude da Portaria nº 336/02 indicar essa formação como critério para algumas categorias profissionais (médicos e enfermeiros). Consideramos como formação em saúde mental os cursos de especialização em saúde mental, aperfeiçoamento (cursos com carga horária de 180h) e capacitação (carga horária entre 40 a 80h). A maioria afirmou que possuem alguma formação com 53,3% (16), enquanto 46,7% (14) não tem nenhuma formação em saúde mental.

Produzimos a Tabela 3 que cruza as variáveis: formação profissional e capacitação em saúde mental.

TABELA 3 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

		Capacitação em Saúde Mental		Total
		Sim	Não	
Distribuição por Formação Profissional	Psicologia	6	8	14
	Serviço Social	5	1	6
	Enfermagem	1	3	4
	Educação Física	1	0	1
	Administração	1	0	1
	Medicina	1	1	2
	Farmácia	1	1	2
Total		16	14	30

Fonte: Dados primários. Pesquisa de Campo (2014).

Na Tabela 3, podemos observar a distribuição dos profissionais que possuem capacitações em saúde mental por categoria profissional. Os psicólogos são os profissionais mais representativos nas equipes e mais da metade não possui capacitação ou formação em saúde mental. A maioria dos enfermeiros também não possui nenhuma capacitação/formação.

A categoria que proporcionalmente possui um maior número de capacitações são os assistentes sociais.

Consideramos a formação e as capacitações em saúde mental como uma forma de nivelamento da equipe, tendo em vista que as mudanças no campo e a criação dos espaços socioocupacionais são recentes e conseqüentemente ainda com pouca ressonância no âmbito da formação, como já identificamos em nossa análise bibliográfica.

Com relação ao engajamento no campo, consideramos a seguinte tipologia, extraída a partir da nossa análise bibliográfica:

1) *Trabalhador de saúde mental*: considera-se aquele profissional que se identifica com as discussões do campo;

2) *Trabalhador e militante*: aquele profissional que se identifica com as questões do campo e assume a militância pela reforma;

3) *Profissional de saúde*: compromete-se apenas com as atividades técnicas referente ao seu núcleo profissional.

Desta feita, 43,3% (13) se consideram *Trabalhadores da Saúde Mental*, seguidos pelos que se consideram *trabalhadores e militantes* com 33,3% (10), enquanto 23,3% (7) se consideram apenas *profissionais de saúde*. Avaliamos positivamente esse dado, pois podemos considerar que 76,6% dos participantes se consideram trabalhadores e, portanto, têm interesse com as questões e discussões do campo e sentem-se comprometidos com os desafios postos à política de saúde mental.

Produzimos ainda a Tabela 4 que cruza os dados da capacitação em saúde mental com a formação profissional.

TABELA 4 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ENGAJAMENTO

		Engajamento			TOTAL
		Trabalhador	Trabalhador e militante	Profissional de saúde	
Distribuição por Formação Profissional	Psicologia	4	5	5	14
	Serviço Social	3	3	0	6
	Enfermagem	1	2	1	4
	Educação Física	1	0	0	1

Administração	1	0	0	1
Medicina	2	0	0	2
Farmácia	1	0	1	2
Total	13	10	7	30

Fonte: Dados primários. Pesquisa de Campo (2014).

A Tabela 4 evidencia que, mesmo com menor frequência, aqueles participantes que se consideram apenas como *profissional de saúde* estão distribuídos majoritariamente na categoria dos psicólogos. Consideramos que esse indicador possa ser maior tendo em vista as limitações desta pesquisa. Acreditamos ser extremamente difícil a construção de atividades integradas e cooperadas entre os atores sociais, quando o profissional concebe que sua função dentro do campo e do serviço restringe-se a suas competências técnicas. Temos demonstrado por meio da nossa discussão que o campo da saúde mental é um campo híbrido de referências em torno da loucura e da forma de se ofertar o cuidado, mas considerar seu comprometimento com as atividades apenas do núcleo profissional pode negar as principais características de construção desse cuidado. Todavia, não podemos descartar a possibilidade de ressignificar essa compreensão a partir da inserção destes profissionais no campo, inclusive produzir saberes sobre a própria experiência.

Com relação às condições do contrato de trabalho, verificamos que a maioria dos participantes são prestadores de serviços com 70% (21), seguidos pelos estatutários com 30% (9) de frequência. Este indicador nos mostra a fragilidade dos vínculos trabalhista no campo da saúde mental. Os serviços de saúde mental do município de João Pessoa foram estruturados muito recentemente, todos têm menos de 10 anos, o que de certa forma delimitou a baixa oferta de vagas em concurso público nos últimos anos. As gestões que sucederam durante o momento de mudança do modelo assistencial em âmbito nacional têm priorizado a contratação temporária dos profissionais. Esta forma de contratação é bastante criticada pela equipe, pois, de certa forma, não garante a continuidade das ações e a construção do modelo de atenção, visto que, a cada mudança de gestão, os profissionais são desligados, assim os processos iniciados em um determinado contexto não recebem mais esforços para a sua continuidade.

Consideramos também a tabulação cruzada desta variável com a formação profissional e produzimos a Tabela 5:

TABELA 5 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL E VÍNCULO TRABALHISTA

		Distribuição por vínculo trabalhista		
		Estatutário	Prestador	TOTAL
Distribuição por Formação Profissional	Psicologia	5	9	14
	Serviço Social	1	5	6
	Enfermagem	1	3	4
	Educação Física	0	1	1
	Administração	1	0	1
	Medicina	0	2	2
	Farmácia	1	1	2
Total		9	21	30

Fonte: Dados primários. Pesquisa de Campo (2014).

Podemos observar, na Tabela 5, que o baixo número de profissionais concursados incide em quase todas as categorias profissionais. Revela também que, para atender à demanda crescente de serviços na modalidade CAPS, há uma maior contratação de psicólogos e assistentes sociais. Os quadros destas duas categorias são considerados baixos entre os servidores concursados e constantemente não vêm sendo repostos por meio dos concursos públicos.

Com relação à carga horária de trabalho, a maioria dos participantes 70% (21) trabalham 30 horas/semana, seguidos por 23,3% (7) que trabalham 40 horas/semana. Apenas 6,7% (2) trabalham 20 horas/semana. Ao cruzarmos esta variável com a formação profissional, identificamos a carga horária distribuída pelas categorias profissionais.

TABELA 6 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ENGAJAMENTO

		Distribuição por carga horária de trabalho			TOTAL
		20 h/s	30 h/s	40 h/s	
Distribuição por Formação Profissional	Psicologia	0	12	2	14
	Serviço Social	1	5	0	6
	Enfermagem	0	3	1	4
	Educação Física	0	0	1	1
	Administração	0	0	1	1
	Medicina	1	0	1	2
	Farmácia	0	1	1	2
Total		2	21	7	30

Fonte: Dados primários. Pesquisa de Campo (2014).

A maioria das categorias profissionais trabalha 30 horas por semana no serviço. Curiosamente, referindo-se aos psicólogos, cujo projeto de lei (PL) Lei 3.338/08, conhecida como a PL das 30h para a psicologia, foi aprovada pela câmara, mas recebeu veto presidencial. Outras categorias profissionais já conseguiram redução da jornada de trabalho como a de Fisioterapia e Serviço Social, outras ainda buscam aprovação de projetos de redução da carga de trabalho como o caso da Psicologia e da Enfermagem. Os profissionais alegam a carga intensa de trabalho para estas categorias que têm que lidar cotidianamente com situações muito difíceis e estressantes como violência, pobreza, transtornos mentais, luto e morte. A defesa da redução está pautada nas discussões em âmbito internacional para estas categorias e também na melhoria da qualidade de vida dos profissionais, refletindo-se na qualidade dos serviços prestados.

No entanto, 50% (15) dos participantes afirmam manter outro vínculo empregatício, acumulando a maioria 60% (9) mais 20 horas semanais. Outros 33% (5) chegam a acumular mais 30 horas semanais e 7% (1) acumula mais 40 horas. Observamos que os profissionais, para manter uma remuneração adequada, acabam procurando outros vínculos e submetendo-se às altíssimas cargas de trabalho, chegando até mais de 60 horas por semana. Esse dado vai ao encontro dos depoimentos dos participantes, ao revelarem as fragilidades das ações realizadas no campo da saúde mental, quando os mesmos não dispõem de tempo para se dedicarem integralmente às atividades do serviço. O cuidado prestado pelas equipes de saúde envolvem demandas complexas e de difícil resolução que se tornam ainda mais complicadas, quando trabalhadores precisam se dividir em vários postos de trabalho para garantir a sua sobrevivência.

Neste sentido, com relação aos rendimentos, observamos que a maioria 73,3% (22) ganham entre 1 e 3 salários mínimos, enquanto 20% (6) recebem entre 4 e 5 salários mínimos e apenas 6,7% (2) ganham mais de 10 salários mínimos. Ao cruzarmos essas informações com a formação profissional, podemos observar quais os rendimentos pelas categorias profissionais conforme a Tabela 7:

TABELA 7 – TABULAÇÃO CRUZADA: DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL E RENDA MENSAL

		Distribuição por carga renda mensal			TOTAL
		1 a 3 s/m	4 a 5 s/m	> 10 s/m	
Distribuição por Formação Profissional	Psicologia	12	2	0	14
	Serviço Social	5	1	0	6
	Enfermagem	3	1	0	4
	Educação Física	1	0	0	1
	Administração	0	1	0	1
	Medicina	0	0	2	2
	Farmácia	1	1	0	2
Total		22	6	2	30

Fonte: Dados primários. Pesquisa de Campo (2014).

Como podemos observar apenas os profissionais médicos ganham mais de 10 salários mínimos mensais, evidenciando as diferenças salariais entre as profissões da saúde. A maioria dos profissionais ganha entre 1 e 3 salários mínimos e uma pequena parcela ganha entre 4 e 5 salários mínimos decorrente do acúmulo de cargos ou tempo na função.

Desta feita, podemos definir que os participantes desta pesquisa emergem de um contexto social adverso, marcado por disputas de espaço, poder e legitimação de suas profissões num campo de atuação relativamente novo.

Os atributos profissionais constituem-se como um tipo ideal e são mobilizados enquanto recursos teórico-metodológicos oriundos do seu núcleo de conhecimento, mas também como recurso técnico-instrumental das habilidades que representa. O modelo profissional identificado caracteriza-se pelas profissões liberais com um elevado estatuto social sendo reconhecido socialmente como válido e necessário.

No entanto, estes profissionais se inserem num campo de conflitos onde prevalece a disputa por determinados capitais, sejam econômicos, sociais, culturais e simbólicos que levam a processos de negociação e conflito entre os agentes e os demais níveis da gestão.

O objeto de atuação do campo da saúde mental constitui-se como um objeto complexo e que exige uma diversidade e pluralidade de olhares e enfoques, tanto em termos

organizacionais quanto no que concernem aos saberes, às referências simbólicas, às práticas sociais e às relações que se estabelecem entre os profissionais.

Todavia, não podemos considerar estes profissionais como um grupo homogêneo, apesar de algumas características semelhantes, e nem tão pouco como núcleos isolados. As diferentes categorias devem ser consideradas em suas relações mútuas, inseridas num determinado campo ou contexto de atuação.

As transformações sociais em curso e a atual configuração do campo da saúde expressa nas reformulações da política de saúde mental se manifestam essencialmente na forma como profissionais se inserem nesse campo e nesse novo mercado de trabalho, bem como suas lutas e bandeiras. Portanto, a tendência à feminização dessa força de trabalho, os baixos salários, a precarização dos vínculos trabalhistas e a manutenção da subordinação e dependência do saber médico são algumas das características que expressam o aprofundamento destas transformações.

Todavia, apesar de esses indivíduos pertencerem às categorias profissionais, também pertencem às várias redes, inclusive às redes relacionais que expressam os mecanismos de trocas simbólicas entre os agentes, de construção de identidades, apoio mútuo e de força frente às adversidades do campo de trabalho.

Portanto, essas são as prerrogativas iniciais em que se inserem os discursos desses agentes profissionais na análise dos grupos realizados.

5.2 Análise do grupo focal: CAPS i

O grupo focal realizado no CAPS i aconteceu no dia 30 de janeiro de 2014, na sala de reuniões do serviço, e contou com a participação efetiva de 08 profissionais, dos quais: duas assistentes sociais, duas psicólogas, três enfermeiras e uma nutricionista. Após a leitura do TCLE e depois de esclarecidas às dúvidas dos participantes, quanto ao anonimato e sigilo das informações prestadas, deu-se início à condução do grupo. Vale destacarmos que outros profissionais estavam presentes na sala de reuniões antes da leitura do TCLE, mas abandonaram o recinto e não participaram da sessão.

Ao iniciar a sessão, foram acionados os aparelhos para registro do áudio e vídeo da sessão. A discussão do grupo transcorreu por 55 minutos conforme os registros. No entanto,

após o desligamento do equipamento, os participantes continuaram com uma conversa informal que foi registrada pelo relator da sessão e incorporada na interpretação das informações.

Assim, transcorremos com análise do registro dos discursos conforme a descrição metodológica estabelecida para cada grupo. Nos protocolos gerados pela transcrição do registro em áudio, cada participante foi identificado com uma letra que representa a abreviação referente ao seu núcleo profissional. Por exemplo, para uma assistente social atribuiu-se o código *As*. Além disso, quando numa sessão havia dois ou mais assistentes sociais, incluía-se um número no código de cada profissional. Assim, conforme a ordem numérica, eles iniciavam a participação no debate. Por exemplo, o código *As1* vinculou-se a assistente social que no âmbito das discussões foi a primeira a falar, *As2* para a segunda, e assim, sucessivamente para todos os profissionais da mesma categoria. Essa codificação facilitou a identificação das respostas de cada profissional, considerando também a possibilidade de situar seu discurso a partir do seu núcleo profissional.

Em cada questão foram estabelecidas as unidades temáticas, que denominamos de *nós* e posteriormente as tratamos como categorias.

QUADRO 22 - UNIDADES TEMÁTICAS (*NÓS*) POR QUESTÃO CAPS i

Questão	Nós	Tendências
1ª) Como é realizado o atendimento no serviço?	Descrição do serviço	1. Cronificação
		2. Perfil de atendimento
	Participação da família	-
	Parcerias com outros serviços	-
2ª) Quais são as atribuições da equipe?	Trabalho em equipe multiprofissional	1. Cisão entre campo e núcleo
		2. Troca de saberes e experiências
3ª) Como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe?	Recurso da rede	1. Arranjo intersetorial
	Cronificação	1. Conhecimentos

4ª) Qual a relação do atendimento realizado com os princípios da reforma?	Articulação em rede	1. Dificuldades de abordagem
5ª) O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde mental?	Descrição da população usuária	1. Problemas na abordagem familiar
		2. Fragilidade da rede

Fonte: Elaboração do autor.

Para a primeira questão, foram estabelecidos 03 *nós* temáticos (ou categorias) que sintetizam o debate nesse primeiro momento. No primeiro *nó*, ainda identificamos duas tendências. Chamamos de tendência uma subcategoria de um *nó*.

Assim, definimos os *nós* para essa primeira questão:

- 1) **Descrição do serviço:** reuniu um conjunto de comentários em que os participantes fazem uma descrição minuciosa do funcionamento de serviço;
- 2) **Parcerias com outros serviços:** demonstram a necessidade que os profissionais percebem para efetivar seus objetivos institucionais e profissionais;
- 3) **Participação da família:** reuniu comentários em que, nesse primeiro momento, os participantes demonstram relativa importância da participação da família na condução do tratamento do serviço.

Ainda no tocante à primeira questão, poucas pessoas comentaram a respeito. Assim, os participantes que realizaram comentários foram as duas enfermeiras (uma delas na época também assumia a função de diretora do serviço), duas assistentes sociais e uma das psicólogas. Os comentários traduziam a rotina do serviço numa perspectiva bastante descritiva com questões de ordem prática como: horários de funcionamento, clientela atendida e alguns procedimentos técnicos, conforme depoimentos nos protocolos abaixo:

1ª Questão - Extratos de protocolos – <i>nó</i> Descrição do Serviço
Enf3: Nós atendemos crianças e adolescentes a partir dos 03 anos até 17 anos incompletos, tanto crianças que apresentam algum transtorno mental como crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Assim, atendemos duas problemáticas num espaço só. Somos o único CAPS infantil de João Pessoa que não atende por distrito e sim o município todo. Não há necessidade de um encaminhamento específico, aqui é um serviço de portas abertas, demanda espontânea, então, das 08 às 17 horas e de segunda a sexta qualquer pessoa que chegar a gente vai acolher, vai passar pela triagem,

pela equipe multiprofissional, vamos fazer avaliação e aí a gente vê se tem perfil ou não para o serviço para começar inserir nas atividades.

Enf1: Há isso, eu ia falar [pausa] nós temos uma Unidade de Atenção Infantil, UAI, que é uma extensão do serviço, né? É como se fosse a continuidade do CAPS, então lá é em regime de residência, então os meninos do CAPS que fazem tratamento aqui e que faz uso abusivo de qualquer substância e, se há uma necessidade de sair do foco que ele está, que precise de um acolhimento maior, a gente coloca na UAI, certo?! Lá pode ficar até no máximo 6 meses. Fica lá na UAI. Lá tem uma equipe multiprofissional também, mas o tratamento é aqui no CAPS i, então nos dias e de acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, vem para o CAPS i, né?

A descrição de alguns dos procedimentos vai ao encontro com o que estabelece as portarias que orientam o trabalho nos CAPS. No entanto, observamos uma “brecha” nesse atendimento, quando percebemos que algumas atividades e arranjos fogem um pouco do modelo prescrito seja pela própria configuração da gestão local ou pelo modo como os profissionais percebem as demandas postas para eles nos serviços.

Dentro da categoria *descrição do serviço*, percebemos duas tendências que se desdobram como preocupações preeminentes dos profissionais: a preocupação com a cronificação; e a questão do “perfil” das demandas que são atendidas pelo serviço. Sobre a primeira tendência observamos o depoimento da Enf3:

1ª Questão - *nó* Descrição do Serviço – *Tendência 1* Cronificação

Enf3: O nosso foco maior é o coletivo, os grupos terapêuticos. Mas quando há a necessidade de um acompanhamento individual à criança, é passada para a psicologia e fica em alguns momentos no atendimento individual. Mas não pode ser uma coisa prolongada porque fica a questão bem ambulatorial e como a gente é CAPS, é só realmente naquele momento que a criança e o adolescente estão necessitando. Mas sempre com o foco e objetivo de inserir nas atividades terapêuticas e nos grupos.

A preocupação com a cronificação é uma bandeira de luta do movimento pela reforma psiquiátrica que, desde o seu surgimento, fez profundas críticas ao modelo manicomial por segregar as pessoas, limitando seu contato familiar e promovendo assim a cronificação dos indivíduos nos dispositivos manicomial. Todavia essa preocupação é recorrente na rede substitutiva, pois, como a equipe reconhece, os usuários acabam se restringindo ao CAPS não tendo acesso a outros dispositivos. Percebemos, no comentário da participante, que o CAPS, por representar uma conquista para modelo de atenção psicossocial e dos preceitos da reforma, deve afastar-se de qualquer postura ou conduta que possa gerar a cronificação dos usuários. No entanto, vários autores já sinalizam em seus estudos a ocorrência do paciente crônico da rede horizontal, conforme já observamos em nossa análise bibliográfica (ACIOLI NETO; AMARANTE; 2013; ALMEIDA, DIMENSTEIN, 2010;

PERRUSI, 2010). Outra questão interessante é a sobreposição do serviço às práticas profissionais, quando o serviço em si, na fala da entrevistada, representa sua postura e conduta.

A equipe atua num CAPS infantil que tem uma demanda bastante específica, como uma das participantes mencionou na descrição do serviço. No entanto, percebemos no decorrer do grupo que várias concessões são feitas diante da fragilidade da rede, o que nos leva acreditar que, mesmo com um “protocolo” de trabalho tão definido, os profissionais tendem acolher mais usuários do que a capacidade instalada. Entretanto, percebemos que a equipe, com base nesses protocolos, define um perfil de clientela e tenta no decorrer de suas atividades “triar” essas demandas, como exemplifica os participantes na tendência a seguir:

1ª Questão - <i>nó</i> Descrição do Serviço – <i>Tendência</i> 2 Perfil do Atendimento
Psi1: Bom ele chegou e é atendido pela pessoa da recepção e nós temos um cronograma e cada turno, temos um profissional responsável por fazer uma triagem, se hoje for o dia de fazer a triagem, ela vai ser chamada e vai fazer o atendimento com a família e com a criança e ela vai identificar <u>se é caso de CAPS ou não</u>, se é um transtorno, se há uma necessidade e se realmente for vai passar por uma avaliação e a partir dessa avaliação a gente vai começar a inserir a criança no serviço. <u>Quando não é perfil</u>, nós temos outros dispositivos da rede que a gente possa estar fazendo esse encaminhamento seguro, então essa profissional conversa com a família e faz o encaminhamento [...]. As2: Quem vai para lá é aquele que está fora de casa, ameaçado de morte, e quando ele não tem onde ficar, lá tem uma equipe multiprofissional que também acolhe e fica vindo para o serviço, dorme, vem passar o final de semana e é pactuado esse contato com a família para trazer de volta e formar os vínculos para essa ação social [falando sobre a UAI]

Com relação à UAI, os profissionais definem um perfil bastante específico. Entendemos que a “criação” desse perfil acaba por ser usado como recurso da equipe para proteger o serviço de uma demanda crescente.

Outro aspecto relevante que as opiniões demonstram é a participação da família e os conflitos que emergem dessa participação e as parcerias que o serviço precisa estabelecer para efetivar o cuidado que oferecem. Assim, sobre a participação da família, comentam os integrantes do grupo:

1ª Questão - Extratos de protocolos – <i>nó</i> Participação da Família
Enf3: É fundamental a presença do familiar aqui no serviço, ele não vem só deixar a criança e vai embora, ele fica e tem os grupos de familiares também, que a gente realiza justamente para estar junto com a família e o que mais? Vamos me ajudando gente! [solicitando apoio do grupo]

As1: Esse cuidado da família ajuda a identificar se algum familiar está doente, até mais comprometido do que a própria criança e a gente tenta encaminhar para outros serviços da rede. Por isso a importância também da participação do familiar no serviço.

A participação familiar geralmente é tratada como altamente necessária e o esforço da equipe encontra-se em conseguir envolver a família na condução do tratamento. Como se trata de um serviço que atende crianças e adolescentes muitas questões precisam ser “combinadas” entre a família e a equipe. Os profissionais comentam que muitas das questões tratadas envolvem também alguma dificuldade no ambiente familiar da criança e do adolescente, sendo o grupo realizado com a família uma oportunidade de a equipe perceber o funcionamento dessa dinâmica.

Mesmo com uma participação ativa na discussão dessa questão, foi preciso uma intervenção do coordenador do grupo, reelaborando a questão para verificar se os profissionais conseguiam sair do discurso fechado das normas e procedimentos. A intervenção propôs uma situação em que um familiar traz, para o serviço, uma criança que não tinha sido acolhida em nenhum outro espaço como o PSF ou escola, por exemplo. A partir desse momento os comentários, passaram a considerar essa situação e foram associadas com as experiências do serviço e dos profissionais. Nesse sentido, a equipe reconhece a necessidade de se estabelecer parcerias para atender tanto às demandas dos usuários quanto dos seus familiares, como demonstra um das participantes:

1ª Questão - Extrato de protocolo – <i>nó</i> Parcerias com outros serviços

As2: Ainda com relação ao atendimento das famílias e com as crianças tanto eu quanto B [nome preservado para garantir o anonimato da participante], temos um foco maior na questão da família. Não vemos o indivíduo apenas no aspecto mental, buscamos vê-lo como um todo e nesse sentido tentamos realizar as parcerias com o PSF e com outros serviços para que se possa dar uma melhor cobertura e acompanhamento a essa criança também.

Percebendo uma forte relação com o contexto da escola, até mesmo por saber que é uma prerrogativa para essa modalidade de CAPS, indagamos se eles realizavam as visitas escolares. No entanto, apenas uma das assistentes sociais falou demonstrando que essa atividade está mais focada na atuação do serviço social.

1ª Questão - Extrato de protocolo – <i>nó</i> Parcerias com outros serviços

As2: Sim, nas escolas e nas famílias e muitas vezes quando a gente vai visitar o familiar e que encontra

um problema a gente volta para escola para esclarecer melhor, porque na anamnese não é suficiente e vamos colher os dados do que está acontecendo de fato, porque às vezes o familiar tem tanta vontade que o filho fique aqui que cria uma história fantasiosa e quando a gente vai ver na prática é diferente, mas sempre implicando a família no tratamento.

Ainda em relação à primeira questão, avaliamos que o grupo fez uma sobreposição entre o atendimento em saúde mental e a organização do serviço, não conseguindo fazer distinção entre os dois. No entanto, apesar de não mencionarem a intersetorialidade, percebemos, na discussão, a forte recorrência das parcerias que a equipe tem que manter para atender a demandas dos usuários e de seus familiares. Verificamos que os protocolos de atendimento, induzidos pelas portarias que regulam os serviços, determinam o fluxo de atendimento, mas que, diante das características da gestão local e da clientela, os profissionais reelaboram suas atividades e, conseqüentemente, esse fluxo pré-estabelecido.

Na segunda questão, sobre *quais seriam as atribuições da equipe*, emergiu apenas um nó: a) *trabalho em equipe multiprofissional* que reuniu os comentários sobre formação da equipe multiprofissional e seu processo de trabalho. Dentro desse nó, percebemos ainda duas *tendências*: 1) cisão entre campo e núcleo; 2) troca de saberes e experiências.

Os profissionais comentaram sobre o modo como acontece o trabalho profissional no interior do serviço. Os comentários referem-se ao fato de que a formação de equipes multiprofissionais está pautada numa ação interdisciplinar, mas, em nossa observação, parece estar estruturada entre os saberes de campo e de núcleo profissional.

2ª Questão - Extratos de protocolos – <i>nó</i> Trabalho em equipe multiprofissional

Enf1: Nós somos uma equipe multiprofissional e apesar de cada um pertencer a uma categoria com sua formação, mas todos aqui são técnicos né, então assim, fulana não é só Assistente social, ela é uma técnica em saúde mental que está no CAPS i e é capacitada para atender qualquer tipo de demanda certo? Do mesmo jeito quem for da psicologia e quem for enfermeiro né, enfim [...].

As2: E como ela falou, as atividades do CAPS são mais em grupos, a escuta terapêutica, vem favorecer a saúde, e essa escuta muitas vezes é feita pelo técnico de referência que às vezes nem tem nível superior, mas ele se abriu e confiou (usuário) e isso é salutar para ele. Então é interessante essa equipe multiprofissional, desde o apoiador até quem está lá na cozinha. O cuidar dessa equipe multiprofissional é muito interessante dentro desse serviço

Os comentários sugerem à formação de um modelo profissional ou identidade, no caso a figura do técnico em saúde mental, que seria um tipo ideal de profissional que além dos conhecimentos do seu núcleo teria uma capacidade analítica para as demandas de saúde

mental. No entanto, essas definições não parecem muito claras para a equipe, pois seus comentários enfatizam sempre atividades de ordem específica da profissão e de atividades que articulam determinados saberes do campo. Observamos também certa distinção entre o núcleo médico e as atividades da equipe. Sempre que o grupo se referia ao trabalho em equipe, percebíamos que esse trabalho não envolvia o médico ou o psiquiatra. Vale destacarmos que esse grupo focal foi realizado em um dia de reunião da equipe e não contou com a participação do médico do serviço.

Apesar da explicação convincente sobre como se estrutura essa equipe e suas práticas, pareceu-nos que os próprios profissionais têm dificuldades em fazer essa distinção. Fica implícita a participação do psiquiatra nas ações da equipe, quando seus conhecimentos se reduzem nas ações de seu núcleo profissional expressa em suas competências técnicas, não ocorrendo nenhum comentário sobre possíveis ações de campo para essa categoria. Vejamos os extratos das duas tendências que exemplificam a nossa análise:

2ª Questão - *nó* Trabalho em equipe multiprofissional – *Tendência 1* Cisão entre campo e núcleo

Enf1: Então a gente trabalha dessa forma, têm coisas que realmente são específicas, o atendimento psiquiátrico, realmente só quem pode fazer é o psiquiatra, né? Mas cada um trabalha em conjunto, em equipe, e toda quinta-feira fazemos reuniões para compartilhar experiências, estar passando os casos, né? [...].

As2: Ela falou bem, mas a equipe do CAPS perpassa o saber técnico, porque nós enquanto técnicos podemos desenvolver, o que acumulamos de saberes dentro da nossa profissão. Mas de repente eu preciso estar no grupo que quem desenvolvia era a psicóloga, e lá eu tive que criar, dentro da minha especificidade, uma atividade que venha a proporcionar um estado familiar de saúde.

2ª Questão - *nó* Trabalho em equipe multiprofissional – *Tendência 2* Troca de saberes e experiências

Psi1: E alguma coisa tipo assim: não é porque eu sou psicóloga que eu sei de tudo, que eu vou resolver aquele caso, não! Às vezes eu tenho dúvida até numa triagem mesmo e eu tenho que vir consultar para o restante né. Consultar a equipe e um vai ajudando o outro. Tem caso aqui de criança que já passou por assistente social, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, e a gente ainda não chegou numa conclusão que foi aquele caso, né? A gente tenta avaliar cada caso e trabalhamos em equipe e todo mundo compartilha com todo mundo.

Nessa segunda questão não observamos a recorrência direta ao recurso da intersetorialidade na construção das ações profissionais. Os processos interdisciplinares e os

movimentos de troca de saberes e de experiências predominaram na fala do grupo. Todavia entendemos que a abertura que a equipe dispõe em estabelecer parcerias, como observamos na primeira questão, associada com essa disposição da troca de saberes e de experiências favorece a construção de ações intersetoriais, mesmo que, até o momento, o termo não tenha sido mencionado pelo grupo. Por esse motivo, acreditamos que a equipe acesse a discussão em torno da intersectorialidade pela via dos processos interdisciplinares proporcionados pela estrutura do campo.

A terceira questão sobre como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe foi contextualizada na indagação de como a equipe atendia as demandas que escapam dos limites do serviço, considerando aquelas questões de ordem objetiva (a necessidade de alimentos e recursos) como as questões de ordem afetiva (referindo-se ao sofrimento, à carga de responsabilidade dos familiares etc.).

Nessa questão, identificamos dois *nós* e duas *tendências*. Na primeira categoria, Recurso da rede, temos uma tendência que denominamos de *arranjo intersectorial*. Na segunda categoria, os profissionais ressaltam a questão da cronificação, dando ênfase para a falta de conhecimentos das pessoas sobre os problemas de saúde mental, também com uma tendência.

Após a exposição da questão, os comentários são deslocados para o debate sobre rede, principalmente no reforço da ideia de que os usuários não são de responsabilidade exclusiva do CAPS ou da Saúde Mental. Portanto, nessa categoria:

3ª Questão - Extrato de protocolo – <i>nó</i> Recurso da rede

Enf1: [interrompendo a colega] E às vezes, a gente tem que entender também que o usuário não é do CAPS, ele é da rede, é do município, então até outro serviço confunde isso. Por que o usuário é da saúde mental, tem transtorno e tudo dele tem que ser resolvido dentro do CAPS? [em tom de crítica]. Já chegou até um ponto que me perguntaram: não tem como trazer um dentista para cá para atender os usuários? E eu: não... Se ele está precisando tem que ir para o PSF, tem que usar os outros dispositivos, por que se a gente trabalha, né?

Os profissionais expõem um problema recorrente na condução das suas atividades: a falta de compreensão dos demais serviços sobre o atendimento das demandas de saúde mental. Muitas vezes, esses usuários são “recusados” nesses serviços, pelo fato de serem

atendidos no CAPS. Esse comportamento acarreta uma negação da complexidade do sujeito em sofrimento, limitando sua existência e seu cuidado apenas ao transtorno mental.

Diante dessa dificuldade, os profissionais precisam produzir outras formas de garantir a atenção seja acionando o Ministério Público, a partir dos mecanismos legais, no agenciamento de esforços de parceiros profissionais, ou ao recurso dos laços de amizade e solidariedade que mantém em sua rede de relacionamento pessoal como observamos na tendência:

3ª Questão - Extrato de protocolo – <i>nó</i> Recurso da rede – <i>Tendência 1</i> Arranjo intersetorial

As2: Temos os serviços da rede que eles podem ser encaminhados, com o trabalho em parceria com outros serviços e que, de acordo com a demanda, são encaminhadas. E, às vezes a gente faz um contato com a pessoa antes de fazer o encaminhamento, às vezes o próprio CAPS vai deixar, tenta um contato direto com o Serviço Social e fala com a Assistente Social e, faz o encaminhamento do Serviço Social e já deixa aquele caso encaminhado. Temos muitas vezes que recorrer as nossas amizades para que o usuário seja atendido. Quando nada resolve recorreremos ao Ministério Público.

Observamos, nessa questão, que os profissionais, com o objetivo claro de promover o acesso aos serviços sociais (saúde, assistência e educação) garantindo assim a integralidade da assistência, realizam diversos arranjos por meio das parcerias que conseguem manter com outros profissionais. Munidos dessa compreensão alargada de cuidado, mesmo pelo recurso da amizade e da solidariedade, os profissionais constroem arranjos intersetoriais com outros setores e políticas no intuito de equacionar algumas questões que lhe são postas. No entanto, a busca pela atenção integral em saúde mental exige muito esforço da equipe que tem que superar diversos problemas, desde a fragilidade da rede até os conflitos internos da própria equipe, pois nem todos conseguem partilhar do mesmo propósito.

No segundo *nó* atribuído à 3ª questão, observamos uma preocupação com a cronificação associada à falta de conhecimentos dos familiares sobre os problemas de saúde mental, o que, de certa forma, dificulta alguns processos da equipe, como a questão alta e da importância da participação familiar. Vejamos os protocolos a seguir:

3ª Questão - Extrato de protocolo – <i>nó</i> Cronificação

Psi1: E quando se falou da questão da resistência em receber alta e de todos os benefícios em prol dele e da família, mas ele não tem noção que se a criança permanecer aqui por muito tempo vai se cronificando. Pois ele está sendo rotulado na escola e na família e ele vai ter outro problema à questão do bullying com relação ao cuidado. As pessoas dizem: há porque estar no CAPS é porque está doido. Então falta essa informação para essas pessoas que nos procuram, então é preciso estar orientando com relação a isso e muitos insistem, querem vir pegar medicação.

3ª Questão - Extrato de protocolo – *nó* Cronificação – *Tendência I* Conhecimentos

Psi2: É uma clientela bastante desinformada em relação ao cuidado e sobre o que é realmente um sofrimento psíquico, sobre o que é um transtorno mental caracterizado e com relação ao uso de drogas a gente vê uma ausência total da família, pois a maioria não vem. Às vezes a pessoa é de abrigo, o retorno é muito pequeno, e quando a pessoa é de um abrigo raramente a gente descobre a família para fazer uma relação, né? Entre usuário e o familiar. E muitas vezes a pessoa se sente impotente diante da relação desse cuidado. Ai fica aqui a gente cuida, acolhe, às vezes vai para o setor que é a UAI.

Ao acionarem a rede, a equipe se depara com as dificuldades de viabilizar determinadas questões para os usuários. A rede também aparece como recurso que dificultaria a cronificação dessa demanda na medida em que o CAPS não pode se constituir enquanto equipamento “síntese” dos vários serviços sociais. Na oportunidade desse debate, os profissionais aproveitaram para retomarem com a descrição das atividades do serviço.

A partir do debate sobre a forma como eles atendiam as demandas, a quarta questão foi sobre a relação dos atendimentos realizados com os princípios da reforma psiquiátrica, ou seja, se a condução de suas ações contribui para materializar os referidos princípios. Curiosamente os profissionais fugiram da pergunta, retomaram a discussão sobre a necessidade do trabalho em rede e de se trabalhar de modo articulado o que delimitou a categoria dessa questão: Articulação em rede.

4ª Questão - Extratos de protocolos – *nó* Articulação em rede

Enf2: A gente não trabalha sozinho, se a gente trabalhar sozinho, a gente não vai conseguir porque o CAPS não é tudo, as crianças, os adolescentes e os familiares também precisam usar todo o território, por isso que há essa dependência para que a rede realmente funcione, porque se os outros serviços realmente funcionassem era bem melhor as coisas [num tom meio constrangida]. Mas a gente tenta fazer o que é possível, às vezes o conselho tutelar fica com raiva.

As2: Por ser o CAPS um instrumento oriundo da Reforma Psiquiátrica, toda essa proposta de trabalhar esses princípios, porém nós dependemos de toda uma rede que tem essa dificuldade de funcionamento, é muito complicado, mas, a gente insiste e persiste para trabalhar nessa perspectiva.

Ps2: E assim tem muitos casos que não há nenhuma necessidade de ir ao Ministério Público, a gente sabe, que se realmente a coisa funcionasse muita coisa evitaria ir para o MP.

A discussão enveredou novamente para as dificuldades de se trabalhar com a família, com os demais setores e com a comunidade de modo geral. Fica evidente que a efetivação dos objetivos do CAPS impressos pela reforma se realiza por meio da articulação da rede. No entanto, a falta de cobertura da rede para as diversas demandas que os profissionais atendem chega a causar constrangimento e revolta na equipe, que, mesmo assim, esforça-se para garantir os direitos de seus usuários.

Reconhecemos que implicitamente a equipe demonstrou que, no atual contexto em que seu trabalho se desenvolve, os princípios da reforma não são efetivados. No entanto, há evidências de esforços dessa equipe para que as coisas aconteçam e para que o serviço cumpra minimamente com os modelos que orientam sua direção. Entretanto, é apenas no estabelecimento de várias parcerias e no estabelecimento de arranjos intersetoriais que algumas demandas podem ser atendidas.

Dentro dessa categoria, identificamos ainda uma *tendência* nos comentários que demonstra a dificuldade de abordagem com relação às drogas, como podemos observar nos comentários:

4ª Questão - Extratos de protocolos – <i>nó</i> Articulação em rede – Tendência 1 Dificuldades de abordagem

As2: Casos e casos, é como o AAA, esbarra na falta de conhecimento das pessoas usuárias de drogas. Às vezes a pessoa que vem é a mãe que descobriu que o filho usa maconha, e aí já vem com aquele sofrimento querendo internar, salvar aquele filho. Então ela, bombardeada de coisas de negativas, digamos assim, falta de conhecimento acerca do cuidado, pois às vezes a pessoa estar naquele uso inicial. Aí vem nosso tratamento com nossa família de falar sobre esse uso. [...] E nos aqui não trabalhamos a prevenção da dependência química, trabalhamos o uso abusivo mesmo, porque as pessoas confundem, o adolescente é pego com o cigarro de maconha, que experimentou uma vez, ou fuma esporadicamente, não é caso de CAPS ainda né.

Sabemos que a questão das drogas ganha relevância no âmbito da saúde mental, principalmente no âmbito da instituição do CAPS ad, mas ganha contornos ainda mais complexos quando a equipe do CAPS i tem que atender as crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de algum tipo de droga. A questão denuncia problemas relacionados com as abordagens e perspectivas diferenciadas nos tratamentos ofertados pelo CAPS com as concepções moralistas e medicamentosas que perpassam o âmbito social. Ainda nessa questão, os profissionais revelam a falta de convergência entre os preceitos da política e as concepções profissionais e da população.

Apesar de vários temas terem surgido no decorrer da discussão, o que demonstra a variabilidade das questões que são colocadas para os profissionais, percebemos que há uma integração da equipe para a efetivação de um objetivo que é partilhado por todos: a busca pelo cuidado mais humanizado e integral. Mesmo identificando ações fragmentadas e esforços isolados de alguns profissionais, no sentido de dividir tarefas com os membros da equipe, há certo ajustamento a partir desse objetivo. As ideias sobre a intersetorialidade estão presentes nos discursos e são percebidos principalmente no esforço que a equipe demonstra em estabelecer arranjos, parcerias e conseguir apoio para a efetivação do cuidado.

Também percebemos que o serviço, por se tratar de um CAPS que atende crianças e adolescentes, há um maior esforço para viabilizar determinadas soluções. A questão infanto-juvenil desperta a sensibilidade da equipe e acaba se tornando um recurso que mobiliza os demais profissionais. Outro elemento que ajuda na construção dos processos encadeados por essa equipe advém do aparato legal, como o ECA, que dispõe de mecanismos que podem ser acionados para efetivar o direito à saúde dessa clientela.

Aproveitando o reforço do grupo sobre a situação de “sofrimento” dos usuários, introduzimos a quinta questão: *O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde mental?*

Esta questão provocou um maior envolvimento. Podemos inferir que a pergunta foi uma surpresa para as participantes, talvez porque elas não estivessem esperando esse tipo de questionamento ou porque nunca pararam para pensar nas impressões que tinham sobre os usuários. Ou ainda, pelo medo de demonstrarem algum tipo de preconceito em seus comentários.

Nesta questão identificamos um *nó* (categoria) *descrição da população usuária*. Esse *nó* reuniu comentários em que os profissionais tentam definir a população que usa os serviços da rede de saúde mental, nos quais destacamos duas *tendências*: 1) o discurso sobre a *fragilidade da rede*; 2) os depoimentos sobre os *problemas na abordagem familiar*.

5ª Questão - Extratos de protocolos – <i>nó</i> Descrição da população usuária

As2: São pessoas que estão em sofrimento e que de repente tem algum encaminhamento de algum setor, a maioria das pessoas que nos procuram é encaminhada pela escola, também já vem com um diagnóstico já preparado [em tom de crítica] e às vezes nem é aquilo.

Enf3: Eu até compreendo, são pessoas que tem um contexto de vida bem difícil, né? Olhe ontem passou

uma por mim que disse: eu venho participar do grupo de família porque têm dias que eu não tenho nem o que comer, eu venho com fome, o comer que tenho estou dando aos meus filhos, mas eu estou passando fome e têm dias que eu não estou bem, às vezes esse é o motivo de não querer participar do grupo de família.

A população usuária foi brevemente descrita como uma população em sofrimento acarretado pelas suas condições socioeconômicas precárias marcadas pela pobreza e pela ausência de trabalho.

Apesar do reconhecimento da equipe que a população usuária de seus serviços está em sofrimento, a família não é poupada das críticas dos profissionais como podemos observar na primeira tendência dessa categoria, quando os discursos foram deslocados para os problemas da abordagem familiar:

5ª Questão - Extratos de protocolos – *nó* Descrição da população usuária – *Tendência 1* Problemas da abordagem familiar.

As1: E quando é um caso mesmo, ele vem pra cá achando que só a medicação vai resolver, ele quer entupir a criança de medicação, quer dopar ou pensa só no benefício BPC. Acho que ele pensa assim: criança/medicação/BPC, pronto, resolvido!

Enf2: Outra coisa, quando há a necessidade da gente dar alta do serviço àquela criança, há uma resistência muito grande por parte delas, já chegou um caso aqui que a mãe disse: eu vou para o Ministério Público porque o CAPS não quer atender meu filho e ele tem que ficar aqui, né? A gente tem todo um acolhimento, uma equipe, querendo ou não tem as refeições, quem estuda na escola municipal nós temos uma parceria com a Educação Especial e eles têm as passagens para vir para o CAPS, né! Então, há todo um propositivo, vai para o médico, não tem fila para ir para o médico aqui, né! Do médico vai para farmácia e já sai com o remédio e quando vai para outro serviço nem sempre é assim, há filas tem que chegar não sei que horas da manhã para ser atendido naquele horário e aqui chegou o pessoal já é atendido, então, é uma resistência muito grande dessas mães quererem sair do serviço.

A partir dos depoimentos das participantes, podemos inferir que a relação com a família torna-se complicada, pois a equipe tem que lidar com o conjunto de sentidos que a família possui sobre a doença e o cuidado em saúde mental. Ficou claro que os profissionais tentaram demonstrar que, de certo modo, a família tenta se “aproveitar” da condição para ganhar algum benefício, seja social, econômico ou simplesmente em reduzir suas responsabilidades no cuidado.

No decorrer do debate, os comentários rapidamente foram deslocados para a descrição da fragilidade da rede, das relações e das parcerias que poderiam se estabelecer para

melhorar a oferta desse cuidado. A articulação com atenção básica por meio da ESF foi mencionada como primordial para efetivação desse cuidado.

5ª Questão - Extrato de protocolos – *nó* Descrição da população usuária – *Tendência 2*
Fragilidade da rede

As2: Então vemos o sofrimento muito grande dessas pessoas que tem a necessidade de um acolhimento, de tratamento e cuidado. E que assim, acaba a gente percebendo o furo da rede até da rede intersetorial também, que acabada que a gente não tem um CAPS 24 horas, às vezes são pessoas que estão em crise, necessitando de uma atenção mais intensiva.

As1: A Atenção Básica tem que despertar para isso também para a gente poder trabalhar em conjunto porque se não fica muito isolado só CAPS e CAPS e como você colocou aqui, você não ver o indivíduo como um todo. Temos que ir mais para as bases, o ACS é mais importante lá na base, faz um trabalho de formiguinha e juntamente com o distrito com os apoiadores e assim a gente vai fazer um trabalho bem melhor.

O recurso ao sofrimento, entendido pelos participantes como sofrimento psíquico e social, também, emerge como resultado das condições sociais e econômicas do país. Essas condições acarretam o mau funcionamento dos serviços sociais, o que agudiza o sofrimento. Essa situação enfatizada pelos participantes interfere nos mecanismos de socialização dessas pessoas e na sua representação enquanto grupo social. Os próprios profissionais têm dificuldades de entender que eles também se inserem nesse contexto e que são margeados por essa situação de sofrimento social e emocional.

Ao fim da análise, utilizamos uma ferramenta do software *Nvivo10* que nos permite criar uma imagem que é denominada de nuvem de palavras (*tagclouds*). Esse recurso transforma os dados linguísticos do texto analisado em uma imagem que apresenta um conjunto de palavras representado por diferentes tamanhos para expressar a frequência da palavra no discurso. A palavra mais frequente é alocada no centro da imagem e as demais a sua volta em tamanhos decrescentes. O resultado produzido por essa ferramenta revela que de fato a questão infanto-juvenil exerce centralidade na discussão do grupo, mobilizando todos os esforços para o seu devido atendimento, como podemos observar na Figura 16:

Procedemos com a leitura do TCLE e, posteriormente, esclarecemos algumas dúvidas dos participantes sobre as questões de sigilo e as implicações dos resultados da pesquisa. Após esse momento, acionamos os aparelhos de áudio e vídeo para o registro da sessão e iniciamos a condução do grupo que transcorreu por 01 hora e 43 minutos.

Em cada questão, foram estabelecidas as unidades temáticas, que denominamos de *nós* e, posteriormente, tratamo-las como categorias.

QUADRO 23 - UNIDADES TEMÁTICAS (NÓS) POR QUESTÃO PASM

Questão	Nós	Tendências
1ª) Como é realizado o atendimento no serviço?	Descrição do serviço	1. Crítica a Rede
		2. Trabalho em equipe
		3. Crítica à reforma
		4. Perfil dos usuários
	Internamento	1. CAPS x PASM
2ª) Quais são as atribuições da equipe?	Descrição do atendimento	1. Autonomia
		2. CAPS x PASM
3ª) Como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe?	Encaminhamentos	1. Fragilidades da rede
		2. Atendimento às crianças e adolescentes
4ª) Qual a relação do atendimento realizado com os princípios da reforma?	Diferenças	-
	Crítica à reforma	
	Fragilidade da Gestão	
	intersetorialidade	
5ª) O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde mental?	Paciente difuso	-
	Perfil dos pacientes	

Fonte: Elaboração do autor.

Para a primeira questão foi estabelecido dois *nós* temáticos (categorias) que sintetizam o debate nesse primeiro momento. No primeiro *nó* ainda identificamos quatro tendências (subcategorias). No segundo *nó*, observamos uma tensão ou conflito estabelecido

entre o CAPS e o PASM que, por conseguinte, categorizamos como uma tendência desse discurso.

Assim, definimos os *nós* para essa primeira questão:

1) **Descrição do serviço:** reuniu um conjunto de comentários em que os participantes fazem sobre o funcionamento do serviço, mas dando evidência à crítica que fazem a rede e a gestão, a configuração do trabalho em equipe e os diferentes tipos de usuários que o serviço atende;

2) **Internamento:** reuniu comentários dos participantes sobre os empasses na condução do internamento dos usuários que demonstra o conflito estabelecido entre os diferentes serviços e as noções de cuidado e clínica em saúde mental;

A primeira questão, inicialmente, provocou um silêncio no grupo que foi rompido pelo comentário de uma profissional que declara: “*depende do plantonista*”. As reações não são muito confortáveis com o comentário, percebemos certa agitação e outra profissional prossegue explicando a razão do comentário da colega. O debate inicia pela dificuldade em equacionar as funções que o serviço deve desempenhar com os diferentes perfis de atuação profissional, pois, como o serviço funciona em regime de plantões, há uma mudança na configuração da equipe e, por conseguinte uma mudança na forma de se proceder com os atendimentos.

Percebemos uma blocagem entre aqueles que desenvolvem uma prática mais compartilhada e os que reproduzem um atendimento mais pragmático ou fechado em seu núcleo profissional. Mais uma vez o grupo reage com bastante desconforto as “justificativas” da profissional. A mesma retoma a fala, com certo constrangimento e tenta descrever como funciona o serviço, como podemos observar no protocolo abaixo:

1ª Questão- extrato do protocolo – Descrição do Serviço
As1: Bom [constrangida], mas é um serviço em que o usuário chega acompanhado pela família ou pelo SAMU, é feito uma triagem pelo Serviço Social ou pela Psicologia e nós analisamos alguns critérios tipo como: se ele mora no município de João Pessoa, Cabedelo, Bayeux ou Santa Rita, se realmente o quadro se encaixa em um quadro de urgência e emergência, após essa triagem é feita a ficha, ele adentra ao serviço, vai para equipe de enfermagem e vai para o médico ser atendido aonde ele relata sua queixa principal do atendimento naquele dia e a partir desse atendimento é decidido, isolado ou conjuntamente, depende, o destino desse usuário, que ele pode ficar no leito de observação até 72 horas, que é a regra, mas que em muitos casos excede por causa das características do caso, ou ele pode ser encaminhado para um serviço substitutivo [...]. Med1: O PASM quando surgiu, porque na verdade as emergências eram feitas nos hospitais psiquiátricos, surgiu para tentar diminuir o número de internações dos hospitais psiquiátricos, na medida

em que a gente poderia fazer um atendimento de urgência consolidado, triar melhor novos casos para ver aqueles que são necessitados ou não de um internamento. Realmente o PASM gerou um impacto, diminuiu os internamentos foi até que começou a surgir um número de vagas nos hospitais, o problema é que, como é um serviço de urgência a gente começa recebendo o paciente em crise, acolhe, atende e depois é que a gente encaminha esse paciente para outro serviço na rede, e o problema é que a gente procura a rede e não tem [...].

Ps1: E não tem.

Ps2: Não tem.

Ger: Acolher e fazer os encaminhamentos adequados.

Med1: Isso. Fazer a referência, pois o atendimento não se encerra em si, a gente recebe, identifica o que está acontecendo, procura resolver na melhor maneira possível e procura encaminhar para os locais adequados e dar o suporte que a pessoa precisa. Então quer dizer, uma das funcionalidades de um serviço de urgência e emergência é encaminhar para a continuidade de tratamento em algum local. E isso a gente não consegue encaminhar. A gente encaminha e o paciente volta e pior e isso é muito frustrante para quem trabalha em um serviço de urgência e emergência.

Parece-nos que *As1* se sentiu precipitada ao afirmar que o atendimento em saúde mental realizado no serviço dependia do profissional. Sua colocação, logo no início do grupo, expôs um conflito que talvez a equipe quisesse esconder ou não revelar tão rapidamente para um estranho. Tolhida por olhares e comentários quase sussurrados a *As1* entra na “lógica” do grupo e meio constrangida procede à descrição da rotina do serviço a partir da entrada do usuário. As falas seguintes se apoiam nessas rotinas para logo em seguida demonstrar uma insatisfação com a estrutura da rede e com ineficácia de outros dispositivos como percebemos no depoimento de *Med1* e nas afirmativas do outros profissionais concordando com seu posicionamento.

Vários dispositivos da rede como unidades básicas de saúde, centros de referência e ambulatorios são desacreditados pelos profissionais, principalmente pelos profissionais médicos presentes no grupo. O debate assume a dimensão das comparações (paradigmáticas, ideológicas e procedimentais) entre o PASM e os CAPS. São narrados alguns acontecimentos que exemplificam essas diferenças.

1ª Questão- extrato do protocolo – Descrição do Serviço- subcategoria: crítica rede

Med1: Para um serviço funcionar a Rede tem que funcionar. Gente, a meu ver a funcionalidade do serviço é atender, abarcar urgências e emergências dos pacientes que tem um problema. Só que a gente não está conseguindo fazer isso direito.

Psi3: A demanda da família é só para medicalizar, aí agente tem esse leito de observação, que é uma internação breve que ele pode ficar até 3 dias e depois pode ser encaminhado para o leito do CAPS 24 horas, acho que é como vocês falaram, ouve uma falha na rede, a rede falhou e por conta dessa rede não estar funcionando está aumentando a demanda daqui, pois se existisse isso aí [se referindo a rede] e a gente ficasse apenas com a observação breve e a gente fizesse um trabalho com família, ficasse essas 72 horas fazendo essa escuta, fazendo esse trabalho com a família e depois indo para algum serviço

substitutivo eu acho que agente estaria muito mais gratificado com o trabalho.

As1: Não é fácil encarar um plantão de 12 horas tumultuado, é desgastante, é muito desgastante, são casos de difícil resolatividade, você precisa da rede e a rede não funciona como deveria, não temos para onde encaminhar, as crianças e adolescente nos finais de semana e nos feriados, e assim a equipe se desdobra ao máximo para atender a gente vai além e ponto. Telefona para o CAPS e não tem leito de 24 horas, telefona para unidade de acolhimento e diz que não vai receber dessa forma, quantos telefonemas precisamos fazer em alguns casos e temos ficar aqui firme e forte porque se não gostar a gente não trabalha no PASM.

Ger: A gente sabe que não é fácil trabalhar em rede, é desgastante, é desafio! Você pegar um telefone e estar discutindo um caso, não é todo mundo que tem essa abertura, de falar e receber. Eram essas as ressalvas que eu gostaria de fazer, essa cultura [hospitalocêntrica] tanto vem da família, que a gente já recebe esse embate grande, como também de profissionais que não querem se colocar a disposição alguns minutos, horas para sentar e discutir, de romper aquele ciclo de internação, prefere muitas vezes internar do que estar na discussão com a família.

Esses depoimentos revelam a insatisfação de alguns profissionais com o não funcionamento da rede, pois, de acordo com a equipe, a função primordial do serviço é tirar os usuários da crise e fazer a regulação para os demais serviços, sendo o principal dispositivo o CAPS. No entanto, dada a ineficácia desses serviços, a equipe acaba muitas vezes extrapolando o limite regulamentar (prescrito em portaria) de permanência desses indivíduos no leito de internação, o que, por sua vez, provoca o retorno desse paciente repetidas vezes para o serviço. Pareceu-nos bastante claro que a inoperância da rede, para esta equipe, advém também da dificuldade de entendimento entre os profissionais, sobre o cuidar, sobre a clínica e principalmente em se trabalhar em rede.

Sobre esse aspecto, observamos com mais clareza na subcategoria *trabalho em equipe* quando, mais uma vez, *As1* expõe sua opinião sobre a equipe multiprofissional e, em seguida, prosseguem comentários que tentam “justificar” essa relação entre os saberes e os profissionais dentro do serviço.

1^a Questão- extrato do protocolo – Descrição do Serviço- subcategoria: trabalho em equipe

As1: O PASM está inserido nessa Rede de Atenção Psicossocial como um serviço de urgência e emergência, ele é formado por uma equipe multiprofissional, porém a perspectiva de atendimento muitas vezes não é multidisciplinar. Nós não temos uma horizontalização dos saberes e isso depende do que? Aqui, da equipe de plantonista, pois como todos trabalham no sistema de plantão, é difícil, pois cada profissional vem com sua formação diferenciada e quando chega à junção desses profissionais no atendimento é difícil tentar operacionalizar essa perspectiva interdisciplinar, então muitas vezes a gente estar inserido em um serviço de saúde mental, nessa nova perspectiva de atendimento, então devemos entender esse sujeito [os usuários] como sujeito de direitos, mas nós muitas vezes não conseguimos fazer isso.

Med1: Questão de convivência, se você tiver pessoas diferentes convivendo com qualquer formação, se você tiver um bancário, um taxista, um médico, um assistente social convivendo, dependendo das características individuais dessa pessoa, essa relação de convivência vai ser diferente. Tem pessoas que sabe lidar melhor com a equipe e tem pessoas que não sabe lidar com a equipe.

Fica evidente que empiricamente os entrevistados percebem as dificuldades de se operacionalizar a rede de atenção psicossocial e os princípios da reforma psiquiátrica. A equipe é multiprofissional, mas o trabalho não chega a ser um trabalho interdisciplinar, pois há forte hierarquização dos saberes, principalmente dos médicos com os demais membros da equipe. Para nós, além da questão de convivência mencionada por *Med1*, estão implícitas as diferenças culturais, de formação e da própria visão de mundo dos profissionais que dificulta a horizontalização dos saberes e das posturas. Podemos também compreender que essa configuração interfere diretamente na forma como os profissionais decodificam e interpretam os sentidos da rede discursiva presente no campo e da narrativa da reforma. Acreditamos que essa narrativa construída por esta equipe (em seu jogo de interpretação dos sentidos) gera práticas diferenciadas que se alinha com o tipo de serviço em que atuam, com os recursos disponíveis e, principalmente, com os modelos propostos pela política, que, em nossa opinião, produz mais resistência do que consensos na equipe analisada.

Tomamos como exemplo os extratos da subcategoria *crítica à reforma*, quando percebemos claramente a postura dos profissionais médicos sobre a reforma psiquiátrica e a tímida tentativa de defesa de uma das psicólogas.

1^a Questão- extrato do protocolo – Descrição do Serviço- subcategoria: crítica a reforma

Med1: Bom, é a impressão que eu tenho logo no início as coisas eram mais resolutivas, só que com essa questão da reforma, foram fechando os ambulatórios, fechando um monte de coisas que a gente não tem mais para onde encaminhar o paciente.

Ps2: O aumento da demanda também.

Med1: Bom, o aumento da demanda se deve em primeiro porque o pessoal está sabendo que o PASM existe, antes não sabiam que existia e agora outra coisa, fecharam os serviços de atendimentos, e eu não estou falando de hospital, estou falando em serviços mesmo [dando ênfase a diferença], claro que as pessoas correm para um hospital e a gente não tem hoje como encaminhar um paciente para um ambulatório. Antes se encaminhava para o ambulatório do Complexo Juliano, mas foi fechado o ambulatório.

Ps2: Mas tem que encaminhar para a unidade (UBS), para a unidade de saúde encaminhar para os CAIS.

Med1: Os CAIS? Esqueça! Se você precisar de um CAIS é complicado, se você precisar você não conte.

Mpsi2: As pessoas defendem que um paciente super agitado vá para um lugar sem proteção, porque não tem noção do que é um paciente super agitado que pode pular um muro e que pode até matar, como matam! Ou se matar! Parece que tem uma distancia entre o real e o mundo dos sonhos da Reforma

Psiquiátrica sabe? Tem uma distancia que é abismal, então assim, eu me sinto muito bem falando agora do PASM, porque foi o primeiro lugar que trabalhei nesse 11 anos, olhe eu tinha uma campainha que era para quando uma pessoa quisesse me esganar, que pode acontecer, eu apertar e saber que vinha um socorro rápido para me proteger. O que? Alguém pode te esganar? Sim!! O paciente às vezes chega aqui que ele pode te matar.

Algumas questões podem ser tratadas a partir destes depoimentos. Há um imbrincamento de posturas e observações que sustentam esses discursos. De fato, a reforma tem efetivado, ao longo dos anos, o fechamento de estruturas manicomiais e hospitalares, reduzindo a oferta de leitos psiquiátricos. No entanto, essa redução foi lenta e gradual e apenas nas estruturas que sofreram denúncias de abusos e de maus tratos dos pacientes e daquelas instituições que não atenderam a avaliações do PNASH-psiquiatria. Mesmo assim, é evidente que muitos desses serviços permanecem intocados e fazendo parte da rede de atenção psicossocial. Alguns estudos debatem a proporção do número de CAPS pela população, consideram o parâmetro do MS como incompatível com a realidade de alguns municípios, mas sabe-se que o estado da Paraíba possui um dos melhores índices de cobertura de serviços de saúde mental (GOMES, 2013). Todavia fica evidente que há um aumento da demanda e falta de articulação em rede que torna o atendimento dessa demanda mais difícil. Esses fatos são tomados pelos profissionais médicos como uma “destruição” da rede instituída negando os avanços da rede de atenção psicossocial. Acreditamos que os próprios profissionais desconhecem a forma como a rede está organizada e por isso percebem apenas o CAPS como serviço central do atendimento. A defesa da manutenção das estruturais tradicionais recorre aos diferentes perfis de usuários e a sua suposta periculosidade como fica evidente no depoimento do *Mpsi2*. Assim, a reforma é tratada como algo idealizado e não compatível com os preceitos médico-psiquiátricos para a doença mental.

Na subcategoria *perfil dos usuários*, percebemos com mais clareza as diferenças que os médicos evocam sobre os usuários e as questões estruturais entre os dois serviços que para eles não atendem ao perfil de pacientes definidos por suas concepções.

1^a Questão- extrato do protocolo – Descrição do Serviço- subcategoria: perfil dos usuários

Med1:As pessoas que tem indicação de ficar num leito 24 horas dentro do CAPS são aquelas pessoas que não estão tão graves e que você consegue ter num mínimo uma interação social, pode estar até delirando, mas não está agressivo, se não tiver uma ideação e fuga, por exemplo, dar para você permanecer nesses leitos, agora se não tiver isso não dar, não dar porque não tem como você conter.

Psi1: Proteger [corrigindo o colega]

Mpsi2: No CAPS a coisa ficou tão socializada no campo do etéreo, que a coisa ficou uma doença social, que está dentro de um sistema de exclusão, mas na minha formação este é um dos aspectos, mas há uma parte que está bem dentro de uma estrutura mesmo, vou dizer assim, ou do caráter, ou estrutural que é diferente de eu pensar só como uma doença psiquiátrica-social, ou de exclusão. Eu acrescentaria mais alguma coisa, as medicações desses pacientes graves tem um potencial de interação, tem um potencial de toxicidade muito grande, então de uma hora para outra o paciente sente um calor muito forte e ele transpira de mais e ele vai metabolizar diferente no outro dia, de uma hora para outra, as vezes isso só pode ser visto com uma monitorização que não ocorre no CAPS, [...]mas parece que lá, minha opinião, a visão médica, a visão do psiquiatra é demonizada, ou seja, lá, muitas vezes, eu estava no início do processo de tratamento, estava lá esperando, chega “cadê o paciente?” “há saiu...foi de alta” Como assim? Eu não conseguia dar prosseguimento ao paciente.

Fica implícito no discurso que há um perfil de usuário que pode ser cuidado no CAPS, um usuário mais “tranquilo” que, apesar do seu transtorno, não apresenta risco para os profissionais e o usuário mais grave que necessita de contenção para garantir a segurança de todos. A contenção é mencionada como um recurso de controlar os “impulsos” agressivos dos usuários, mas *Psi1* apresenta outro entendimento como sendo uma forma de proteção. Para *Mpsi2*, o CAPS não oferece as condições de monitoramento do quadro clínico desses pacientes e, em sua compreensão, a reforma mitificou a doença mental considerando-a apenas como uma manifestação social, que o profissional aparentemente reconhece, mas também reconhece os problemas mentais com algo biológico ou do desvio de conduta ou caráter. O que incomoda a esses profissionais em particular é a perda do monopólio de seu exercício de poder sobre o corpo e a vida dos pacientes (SIMÕES; FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013; DUARTE et al., 2012; SAMPAIO et al., 2011). Esta perda reflete-se no ordenamento da internação que agora passa a ser compartilhada com a equipe, considerando todos os aspectos envolvidos no processo. Diante dessa problemática, os profissionais acusam o movimento reformista de demonizar a psiquiatria.

Esse aspecto ganha mais evidencia no segundo nó para esta primeira questão: a categoria do *internamento* e na subcategoria subsequente: PASM x CAPS. O impasse está centrado no internamento, que é objeto de disputa entre os dois serviços.

1ª Questão- extrato do protocolo – Internamento

Med1: A paciente estava pior do que estava no início. Essa paciente tinha indicação total de internamento, mas isso gerou uma discussão tão grande que eu, então, vou deixar aqui no PASM, porque eu vou tentar entrar em contato com os colegas do CAPS para saber o que está acontecendo, aí vou deixar aqui. Era sábado final de plantão e deixei lá [se referindo ao PASM]. A paciente acabou sendo mandada para o internamento porque ela não estava bem de jeito nenhum. No final das contas eu até me arrependi eu devia ter liberado, mas não, para não ter confusão preferi deixar lá, mas no outro dia o colega foi conversar com a família e internou o paciente, no outro dia e a família aceitou, por que a família viu que a situação estava difícil. A gente não estava conseguindo conter [no sentido da crise] e o CAPS não deixava internar.

1ª Questão- extrato do protocolo – Internamento- Subcategoria: CAPS x PASM

Med1: A gente tem que ver, porque o internamento é a última coisa que todo mundo quer fazer, todo mundo tenta encaminhar, mas tem hora que é necessário [se referindo ao internamento]. Ai a gente tem um problema porque às vezes o paciente é para ser internado e o pessoal [se referindo aos profissionais do CAPS] fica brigando para não internar, a gente tem que ter muito jogo de cintura para lidar com o outro serviço, que é o CAPS. É tão complicado que “às vezes nem o hospital dar conta” [dando o sentido que o hospital é o melhor suporte].

Psi2: A gente tem que dar conta da nossa impotência gente, são situações muito graves.

Mpsi2: A diferença que está não é nem ideológica, porque o psiquiatra em outros serviços [se referindo aos CAPS] virou o demônio, a encarnação do mal. E no início foi como se fosse assim, a gente teve que superar isso e criar uma maneira de retirar essa cobertura do mal, tirar esse status do mal para a gente poder ultrapassar aquilo e o que acontece é que fazem esse choque de conflitos de interna ou não interna, para mim é puramente ideológica.

O que observamos é uma disputa entre os modelos de atenção (psicossocial e asilar) e de quem tem o saber ou a autoridade de proceder (autorizar, liberar, refutar) à necessidade de uma internação. Motivado pelo debate, o coordenador do grupo introduz uma questão sobre as razões das diferenças entre as duas abordagens, que parece dividir a equipe e os serviços. Após esse questionamento, os médicos pedem para falar e defendem sua posição dentro do serviço.

1ª Questão- extrato do protocolo – Internamento- Subcategoria: CAPS x PASM

Med1: Agora respondendo a sua pergunta qual a diferença de um internamento no CAPS para de um Hospital por quê? Tem diferença de tipo de paciente? Tem sim! O CAPS como tem um fluxo grande de pessoas, pessoas entrando e saindo o tempo todo, aquelas pessoas que estão dentro o tempo inteiro que estão internas, nos leitos 24 horas, ou seja internamento [dando ênfase] e tem aquelas pessoas que ficam circulando, quer dizer se forem pessoas tem uma intencionalidade de agressividade muito grande, ideia de fuga muito grande, elas vão fugir ou vão ser agressivas com alguém, consigo mesmas ou vão cometer algum crime, ou vão fugir, lá dentro é mais fácil acontecer isso.

Mpsi2: Aqui mesmo que você volte na outra semana você sabe que a coisa está girando, a construção está ocorrendo.

A lógica discursiva apresenta a medicina e a psiquiatria como um conjunto de práticas clínicas (várias vezes enfatizado pelos expoentes) que hoje são mais modernos, arrojados e mais humanistas do que no passado. Queixam-se da “demonização” que médicos e psiquiatras sofrem nos serviços de saúde mental como profissionais que reproduzem a medicalização e o internamento das pessoas como única forma de tratamento. A satisfação dos profissionais médicos em trabalhar no PASM advém da cristalização de seu saber e de suas competências como estruturante do serviço. As diferenças entrem os dois serviços

(PASM e CAPS) para os mesmos estão centradas na disputa de poder, principalmente por dinheiro e por questões políticas. No entanto, para manter a supremacia de sua autoridade, os profissionais médicos reafirmam a autoridade do seu saber pela manipulação de alguns elementos: a necessidade clínica do internamento, da medicação e da periculosidade que os usuários oferecem. Todavia, esse debate gera uma diferença entre os próprios usuários, quando fica implícita a ideia de usuários que têm perfil de CAPS (supostamente mais tranquilos e dóceis) e de usuários que necessitam de uma abordagem mais dura (a contenção química, a contenção mecânica e o internamento).

Ao final do debate da primeira questão, a assistente social que “denunciou” o conflito estabelecido entre os profissionais da equipe foi induzida a se “retratar”, quando considerou que não quis generalizar suas colocações para toda a equipe, mas retornou a afirmar que, em “alguns momentos”, essas questões acontecem. Instigado pelo debate, o coordenador do grupo indaga dos participantes sobre a constituição do “atendimento diferenciado” que o serviço oferece e que muda com a configuração da equipe. Inicialmente, os comentários que seguiram após esse questionamento demonstraram questões de ordem pessoal, como a convivência com a diferença, passando pela questão da interdisciplinaridade até retomarem a discussão sobre os diferentes serviços para os diferentes usuários, ou seja, reafirmando o caráter perigoso de certos pacientes e na defesa de que a loucura é uma doença de ordem química e biológica, negando, assim, sua dimensão social e da experiência humana.

Diante da discussão, introduzimos a segunda questão, na qual identificamos 01 categoria, *Descrição do atendimento*. Dentro dessa categoria, estabelecemos uma subcategoria que retoma a discussão já expressa na subcategoria CAPS x PASM.

Na primeira categoria, os comentários declararam que a atribuição do serviço e também da equipe (pelo discurso exposto) seria acolher os pacientes numa situação de urgência e emergência.

2ª Questão- extrato do protocolo – Descrição do Atendimento

As2: Foi até o que As1 deu uma ideia, que achei interessante, a gente fazer, para a gente poder se atualizar de como fazer melhor o atendimento de urgência e emergência, porque o PASM é um serviço feito para isso, ele não vai acompanhar o paciente, embora acabe acontecendo pela falha dos outros e o que me entristece muito porque eu gostaria que tudo funcionasse muito bem, embora não funcione, eu gostaria muito que os serviços funcionassem, pois seria melhor para os pacientes.

MPsi1: E vamos combinar que muitas vezes isso fica na mão de um profissional, do psiquiatra, que é esse profissional que já tem essa condenação, que é essa ideia que é construída de forma bastante equivocada que ele só quer a internação que ele só quer medicar. Essa experiência aí a gente vive pouco apesar desses conflitos todos pontuados por As1, a gente consegue se confrontar com isso, o assistente

social, o psicólogo, a gente vai se confrontando e é muito confortável ser escutado e ir conciliando uma possibilidade para aquela pessoa.

Fica evidente que, apesar dos profissionais reconhecerem a importância do PASM e disputarem o monopólio da internação, a função do serviço é de apenas fazer o atendimento de urgência e de emergência e não um acompanhamento longitudinal do usuário. O que nos parece, pelo discurso exposto, que a equipe acaba por acompanhar esses usuários pela inoperância da rede, que faz com que esses usuários retornem repetidas vezes ao PASM. Fica implícita, no depoimento de *Mpsil*, a relevância do psiquiatra na condução desse atendimento, pois é o profissional médico-psiquiátrico que tem a autoridade clínica de medicar e “retirar” o usuário da crise. Os demais profissionais dariam suporte com a monitorização da evolução do usuário nos dias em que transcorre seu acolhimento breve. A fala inicial de *AsI* é constantemente justificada no depoimento dos profissionais médicos, como dissessem que, em certa medida, reconhecem o seu posicionamento, mas que ele não se concretiza, pois quem define a conduta terapêutica são os médicos e não a equipe.

Para Bonfada e Guimarães (2012), com a instituição do novo modelo de assistência em saúde mental, o atendimento das crises ganha o espaço social. Todavia, com a diminuição dos leitos e da internação houve o aumento gradativo dos serviços substitutivos e a criação de novos serviços para dar conta dessa demanda. Nesse sentido, apontam os autores que a Política Nacional de Atenção às Urgências ratificou que é responsabilidade do SAMU atender e encaminhar às crises psíquicas.

Os autores apontam que essa demanda legal que atribui novas competências e habilidades para os profissionais deve ser acompanhada de uma formação e capacitação contínua, pois os atendimentos às pessoas com transtornos mentais em crise requerem habilidades peculiares dos profissionais e dos serviços envolvidos.

Entretanto, de acordo com Oliveira (2002 apud BONFADA; GUIMARÃES, 2012) com base no conceito de crise, nem toda crise psíquica é uma demanda de urgência e emergência psiquiátrica, portanto, não devem ser tratadas incondicionalmente como tal, pois as concepções de urgência e de emergência do âmbito clínico não se aplicam adequadamente ao campo da saúde mental.

Na subcategoria CAPS x PASM dessa questão, evidenciamos posicionamentos bastante complicados, quando os profissionais dentre outras questões colocam em xeque alguns preceitos já consolidados pelo campo da saúde mental.

2^a Questão- extrato do protocolo – Descrição do Atendimento – subcategoria: CAPS x PASM

Med1: Fazer o atendimento de urgência emergência, embora nas portarias do CAPS diga que eles têm que fazer esse atendimento. Os CAPS daqui não fazem esse atendimento de urgência e emergência, inclusive os daqui quando a gente diz que eles têm que fazer atendimento de urgência e emergência, eles dizem: Não. E tem mais uma coisa, a gente aqui trata os pacientes como pacientes, porque são pessoas que precisam de cuidado. Assim, a gente não se detém ao fato que fica, assim, a pessoa, a gente percebe essa ideologia nos serviços como os CAPS, chama de usuário, usuário é uma pessoa vai e usa aquilo, um serviço como algo habitual como um órgão público, aqui não, a pessoa, a pessoa é paciente, são pessoas que realmente estão doentes de alma, de corpo de qualquer que seja e que precisa de cuidados [...].

MPsi2: Eu acrescentaria ai uma coisa, pergunta para qualquer profissional da saúde mental: para onde você mandaria um paciente seu de sua clínica particular que estivesse em crise e você estivesse de férias? PASM, essa vai ser a resposta de quase todos.

Psi1: De todas as classes sociais chegam pacientes aqui.

MPsi2: De todos os profissionais, eles vão mandar para cá, aqui virou um ponto de referência do paciente de saúde mental agudizado, não só crônico, aqui virou um lugar de referência.

Psi1: Inclusive para serviços particulares.

Mesmo reconhecendo às atribuições do serviço, a equipe enfatiza que de acordo com as portarias essa função também seria do CAPS, mas a equipe do CAPS se nega a fazer esse atendimento de urgência e de emergência. Nesse sentido, a equipe se sente sobrecarregada com as demandas que têm que atender. Para eles, as falhas do serviço também são agravadas pela inoperância do CAPS. Rapidamente os comentários retornam para a discussão inicial das diferenças entre os dois serviços. Os profissionais enfatizam as formações como um recurso para “homogeneizar” o atendimento no serviço frente aos diferentes perfis dos profissionais. Várias limitações são apresentadas como empecilho para a melhoria da qualidade do serviço como: falta de suporte da rede, número reduzido de profissionais, estrutura física da unidade entre outras. Emerge a “metáfora do sofrimento” dos usuários como recurso mobilizador de esforços e de defesa da estrutura de tratamento asilar instalada. O coordenador do grupo foi corrigido por uns dos médicos participantes por ele utilizar o termo “usuário” e não “paciente”. O discurso é que, no PASM, pacientes são tratados como pacientes, de pessoas que necessitam de cuidado. Nesse sentido, o discurso médico-psiquiátrico assume a função de interlocutor das necessidades dos pacientes com o mundo. Os médicos ou, em último lugar, a equipe detém os conhecimentos para julgar, escolher e definir o que seria melhor para os usuários. Diante do exposto, o grupo exalta as qualidades do serviço, da equipe, do esforço

que eles mantêm para oferecer um serviço de qualidade mesmo em situações tão adversas. Observamos uma polarização quando os médicos afirmam que o “tratamento” no PASM seria tão bom que qualquer profissional de saúde do setor privado (psiquiatras) na ausência por motivos de férias recomendariam o PASM como uma opção de atendimento. Em outras palavras, o PASM funcionaria na lógica do serviço privado que é caracterizado pelo modelo “hospitalocêntrico”. Esse fato é justificado pela ausência de serviços de urgência e de emergência no âmbito do município. Essa modalidade de atendimento é quase de exclusividade do setor público. Um comentário relevante para equacionar as dificuldades do serviço seria o “aumento” de sua autonomia no âmbito de sua gestão e não se submeter às imposições da reforma. Nesse momento se instaura mais um conflito, quando uma das psicólogas aborda a questão da autonomia, mas relaciona-a com a parceria entre os saberes e as práticas dentro do serviço. Mas uma vez o discurso recai no âmbito da discussão da profissão médica e de sua autonomia na condução de seus procedimentos. Em outras palavras, a sua soberania em decidir o que é melhor para o paciente e conduzir a equipe para a realização de seus objetivos. A intersetorialidade é citada pelos participantes como uma forma de garantir a continuidade do tratamento fora do serviço e essa seria sua função mais elementar.

Na continuidade, introduzimos a terceira questão: como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe? Nessa questão, identificamos uma categoria: 1) Encaminhamento. Ainda na primeira questão, houve uma intervenção por um dos participantes que conduziu para uma discussão sobre a fragilidade da rede/gestão, além de comentários sobre as dificuldades da equipe ao atender crianças e adolescentes pela complexidade dessa demanda que esbarra nos limites legais e estruturais do serviço. Tomamos estes comentários como subcategorias.

No tocante à categoria *Encaminhamentos*, os comentários foram variados e demonstraram pouco conhecimento da equipe sobre o funcionamento da rede. Diante de multiplicidade de casos, a equipe passa a descrever alguns encaminhamentos e listar alguns serviços para os quais encaminham as demandas.

3 ^a Questão- extrato do protocolo – Encaminhamentos

Med1: Tentamos encaminhar para o serviço competente.

As1: É porque às vezes eles utilizam o serviço como uma fuga para proteção.

Mpsi1: Mas um serviço como o PASM não deve servir de fuga, para isso existem outros serviços e programas como a promotoria o PPCAM e o serviço psicossocial da promotoria, aí a gente encaminha para lá.

Ger: Em caso de violência doméstica e sexual contra a mulher, encaminhamos para o centro de referência Ednalva Bezerra.

As2: Casos que envolvem o idoso nós encaminhamos para o Conselho do Idoso, adolescentes para o Conselho Tutelar.

Med1: Agora assim, quando chegam casos de violência de ameaça à jovens, à mulher, a gente acolhe, conversa e faz o papel que a gente tem que fazer de tentar fazer que a pessoa fique mais tranquila e orienta, liga para o serviço ir ao PASM, quando é um menor, automaticamente, liga-se para o Conselho Tutelar e ele vai estar lá na mesma hora para a gente discutir e resolver o que vai fazer.

Mpsi2: Vejo que isso acontece muito aqui, observo nos plantões, acontecem várias vezes, tipo gestão de situações de crise.

Um dos médicos esclarece ao grupo que a pergunta não tinha sido aquela, mas sim como a equipe encaminhava os casos que extrapolavam as barreiras do serviço, principalmente as demandas de ordem objetiva e subjetiva. Em seguida, prosseguem comentários, afirmando que, para a equipe, não há distinção entre o biológico e o mental e, quando o serviço não consegue atender, tenta encaminhar para outro serviço da rede.

3^a Questão- extrato do protocolo – Encaminhamentos –subcategoria: Fragilidade da rede

Mpsi2: O que eu achei interessante nas respostas de vocês e que achei que não é isso que Rafael perguntou, me pareceu que ele perguntou assim: fora as questões emergenciais e biológicas, as questões que ultrapassam os muros, eu entendi como sendo uma questão multipluralistas, tipo assim, aquelas questões de ordem subjetiva, não sei se foi essa sua questão [referindo-se ao Coordenador], mas acho que não tem diferença, não tem essa dicotomia biológico e mental.

Ger: Temos um olhar ampliado.

Psi2: Agora se ultrapassar e se não tem o que fazer, não tem o oque fazer.

As2: E aí a gente percebe que diante do que a gente está discutindo aqui, a dificuldade, de como Rafael colocou, que a questão que ele discute, da intersetorialidade, e aí agente percebe a dificuldade do que seria isso, até na intrasetorialidade, ou seja, dentro do nosso próprio complexo né. Então imagina para fora o que a gente passa, faz o contato com o Conselho Tutelar? Faz. Mas muitas vezes o conselho não tem um carro para chegar logo, a gente sabe bem dessa realidade.

Psi2 afirma que se não dá para atender não atende! No entanto, As2, ao se referir a este questionamento, demonstra a problemática da intersetorialidade, embora não por sua presença, mas sim por sua ausência, ou seja, na dificuldade que a equipe encontra em estabelecer parcerias com outros serviços e até mesmo dentro do próprio complexo hospitalar em que estão inseridos. Todavia defendem que há um esforço nesse sentido, quando citam o exemplo do Conselho tutelar, mas como não conseguem ser atendidos em suas demandas e acabam por inviabilizar a continuidade do procedimento.

Este impasse recai, segundo o discurso dos profissionais, na dificuldade em atender crianças e adolescentes por conta das limitações legais e da falta de estrutura do serviço.

3ª Questão- extrato do protocolo – Atendimento às crianças e adolescentes

Med1: E vale salientar que em relação ao atendimento ao jovem, o PASM não é adequado ao tratamento de jovens, até porque a gente tem adulto que fica nú, fica agressivo, então para criança e adolescente não é o local de referência.

As1: Não há na rede serviço de referência para criança.

Med1: Se acontecer de você medicar uma criança e acontecer alguma coisa com ela você pode ser processado e perder seu CRM por você atender em um ambiente que não é adequado, sabia disso?

Psi1: Mas se você não atender isso é negligenciar!

[todos falam ao mesmo tempo]

Med1: Não é negligenciar. Deve-se encaminhar para o serviço adequado ou se for uma questão do pronto atendimento, como várias vezes a gente trouxe paciente para a pediatria para a gente medicar paciente, fazer observação, fazer o atendimento daqui lá na pediatria e daqui dar um direcionamento.

Ps2: Nós estamos com um adolescente aí de 16 anos.

Med1: Errado!! Porque na hora que levar uma tapa [referindo-se a algum paciente agressivo], a mãe processa o hospital e o hospital processa a gente e processa todo mundo.

MPsi1: A questão é a gente seguir o que é correto, poxa! O PASM não é ambiente para tratar criança e adolescente.

As1: Por exemplo, às vezes tem um médico de plantão e quando chega [referindo-se a uma urgência] que é criança ele diz: Eu não atendo! Você tem pelo menos que escutar e encaminhar.

Ger: Mas num é porta de entrada? O pronto atendimento não é porta de entrada. Porque não tem sentido também mandar para o Hospital de Valentina com PA aqui.

As2: Aí fica esse desencontro, o paciente fica rodando.

Observamos que os médicos se sentem ameaçados em recusar o atendimento (por conta da estrutura), pois em tese o profissional de medicina é habilitado a atender crianças, assim como as demandas de psiquiatria e etc. O debate recai na forma de atender e de encaminhar esses casos, então a equipe passa a discutir qual o serviço do município habilitado para atender as crianças e adolescente em surto psiquiátrico. Uma questão sobre esse atendimento recai na dificuldade em conter uma criança ou adolescente em crise, por conta dos impedimentos do ECA. A fala da equipe pondera para o acolhimento desses casos, mesmo que seja apenas para encaminhar ou ouvir as queixas. A equipe reitera que é muito complicado (por conta da legislação) recusar um atendimento de uma criança e de um adolescente, mas ressalta a falta de estrutura do serviço para realizar esse atendimento, principalmente pela questão do espaço físico, pois crianças e adolescentes não podem ficar no

mesmo ambiente que adultos em crise. Em seguida, a equipe relata alguns casos que foram atendidos em parceria entre os médicos psiquiatras e pediatras na emergência do hospital. No entanto, a equipe revela que essas dificuldades advêm da falta de regulação da secretaria de saúde que não criou os fluxos para os diversos segmentos como, no caso, crianças, adolescentes e idosos.

Na sequência a esta discussão, introduzimos a quarta questão: *qual a relação do atendimento da equipe com os princípios da reforma?* Nessa pergunta, identificamos 04 categorias.

1) **Diferenças:** reuniu comentários em que a equipe e mais especificamente os médicos apontam as particularidades em se trabalhar no PASM e no CAPS;

2) **Crítica à reforma:** reuniu os comentários em que os médicos tecem seu posicionamento sobre os princípios da reforma psiquiátrica;

3) **Fragilidades da gestão:** comentários em que o discurso se desloca para a forma com a gestão conduz a saúde mental no município;

4) **intersectorialidade:** reuniu comentários em que a equipe aciona o conceito como forma de superar algumas dificuldades.

De todo modo, a pergunta provocou uma polêmica principalmente pelos profissionais médicos que questionam a viabilidade da reforma e reafirmam a saúde mental enquanto campo prioritário da etiologia médico-patológica. Sobre essas diferenças, vejamos os exemplos nos extratos a seguir:

4 ^a Questão- extrato do protocolo – Diferenças

Mpsi2: O que acontece que a gente desanima mesmo, eu vou falar sinceramente o que me desanima, quando eu falei que no PASM eu me senti médico é porque no PASM tem pia e sabonete, tem um lugar de lavar as mãos e dar para escutar o paciente numa sala climatizada e silenciosa, isso parece um absurdo, mas não tem nos CAPS, não tem um banheiro para lavar as mãos. Lá você atende escutando todo o mundo, a história do “maluco beleza”, com aquele cheirinho de fumo, isso não é clínica, isso não é a psiquiatria humanitária, eu não sei e aquela questão se fosse meu filho eu não queria no CAPS não, eu queria que estivesse aqui.

Med1: É o que a gente estava discutindo aqui agora, me parece que não é reformar e sim revolucionar a psiquiatria, porque se fosse reforma eu acho que pegaria o que está certo e melhoraria.

Com relação à crítica à reforma, os médicos dominam o debate enquanto o restante da equipe assiste paralisada o desenrolar da discussão.

4ª Questão- extrato do protocolo – Crítica à reforma

Mpsi2: Eu vejo aqui, na verdade um tipo de um exemplo de uma contrarreforma de um modelo que seguia um padrão etiológico médico e quando eu falo médico eu não quero excluir as outras formas de observar as coisas, mas é eminentemente o modelo etiológico da saúde e da doença de Paul Gardnar, as coisas tem uma etiologia fácil, de causalidade mesmo. A Reforma Psiquiátrica sucateou a saúde mental, porque para você ser hoje uma pessoa da reforma, basta ser militante, desculpe dizer, não precisa ser um profissional com formação técnica suficiente, hoje trabalha-se no CAPS, a gente ver muito no interior e na capital também tem, quem é amigo do prefeito, que é seu colega ou quem já vestiu uma camisa vermelha em seu passado e de preferência com aquela frase, *“hay que endurecerse, pero sin perder la ternura jamás”*.

Med1: Às vezes isso aqui parece um jogo, quando diz assim luta antimanicomial, parece um bando de torcedor por um time, que nunca viu o time jogar, mas torce por um time, por quê? Por que está todo mundo torcendo e você entra naquela e briga e fala de um jeito, que se você falar uma coisa contra você estar errado e matam a gente!

O movimento reformista é desqualificado, bem como todas as práticas multiprofissionais e interdisciplinares, como algo “menor” ou esvaziado de conteúdos técnico-científicos. Naquele momento, o movimento reformista é comparado com as torcidas de futebol e movimentos religiosos pelo suposto fanatismo que as pessoas possuem em defender as prerrogativas da reforma psiquiátrica. Os médicos denominam o movimento pela reforma psiquiatria como antipsiquiatria, sem, no entanto demonstrarem conhecimento sobre as diferenças entre esses movimentos. Não se atenta que a falta de recursos, estrutura ou mesmo de insumos para efetivação do trabalho não são de responsabilidade do movimento reformista. A precariedade nos serviços de saúde é uma realidade em todos os níveis de atenção e decorre de variáveis estruturais e políticas. A reforma preconiza um atendimento de qualidade inclusive defendendo a integralidade das ações e da assistência em saúde. O que observamos é a defesa de um modelo de saúde e por não dizer de sociedade, em que as questões são reduzidas aos fatores biológicos e possíveis de controle. Apesar da perspectiva do modelo asilar ser claramente reformada com a introdução de conceitos mais humanistas, em sua essência, permanece a reatualização de antigas posturas em um novo invólucro. Defende-se a qualidade da saúde e do cuidado dos usuários como bandeira, mas no fundo a questão é a defesa da manutenção de uma determinada postura que, historicamente, provocou a exclusão das pessoas do convívio familiar e social (COSTA-ROSA, 2000).

Paradoxalmente, um dos psiquiatras pondera junto ao colega como podemos observar no extrato abaixo:

4ª Questão- extrato do protocolo – Crítica à reforma

Mpsi1: O que eu acho, e que a gente preserva enquanto equipe, é que o campo da saúde mental é um campo de muitos discursos, não há um discurso só, então eu acho que a gente consegue manter uma sintonia saudável mesmo pensando diferentemente. Eu acho que isso favorece muito a assistência ao paciente, você respeitar o posicionamento do outro, e com isso você não vai estar desconsiderando o seu lugar, quantas vezes nós estamos numa sala, discutindo um caso, com pontos de vistas diferentes, e a gente consegue, ver algo de positivo nisso, o embate que nós, eu digo embate porque é um embate no campo da reforma o embate é mas vivo no trabalho, quando a gente vai discutir um caso com o CAPS, a gente percebe a força que vem de lá.

A profissional defende a pluralidade de discursos no campo da saúde mental e lembra aos colegas que, mesmo trabalhando com posturas diferentes, eles discutem e sempre chegam a um entendimento. Reconhece também o potencial que emana do CAPS quando se debatem alguns casos entre os serviços.

Nessa direção, Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013) apontam que pesquisadores e profissionais de saúde, mesmo que alinhados a diferentes vertentes teóricas, estão engajados no discurso em defesa da inclusão e da valorização dos vínculos éticos e solidários no trato da loucura. Entretanto, ressaltam os autores que o movimento pela reforma psiquiátrica carece de investimento na dimensão afetivo-emocional que mobilize a questão da loucura, bem como da sensibilização dos grupos e da comunidade.

Posteriormente, os comentários são direcionados para a fragilidade da rede e da gestão quando a mesma profissional chama a atenção para a implicação da gestão nesse processo.

4ª Questão- extrato do protocolo – Fragilidades da rede e da gestão

Mpsi1: Acho que não é problema do serviço, acho que é um problema do contexto como um todo, porque se esses usuários chegam até a urgência, e muitas vezes são casos muito graves é porque tem um a história prévia, esse paciente estava onde? Alguém observou os sinais desse paciente antes dele chegar a uma agudização? A gente atende usuário de depois de Santa Rita, aí esse paciente agudiza, mas mora no sítio e não tem como a gente fazer um trabalho né, o encaminha e onde está a atenção básica perto desse paciente? Esse paciente não tem uma emergência perto da residência dele, ele se descola viaja de Santa Rita até aqui, assim dos confins de Santa Rita. Então temos que ver a gestão desses serviços, a questão da acessibilidade também. E se você encaminha para o CAPS de Santa Rita o paciente entra em uma lista de espera de 3 meses para ser atendido pela equipe todinha, o paciente morre nesse intervalo, então não tem como a gente fazer esse trabalho. Certamente esse paciente volta para urgência e muitas vezes com um quadro já crônico e aí vai para hospitalização e a gente fica impotente, vai fazer o que?

Os profissionais alertam para o contexto de atuação quando a distribuição dos serviços no território e a questão do acesso são fundamentais para construção de um

acompanhamento dos casos, evitando assim o seu agravamento. A gestão desses municípios é colocada em xeque quando os pacientes demoram meses para serem atendidos nos serviços de saúde mental, o que pode ser interpretado como falta de planejamento desses serviços e até mesmo a falta de profissionais qualificados para esse atendimento. Nesse sentido, o agravamento do caso converge para uma inevitável internação.

Borysow e Furtado (2013) compreendem que os conceitos de acesso e de acessibilidade são referenciais para a garantia do cuidado a essa população, num contexto de busca da desinstitucionalização das práticas e para o estabelecimento de vínculos intersetoriais.

A intersetorialidade aparece nessa questão como forma de otimizar o atendimento, garantindo assim a integralidade. Todavia compreende-se que os problemas de gestão dificultam a operacionalização desse recurso. Fica evidente a composição de arranjos para viabilizar alguns atendimentos. Vejamos os extratos a seguir:

4ª Questão- extrato do protocolo – intersetorialidade

As1: Se os serviços trabalhassem de forma intersetorial poderíamos minimizar esses problemas. Pois o PASM teria como regular alguns dos casos tendo o suporte da rede, mas as vezes não encontramos apoio na própria saúde imagine nas outras áreas.

Psi3: Dai vem à questão da intersetorialidade, quando a gente precisa estar referenciando o paciente para ele continuar o tratamento, observando às questões particulares de cada um, e aí a gente muitas vezes faz esse contato na tentativa de discutir o caso, muitas vezes tem um entrave porque há uma tendência a se pensar no não internamento, há não vou internar! Como se fosse uma heresia acho isso muito complicado, difícil, sabe.

Mpsi1: Às vezes precisamos usar de nossa rede de relações para conseguir algumas coisas como um atendimento por outro profissional até mesmo consultar outra opinião, já que os demais serviços têm dificuldade em atender.

Nesse cenário desenhado pela equipe, a intersetorialidade facilitaria alguns processos, de modo a garantir um mínimo de qualidade para os usuários, no entanto as questões de fundo são o impasse que a equipe encontra entre as posturas divergentes dentro do próprio serviço e os dispositivos da rede. Essas disputas acabam eclipsando o debate sobre a articulação da intersetorialidade nos processos de trabalho.

Na última questão colocada para grupo, indagamos sobre o que eles pensam a respeito da população que procura atendimento na unidade. Os comentários são variados, mas observamos o estabelecimento de 02 categorias:

1) **Paciente difuso:** comentários que tentam definir os usuários do serviço, mas expõem as diferenças entre os membros da equipe.

2) **Perfil dos pacientes:** os profissionais a partir de suas percepções sobre o campo tentam traçar diferentes perfis para os usuários que atendem.

Para esta questão, os comentários são variados, mas seguem uma tendência de descrever os diferentes tipos de pacientes.

5ª Questão – extrato do protocolo – Paciente difuso

As2: Esse paciente vem carregado de questões que muitas vezes está para além da doença mental em si, muitas vezes a gente observa que é um adoecimento de fato psicossocial, então assim, a gente observa muitos esses casos que tem muita essa característica.

Med1: O que a gente pensa do pacientes? É relativo de cada paciente, cada paciente que a gente atende é uma relação diferente, tem paciente que a gente leva o pensamento dele para casa e fica pensando no que aconteceu.

Psi3: Enfim ninguém chega aqui sem um sofrimento, independente seja ele crônico ou não crônico, num surto, então não existe um perfil.

Mpsi2: Polissêmico. O paciente está sempre em construção, não tem como a gente ir definindo, é um Lego que a gente vai montando e às vezes vem com a peça errada.

Med1: Nosso público de pacientes é muito eclético e isso gera na equipe vários pensamentos diferentes, pode vir paciente com transtorno mental sem estar em crise. Atendemos pessoas que tem doença mental grave, doença mental leve, pessoas em sofrimento que chegam aqui porque perdeu o filho há dois dias e vem no PASM porque não para de chorar. Porque foi assaltado.

Como podemos observar pelos depoimentos, há nitidamente algumas posturas: uma que considera a dimensão do sofrimento como uma questão psicossocial, relacionada com a questão social e familiar e outra do paciente clínico na visão dos médicos. O que, de certa forma, demonstram a percepção dos diferentes núcleos profissionais sobre a doença mental e mais especificamente sobre o indivíduo. No entanto, consideramos que estas percepções acabam por construir o entendimento da equipe que dificulta a construção de ações mais convergentes e de uma definição precisa.

Observamos que há comentários que expõem a dificuldade de definir essas pessoas, pelo seu caráter difuso e complexo. Outros que apostam em perfis dessa população, inclusive no seu interesse em ter um ganho secundário em virtude de sua doença ou condição como podemos verificar no extrato abaixo:

5ª Questão – extrato do protocolo – Perfil dos pacientes

Med1: Mas se agente for pensar num perfil, realmente como As1 falou, tem aquele mais cronificado, mais a pergunta é perfil era o que agente pensa dos usuários, mas tem outros que são uma minoria que

vem em busca de um ganho secundário.

Psi3: Sim, mas que não deixa de ser um sofrimento, mesmo sendo um ganho secundário ele precisa se utilizar daquilo para chegar aqui e isso não deixa de ser um sofrimento.

Verificamos também a tentativa quase que frustrada dos profissionais em construir perfis de usuários que atendam à suas concepções sobre a doença mental e as formas de abordagens.

5ª Questão – extrato do protocolo – Perfil dos pacientes

As1: Nós não podemos dividir, mas para um melhor entendimento eu vejo dois perfis de usuários: esses pacientes que tem um histórico de internação psiquiátrica, cronicados, que tem em média de 50 a 55 anos. Ele não tem um lugar na sua família ele não pertence mais aquele núcleo familiar e que não existe mais espaço para ele e a população mais jovem que vem com um adoecimento, relacionado com as questões do trabalho, essas questões do mundo contemporâneo.

Ger: Às vezes vemos um usuário com apoio da família e outros num total abandono, vemos um incapaz tomando conta de outro incapaz, situações que a gente olha para os pais e perguntamos: meu Deus como é que eles vão dar conta disso. Então gera esse sentimento, às vezes buscam o serviço e agente pensa que bom que tem essa família que vai dar suporte e de repente pode ter um sucesso no tratamento e já outros que a gente busca na família e quem vai dar essa sustentação?

As2: Então eu vejo esses dois públicos que levam a abordagens diferenciadas, porque com esse que tem um histórico de 20 ou 30 internações psiquiátricas tem que ter um trabalho forte com a família, de intervenção, de esclarecimentos, de encaminhamentos de benefícios, um situação diferente desse outro paciente que esta entrando na rede agora com esse novo modelo de atendimento.

A tentativa de definir um perfil para os usuários só evidencia a complexidade das demandas da saúde mental, expressa pela diversidade dos usuários que são atendidos e do esforço dos profissionais em conciliarem a diferentes perspectivas presente na equipe na construção de um cuidado mais integral. Observamos que cada uma dessas definições expõe as diferentes formas de pensar dos segmentos profissionais da equipe: uma visão social, uma biológica e outra psíquica.

Ao fim da análise, utilizamos uma ferramenta do software *Nvivo10* para criar uma imagem que é denominada de nuvem de palavras (*tagclouds*). O resultado produzido por essa ferramenta revela que o termo “paciente” exerce centralidade na discussão do grupo, como podemos observar na Figura 16:

5.4 Análise do grupo focal: CAPS ad

O grupo realizado no CAPS ad David Capristano aconteceu no dia 13 de fevereiro de 2014, na casa das oficinas terapêuticas, que funciona como anexo à estrutura do serviço. Contamos com a participação de 08 profissionais entre os quais: duas assistentes sociais; dois psicólogos, três enfermeiros e um arte-terapeuta.

Procedemos à leitura do TCLE e prestamos alguns esclarecimentos sobre a pesquisa atendendo os questionamentos dos participantes. Após esse momento, acionamos os aparelhos de áudio e vídeo para o registro da sessão e iniciamos a condução do grupo, que transcorreu por 01 hora e 03 minutos.

Em cada questão, foram estabelecidas as unidades temáticas ou *nós*, que posteriormente tratamos como categorias.

QUADRO 25 - UNIDADES TEMÁTICAS (NÓS) POR QUESTÃO PARA O CAPS AD

Questão	Nós	Tendências (subcategorias)
1ª) Como é realizado o atendimento no serviço?	Descrição do atendimento	1. Criação de vínculo
		2. PTS
		3. RD
	Crítica à postura dos médicos	-
2ª) Quais são as atribuições da equipe?	Trabalho em equipe	1. Cisão entre campo e núcleo
		2. Formação Profissional
		3. Ethos do cuidado
		4. Dificuldades estruturais
	Embates com a gestão	-
3ª) Qual a relação do atendimento realizado com os princípios da reforma?	Identificação com a reforma	-
	Modelos de atuação	-
	Críticas à rede	
4ª) Como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe?	Complexidade da demanda	-
	Arranjo intersetorial	
	Preconceito	

	Modelos de atuação	
	Críticas	
5ª) O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde mental?	Paciente difuso	-
	Perfil dos pacientes	
	Paciente com ganho secundário	

Fonte: Elaboração do autor.

Para a primeira questão foram estabelecidas duas categorias:

1) Descrição do atendimento: reuniu os comentários dos participantes sobre a condução do atendimento pela equipe no serviço, levando em consideração o fluxo de entrada do usuário. Nesta categoria, percebemos que os discursos deram ênfase à criação de vínculos, ao PTS e a RD. Tomamos a ênfase nesses temas como subcategorias.

2) Crítica à postura dos médicos: comentários em que a equipe não esconde a insatisfação com o desempenho dos profissionais médicos do serviço.

Ainda sobre a primeira questão, o grupo se apresentou bastante coeso. Todos os participantes falam e expressam sua visão sobre como acontece o atendimento no âmbito do serviço. Apesar de os comentários descreverem algumas rotinas já cristalizadas nos modelos, os participantes tentam destacar as peculiaridades do atendimento a partir dos diferentes serviços que a equipe oferta ou mesmo considerando núcleos profissionais específicos como a enfermagem, o serviço social e o atendimento médico. Vejamos os exemplos nos extratos a seguir:

1ª Questão- extrato do protocolo- Descrição do atendimento
Psi1: Muitas vezes esse atendimento ou é uma demanda espontânea ou é encaminhado por alguma unidade de saúde, a gente faz o acolhimento, pega o número do cartão [referindo-se ao cartão SUS], pega o nome, e faz uma triagem para colher a história e saber quando tudo começou e saber quando se deu o uso das substâncias, bom começa por aí. Psi2: Esse é o primeiro atendimento, após isso a gente encaminha para uma oficina, para um acompanhamento psiquiátrico para fazer uma avaliação também e ver se a demanda é para medicação ou não. Ai a gente vai vendo onde ele mais se encaixa, ou na música ou na arte, ou um grupo terapêutico de enfermagem ou do serviço social, esse é o dia a dia que a gente oferece, seria mais ou menos esse primeiro momento, a triagem e após as oficinas que a gente oferece e também falar do serviço para ele. Enf1: Em seguida o usuário vai ser encaminhado para enfermagem, no caso da gente, vamos fazer a consulta de enfermagem, vai avaliar o que ele tem de demanda clínica e vai marcar a consulta com o médico e com o psiquiatra, que no caso a gente estar sem agora, mas encaminha para o clínico, faz a

testagem quanto o sódio, hepatite, sífilis, HIV sempre faz. Depois com o prontuário em ordem vamos ver os dias que ele tem disponibilidade para vir para o serviço, porque às vezes a gente quer que o usuário venha todos os dias e ele não pode, aí a gente marca no dia que ele pode, aí ele vem participa das oficinas de acordo com a demanda e que seja o melhor para ele.

Apesar de os comentários descreverem o atendimento a partir do fluxo que está de acordo com as prerrogativas de algumas portarias para atendimento dos usuários da saúde mental e daqueles que fazem uso abusivo de drogas, percebemos uma preocupação latente em integrar os usuários em todo o processo de atendimento, dessa forma os participantes ressaltam a importância do vínculo entre usuários, familiares e equipe.

1ª Questão- extrato do protocolo- Descrição do atendimento- subcategoria Criação de vínculo

As1: Também tem a questão do vínculo né, porque de certa forma temos que criar um vínculo com esse sujeito, por que sem esse vínculo nada se dar né. E a partir do momento de que ele estar inserido no serviço as coisas vão se dando naturalmente, no início temos essa triagem, as atividades terapêuticas, os grupos e as oficinas que acontecem, aí ele circula com vários grupos por várias oficinas e aí a gente tenta de certa forma, principalmente a gente do serviço social, estar empoderando esses sujeitos, para estar circulando também em outros espaços e não só no CAPS.

Art: Essa questão do vínculo né com o usuário acontece, mas como uma consequência, porque no primeiro momento o usuário chega ao CAPS, passa por uma triagem, conhece, e aí ele passa a frequentar as oficinas e essas oficinas, têm esse propósito de fazer o vínculo com o usuário né e tem toda uma técnica que passa, tem a oficina de musicalização, de papetagem, de papel marchê, outras oficinas com a assistente social e psicólogos, de enfermeiros.

É dada a possibilidade aos usuários em conhecer todas as atividades ofertadas pelo serviço de modo que a equipe perceba suas afinidades e construa vínculos mais sólidos. O instrumento utilizado para favorecer a construção desses vínculos consiste na elaboração do PTS, juntamente com o usuário e os familiares. Nesse aspecto, a equipe faz referência à interdisciplinaridade e à intersetorialidade como fundamentais para a construção dessa intervenção. No momento seguinte, percebemos que a equipe desvenda algumas características da população usuária e demonstra as dificuldades na condução do tratamento em virtude das condições socioeconômicas, pois os mesmos não detêm de recursos para frequentar o serviço muitas vezes durante a semana.

1ª Questão- extrato do protocolo- Descrição do atendimento- subcategoria PTS

As1: Tentamos traçar esse projeto terapêutico junto com ele, feito dessa forma.

Psi2: Eu acho que a ideia desse atendimento, a gente tenta pautar outros profissionais, sempre quando

possível, para ter vários olhares, essa dimensão do PTS que pode ser construída pelo serviço junto com ele, garantir esses vários olhares, que tem como mote nesse primeiro momento até as revisões que são feitas, o prontuário e a trajetória de vida dessas pessoas. Acho que isso é uma das dimensões que é a questão multiprofissional que deve ser pautado aqui no atendimento em saúde mental.

Enf1: É contínuo, mas no primeiro atendimento são traçadas algumas estratégias a partir de algumas características do usuário em todos os aspectos, mas ele pode ser modificado a qualquer momento.

Psi1: Além da multiprofissional? Bom pensando nas disciplinas, a interdisciplinaridade né, existente no serviço ou pelo menos a tentativa de se ter, recorrendo a cada profissional que pode estar contribuindo um pouco com sua especificidade para fazer uma construção um pouco mais integral no processo de assistência.

Os profissionais demonstram interesse em atender os usuários da melhor forma possível, ao passo que vão integrando-os às rotinas do serviço. Utilizam-se dos preceitos que orientam a formatação do PTS e assumem uma perspectiva muito clara na abordagem das demandas de saúde, tanto de modo geral como específicas da questão das drogas. Percebemos um discurso bastante afinado com as metodologias de trabalho que perfazem as discussões da saúde coletiva com o campo da saúde mental.

A equipe ainda ressalta a importância desse primeiro acolhimento para criação dos vínculos e também a questão de pautar desde os primeiros momentos a perspectiva da RD que orienta as ações do serviço. Sobre a RD, o coordenador questiona se essa perspectiva de atenção é compartilhada por toda a equipe. Inicialmente todos afirmam que sim, mas aos poucos surgem comentários que denunciam que a RD não é bem aceita por alguns profissionais. Fica evidente pelos depoimentos que a equipe médica não aceita a RD, que, segundo os participantes, ainda atuam na lógica da medicalização como podemos observar nos protocolos abaixo:

1ª Questão- extrato do protocolo- Descrição do atendimento- subcategoria RD

As2: Acho que outro aspecto que a gente pode estar trazendo está relacionado com esse primeiro acolhimento é a questão da Política de Redução de Danos, por exemplo, em algumas experiências minhas de triagem, muitos familiares vem com essa demanda que o serviço vai proibir, que o serviço que vai impedir o uso, então, essa questão da proposta de redução ela é muito desafiadora ainda [...] muitas vezes alguns familiares e usuários vem com essa perspectiva de que aqui, a gente vai proibir que aqui eles não vão fazer uso, aí é um processo de construção durante esse atendimento de estar falando um pouco, dessa redução de danos, de como se daria.

Enf1: Existem algumas dificuldades no processo de implantação da Redução de Danos, num é, temos dificuldades nas oficinas, principalmente, a questão da seleção desses usuários que vão participar dessas oficinas de RD, porque alguns estão em abstinência, estão com algum tempo sem fazer uso, então para ele não é interessante participar de uma oficina de RD, mas sim de uma oficina de liberação de remédio entendeu?

As1: Mas a questão entre nós profissionais dar muito choque ainda né. Tem uma turma que quer

trabalhar nessa linha, mas alguns profissionais não tentam chegar junto na RD e se inteirar um pouco, nós estamos num serviço que preconiza isso, mas em vários momentos no serviço dar choque, tem certo embate que a gente tenta diluir durante o dia, mas acontece.

Enf1: Mas o maior problema que a gente tem com a RD, o maior embate, eu acho, há meu ver com a equipe médica, pra mim é só aquele processo curativo e medicamentoso.

Psi1: 99% deles.

A RD dentro da política de atenção integral aos usuários de drogas é tomada como método de abordagem da problemática que traça estratégias que estão voltadas não para abstinência, mas para a defesa de formas de proteção aos riscos inerentes ao consumo de drogas. O método está intimamente relacionado à condução do tratamento, aumentando o grau de corresponsabilidade do usuário. No entanto, a RD não exclui outras formas de abordagem, como podemos observar na variedade de atividades que são oferecidas aos usuários no CAPS ad, porém, ao considerar o controle do uso e não sua abstinência, a RD é criticada pelos profissionais que têm uma postura mais conservadora ou medicamentosa (QUEIROZ, 2001).

O modelo de RD provoca tensão no cotidiano do serviço quando é um método preconizado pelas normativas, mas não encontra adesão entre todos os profissionais; o que evidencia a interpretação do modelo a partir dos conteúdos simbólicos e culturais dos profissionais, gerando nesse caso adesão de alguns e rejeição em outros.

O que também está em xeque é o reconhecimento dos usuários como sujeitos singulares capazes de expressarem seus anseios, medos e desejos na construção do tratamento. Por vezes, acreditamos que a negação desse modelo decorre da dupla perspectiva: reinterpretação do modelo e negação das singularidades daqueles que sofrem.

A partir desse comentário, o grupo passa a discutir sobre a forma com os médicos atuam no serviço. Naturalmente, o grupo passou a discutir as atribuições dos profissionais e o papel da equipe.

1ª Questão- extrato do protocolo- Crítica á atuação dos médicos

Psi2: A equipe médica é uma questão, não só nesse serviço, mas em outros também, me parece que atuam dentro do serviço, mas como fosse um corpo separado. Se a equipe deixar ele fica totalmente separado, às vezes eles tomam um norte e outras direções que contrariam em muito o restante da equipe e assim já tivemos discussões bem rudimentares mesmo, se entra ou não entra no serviço usuário sobre efeito de substâncias, hoje em dia não, já passou mais, hoje temos um protocolo interno que quando uma pessoa entra sob efeito de alguma substância, eles não participam das oficinas, não tem como, mas é recebido, fica na observação recebendo os cuidados, recebendo medicação e é feita a escutas com alguns profissionais, isso aí já foi um avanço.

O comentário indica a dificuldade que os médicos encontram em compartilhar com a equipe algumas condutas. Demonstra também o esforço que os profissionais fazem para estabelecer um diálogo e para que não haja uma quebra dos acordos estabelecidos entre a equipe, usuário e família. Podemos observar certa governabilidade dessa em equipe quando discute com o médicos determinadas posturas estabelecendo condutas e pactuando um protocolo com ficou evidente no comentário de *Psi2*.

Como a discussão nos levou ao debate sobre a equipe multiprofissional, introduzimos a segunda questão sobre as atribuições da equipe. Identificamos nessa pergunta duas categorias:

1) **Trabalho em equipe:** reuniu os comentários do grupo sobre a organização do trabalho, inclusive reconhecendo a importância dos médicos em todo processo. Ainda nessa categoria, observamos algumas tendências que foram tomadas como subcategorias como: cisão entre campo e núcleo, formação profissional, *ethos* do cuidado e dificuldades estruturais.

2) **Embates com a Gestão:** reuniu os comentários em que os participantes revelam as dificuldades com a gestão local de saúde.

Sobre a segunda questão, os profissionais enfatizam ainda a diferença entre a equipe médica e a equipe multiprofissional, mas ponderam essa relação com a inserção recente do trabalho coletivo, multiprofissional e interdisciplinar no campo da saúde mental. Ressaltam a importância da construção de espaços interdisciplinares para a troca de experiências e para construção de novos saberes.

2ª Questão- extrato do protocolo – Trabalho em equipe

As2: Eu acho assim, como estávamos falando, percebe-se mais isso vindo da categoria médica um pouco mais de distanciamento, mas de forma geral a maioria dos profissionais se integra nesse movimento multi ou inter, inclusive eu acho o que nos dar um suporte para isso é a participação nas reuniões e a supervisões clínicas, porque a entra os estudos de caso, as orientações de alguém que estar mais capacitado e que tem um olhar de fora, de visualizar a equipe, o trabalho, o caso, então eu acho que esse distanciamento médico não nos impede que a gente consiga fazer um trabalho multi em equipe, mas que o saber médico dentro dos serviços de saúde, o ideário coletivo e profissional, e no imaginário de alguns ainda tem muito peso, a fala do médico, da médica, mas nós de forma geral vamos para esse diálogo com essa categoria [...]

Psi2: Num é falando mal dos médicos não, mas você não ver nenhum médico na reunião, é um trabalho para pactuar, pois é.

Enf1: Também temos ganhado com essa categoria, no sentido de estar podendo negociar, que é mais difícil, bem como outras categorias, a gente consegue, acho que é um desafio ainda, é um processo em

construção dessa questão.

As1: Mas também tivemos um médico que participava e contribuía muito né.

Ps2: É verdade [...]

As1: Infelizmente ele não pôde continuar no serviço, mas contribuiu muito, dialogava com todas as categorias né, chamava a gente para atender junto, acontece ainda, em alguns momentos, as médicas que estão aí no serviço chamar, mas é aquela coisa, infelizmente, elas não saem daquele lugar de que detém o conhecimento absoluto.

A equipe pondera com relação à participação dos médicos, afirmando que tem conseguido alguns avanços com este profissional, inclusive com uma experiência bastante positiva como relata As1 em seu depoimento. Mas achamos interessante o depoimento de As2, quando afirma que a não “adesão” dos médicos ao trabalho em equipe não os impede de exercitar a interdisciplinaridade. A equipe dispõe de uma forma de organização que valoriza os encontros, as reuniões, as trocas de conhecimentos e as discussões dos casos mais complexos. De todo modo, esse movimento de organização acaba por cristalizar o saber médico, quando determinadas questões inevitavelmente precisam ser tomadas por esse profissional, contribuindo, em nossa opinião, com a distância entre médicos e a equipe.

No entanto, aparecem algumas dificuldades em distinguir as atribuições de campo e de núcleo no âmbito do serviço. Muitas vezes, para os depoentes, essa configuração deixa as coisas meio “soltas”, fazendo com que certas questões não sejam assumidas dadas à fluidez dos papéis. Nesse sentido, ressalta que algumas categorias profissionais têm um papel bem específico dentro da saúde mental, o caso dos médicos, que seu conhecimento constitui um saber dominante no âmbito da saúde. Assim, a equipe acredita que decorre desse fato os médicos estarem “à parte” da equipe multiprofissional.

2ª Questão – Trabalho em equipe- subcategoria: cisão entre campo e núcleo

As2: Outra coisa que você traz é a questão do que é específico da área e o que é multi, que é da equipe, num momento ou outro, acho que há confusão no nosso coletivo, porque às vezes fica esse discurso isso aqui é meu, isso aqui não é meu, então é preciso esse entendimento que o campo da saúde mental exige o que é específico do serviço social e exige aquilo que é da saúde mental que é de um todo coletivo, num momento ou outro ainda ouvimos esse discurso mas ele não é hegemônico. Acho que todos os dias temos conseguido romper um pouco com isso, o que é meu e o que é do coletivo, acho que isso vem sendo desconstruindo também.

Psi2: Todo mundo acolhe. Só que existe um processo, muitas vezes, dessa diluição dessas responsabilidades, muitas vezes essa especificidade acaba que a coisa vai ficando um pouco solta, dar certa dificuldade em saber a especificidade de determinado profissional naquela equipe, eu sei que aqui estar à equipe multiprofissional, mas seria interessante, enquanto integrante da equipe também, seria interessante, a meu ver, ter essa especificidade levada em conta também. Mas muitas vezes a única

especificidade que é levada em conta seria a do médico, tem outra especificidade dentro da equipe multiprofissional que é muito levado em conta que seria a do farmacêutico também, porque estou visualizando aqui, pessoas que não participam muito de uma construção mais coletiva.

Psi2: Isso, exatamente, ela tem uma tendência a ficar mais a parte embora a enfermagem tenha sua especificidade e tem, tanto é que é a equipe mais específica que atua no CAPS, que praticamente é a equipe que leva o plantão a noite e no final de semana.

Enf2: porque possuímos instrumentos específicos da profissão.

Psi2: Sim possui, mas ao mesmo tempo eu não sinto o distanciamento, por exemplo, que a farmácia tem. A farmácia não tem seus procedimentos? Mas talvez seja pela lógica de formação, de formação acadêmica que eles não foram preparados para atuarem em saúde mental, mas devido a certa transformação do processo de cuidado tiveram que estar trabalhando.

Os profissionais ponderam ao afirmar que conseguem construir alianças e parcerias com os médicos, principalmente nos espaços coletivos de debate e que mesmo com todas as dificuldades que emerge dessa relação profissional complexa tem se construído alguns entendimentos. Observamos o comentário de *Psi2* que destaca que a equipe de enfermagem também tem uma especificidade muito grande, ou seja, uma atenção mais clínica, mas, diferentemente dos médicos, esses profissionais se integram na equipe e compartilham atividades, experiências e ajudam na construção de saberes na atenção dos casos atendidos. No entanto, os enfermeiros ressaltam que isso acontece pela questão dos instrumentos específicos da profissão, mas, contrariando essa declaração, a equipe resalta que todos têm instrumentos e atribuições específicas, mas alguns profissionais/profissões não conseguem se apropriar dos saberes, das práticas e do trabalho do campo.

Embora defendam uma atuação em equipe multiprofissional com a construção de espaços interdisciplinares nos parece que os profissionais sentem certa dificuldade em combinar os elementos disciplinares e interdisciplinares na atuação em equipe. Às vezes, essa dificuldade leva ao desempenho mais claro do núcleo profissional como o caso da enfermagem e da farmácia destacados pelos participantes. Mesmo com esta dificuldade, a equipe reconhece que é necessária a superação desta narrativa e ainda avançam em identificar que esse problema decorre da formação profissional.

2ª Questão- Trabalho em equipe- subcategoria: formação profissional

Psi2: Porque os médicos também não foram trabalhados na universidade para atuarem em uma equipe de saúde mental não, dependendo do médico, da percepção ética dele, do local de atuação e dos projetos que ele participou na universidade e das orientações que ele teve, ele vai seguir ou não uma perspectiva mais ampliada de saúde coletiva, mas até hoje em dia, a maioria que sai da formação não tem interesse nenhum de trabalhar fazendo os compartilhamento dos casos, e a farmácia pior ainda, é um trabalho extremamente técnico, burocrático, que para um serviço de saúde mental se choca, é contraditório, por

isso é complexa essa história, daí precisa-se de ter todos esses indicativos: projeto terapêutico singular, primeiro atendimento, ter fluxo interno do serviço, o protocolo interno, mas ao mesmo tempo a gente da saúde mental precisou deixar alguma coisa solta, para que a pessoa que vai usar o serviço ela possa circular, porque se não ela não circula, principalmente na área de álcool e drogas que é muito difícil esse engate [...].

Enf1: Primeiro eu acho que é uma questão de formação, eles muitas vezes saem da universidade e não vê nenhuma cadeira sobre isso, eles têm sobre a psiquiatria, mas nada sobre a doença mental, não tem nada sobre o processo da saúde mental. Eles não sabem nada sobre isso. É só da psiquiatria, do transtorno que a pessoa tem, se é doido ou não é?

Enf2: E nem enfatizam a saúde pública também, agora estar um pouco mais, mas antigamente não existia. Os que estão se formando agora está um pouco mais humanizado, aí você ver para que lado segue essa formação.

Percebemos aqui duas ordens de fatores que os participantes tentam exprimir em seus comentários: 1) uma questão que, em nosso entendimento, refere-se a uma construção intersubjetiva do profissional que envolve também sua formação, a experiência que teve e certa sensibilidade e abertura para se trabalhar no campo da saúde mental. *Psi2* chega a denominar essa questão como uma “ética” que determina como o profissional vai se relacionar com a narrativa do campo da saúde mental. Mas, diante dessa diversidade de interpretações e atuações, destacamos a segunda ordem: 2) o estabelecimento dos fluxos, das rotinas e dos protocolos não são apenas um dispositivo de organização do processo de trabalho, mas um instrumento educativo para delimitar um horizonte de atuação para aqueles que desconhecem a narrativa do campo. Portanto, os instrumentos mencionados assumem essa dupla perspectiva de organizar a rotina do serviço, mas também de favorecer uma adesão dos profissionais aos princípios da reforma psiquiátrica. Obviamente esta perspectiva não é um consenso. Os demais profissionais apostam mais fortemente na questão da formação, na falta de conteúdos de saúde mental e da saúde coletiva na formação dos médicos e de outros profissionais de saúde.

A discussão recai no âmbito da formação profissional e das experiências que cada profissional vivencia no âmbito de sua formação acadêmica como determinante para uma abertura ao trabalho multiprofissional.

Em seguida, são levantadas algumas causas para a falta de compromisso e de participação nas ações de caráter coletivo. Destacam-se a questão da precarização dos vínculos de trabalhadores e também a falta de identificação de alguns profissionais com o serviço e com os princípios da reforma psiquiátrica, como podemos observar nos relatos nos extratos abaixo:

2ª questão- extrato do protocolo- subcategoria: Dificuldades estruturais

Psi1: Têm coisas estruturais aqui que são complicadas, um caso, acho que todos os CAPS aqui de João Pessoa não consegue ter 100% das pessoas nas reuniões técnicas, não tem outro espaço [...] só que a gente não consegue ter, geralmente é 50% das pessoas, da equipe que participa da reunião técnica, porque? Por que as pessoas precisam trabalhar em outros locais, o salário é pouco, é um trabalho precarizado, essa é a verdade, porque se todo mundo tivesse de trabalhar num ambiente só, pudesse se dedicar integralmente aquele espaço de atuação e com salário digno, possivelmente essas funções poderiam ser mais potentes, é o que eu acho, essa é minha percepção.

As2: E para trabalhar aqui, eu acho, a gente faz um trabalho muito legal, mas isso não está ligado a gestão, a secretaria de saúde, a gestão geral, mas sim ao desejo dos profissionais de fazer acontecer

2ª questão- extrato do protocolo- subcategoria: Ethos do cuidado

As2: Fazendo uma reflexão sobre essa fala, acho que existe essa possibilidade das pessoas que não podem porque precisam de outros trabalhos e tal, mas tem pessoas que podem e que não tem interesse, às vezes estar no serviço porque foi a oportunidade de trabalho que apareceu, mas não é da “causa” ela estar ali, presta um bom serviço, mas não é muito uma questão dela, por outro lado também, tem outros que estão aqui casualmente e que não tem interesse pelo serviço, não tem identificação, não tem responsabilidade, acho que tem um monte de questões que a gente tem que estar considerando.

Psi2: Acho que o campo da saúde mental ainda é um campo muito plural, que envolve a ética da pessoa que atua nele, a técnica, e a assistência [cuidado] que você pode ofertar. Muitas vezes a pessoa é boa tecnicamente, muito boa mesmo, muito bom profissional, mas eticamente é empobrecido para atuar na saúde mental, ela não consegue acompanhar os acordos que são feitos, que para aquela pessoa que é tão marginalizada na sociedade, ela possa ser valorizada nesse espaço aqui, isso é a ética, a ética-política.

Psi1: Aquela pessoa que só é técnica, veio da universidade com uma boa formação, mas acaba se deparando aqui com essa pluralidade de coisas, de intervenções e muitas vezes a gente não sabe se realmente estar sendo organizado ou não, qual é o lugar de cada um aqui, que as vezes não tem e faz parte também da própria história da construção dos valores desse serviço, aí o próprio profissional médico e os outros ficam permeando isso aí, nessa situação e acabam não conseguindo se inserir nessa diluição do próprio lugar dos profissionais do serviço [...]

As1: E para trabalhar aqui, eu acho, a gente faz um trabalho muito legal, mas isso não está ligado a gestão, a secretaria de saúde, a gestão geral, mas sim ao desejo dos profissionais de fazer acontecer.

Os comentários são diversos e vários motivos são levantados pela equipe para as dificuldades de atuação como a formação acadêmica, a precarização do trabalho, uma cultura de sociedade que não valoriza a saúde mental e a própria complexidade da saúde mental com sua teia discursiva que acaba exigindo um esforço interpretativo por parte dos profissionais e que muitos não conseguem “acompanhar” as discussões, acordos, pactos etc. Fica evidente a diferença que os profissionais fazem entre *competência técnica* e *comprometimento* com as questões do campo. Esse *comprometimento* está associado ao compartilhamento dos valores inerentes ao campo. Para a equipe, no que se refere à “ética” do profissional em atuar no campo, consiste na adequação dos conteúdos simbólicos e culturais dos profissionais com a rede discursiva do campo. Há certa disposição para se decodificar esses conteúdos por meio

das relações estabelecidas no campo com os conteúdos, com os profissionais, com os usuários e com a política.

Fica implícita a concepção de um tipo particular de cuidado o que podemos entender com a constituição de um *ethos* do cuidado. Há uma forma específica de produzir o cuidado em saúde combinando diversos elementos, mas com algo em comum que é esperado pelos membros dessa equipe. Esse elemento comum não é dado facilmente, ele se inscreve na construção de valores da equipe, na história de seus profissionais e do serviço, expressa-se na organização do atendimento, nos protocolos e nas pactuações estabelecidas.

No entanto, temos que considerar os encontros e desencontros que podem acontecer entre as condições objetivas e subjetivas no âmbito do trabalho nos CAPS. Constantemente, os profissionais relatam a precarização do trabalho, dos baixos salários e a necessidade de acumular outros vínculos para garantirem a sobrevivência do profissional. Essa questão não explica todos os casos, mas uma parcela significativa deles. As condições subjetivas dos profissionais não se encontram com as condições objetivas, em outras palavras, dependendo do grau de comprometimento do indivíduo com as questões do campo (processadas na interpretação e produção do sentido), as condições objetivas podem ser determinantes para o esvaziamento do sentido das práticas de saúde, da negação do espaço de atuação e do descompromisso.

Os depoimentos apontam também para a própria complexidade e riqueza dos CAPS, mas denunciam a falta de investimentos por parte da gestão na manutenção do serviço e das ações.

2ª Questão – extrato do protocolo- Embates com a gestão.

As2: Um serviço extremamente importante, rico, complexo, mas onde esta esse recurso direcionado a saúde mental?

Psi2: Sei que estar sendo gravado aí, mas a fala, que dizem aí [se referindo à gestão] é que a saúde mental é o primo pobre da saúde, isso se fala direto, fala-se em tom de sarcasmo lá nas reuniões de gestão [secretaria de saúde], entendeu? Mas é isso, os recursos não vêm, porque a saúde mental não é interessante, interessante é você estar patrocinando, que é importante também, uma unidade de saúde, uma abertura de um ala em hospital, mas estar estruturando um serviço territorial como esse aqui, encostado em uma zona de risco que é aqui.

As1: Eu acho também que isso é um contexto bem maior, da lógica do capital, esse serviço, muitas vezes, a estratégia é administrar e fazer a manutenção [referindo-se as demandas sociais da população], porque é importantíssimo manter esse povo dependente na mão deles, então isso vem também dessa lógica muito maior, essa falta de valorização, de investimento, que não é só na saúde mental, é na saúde pública e tantas outras áreas, mas parece que na saúde mental isso ainda é muito mais delicado, a desvalorização dos profissionais, os baixos salários, nem todos têm interesse e disponibilidade em trabalhar na saúde mental e quando tem é muito pouco.

Enf2: Ai você vê que a falta de informação não é só mais dos médicos, e também de alguns profissionais, por exemplo, como teve agora, você demitiu todo mundo para chamar os concursados, mas quem vem, não quer vir para cá.

Os profissionais relatam a falta de envolvimento da gestão com a saúde mental, ao passo que procuram explicações para o descaso que vivenciam. Alguns associam o descaso com a saúde mental à própria forma como a loucura e o louco são tratados pela sociedade, deixando em relevo o preconceito que a política sofre dentro do campo da saúde. Outros tentam explicar a partir de fatores macroestruturais como as questões da ordem do capital e da forma de fazer apenas uma “gestão” da crise sem de fato investir em serviços de qualidade. Diante do exposto, associa-se a falta de conhecimento dos profissionais que não veem com bons olhos o campo e assim tem dificuldades em trabalhar na área como bem colocou *Enf2*.

Para o grupo, a saúde mental é tomada pela gestão como o “primo pobre da saúde”. Assim como o louco, ela é marginalizada no âmbito das políticas públicas. A equipe finaliza a discussão, afirmando que muito dos avanços na saúde mental e no serviço são devidos ao desejo da equipe, de grupos, de movimentos ver a reforma efetivada. Entretanto reconhece que uma política pública e até mesmo um serviço não podem ficar entregues à vontade da equipe profissional, é preciso investimentos e reconhecimento político.

Na terceira questão, identificamos três categorias: 1) identificação com a reforma; 2) Modelos de atuação; 3) Críticas à rede.

Na primeira categoria, os profissionais reconhecem que as atividades desenvolvidas no âmbito do serviço reforçam os princípios da reforma, principalmente no trabalho que é feito com os usuários no sentido de estimular a participação social e da inclusão dos mesmos numa vida produtiva. No entanto, afirmam que as ações da gestão são contrárias aos princípios da reforma, quando há um esforço de restringir o acesso aos leitos psiquiátricos, sem a devida ampliação da rede substitutiva. Para a equipe, essa ação promove ainda mais a precarização dos serviços de saúde mental e, de certo modo, é uma forma de excluir a população de uma assistência em saúde mental de qualidade.

3ª Questão- extrato do protocolo – Identificação com a reforma

Psi2: Acho que essa parte aqui [referindo-se ao trabalho em equipe] esta totalmente dentro dos princípios da reforma, o protagonismo dos usuários e familiares, as assembleias dos usuários, estão lá registradas as falas dos usuários, estamos tentando empoderar eles como sujeitos de direitos e deveres, agora tem as limitações, essa parte está totalmente dentro das diretrizes da reforma psiquiátrica, agora tem a outra parte, que é a parte de gestão, a parte dos recursos públicos, que não estar [de acordo com os princípios].

As2: Temos também a questão da redução dos leitos, que no caso da questão do álcool e drogas necessitamos muitas vezes de leitos de observação mais prolongado e até mesmo mais intensivo, então não conseguimos pactuar esses leitos com os hospitais gerais né, aliás não é nosso dever fazer isso, é uma coisa de gestão mesmo, mas a gestão não peita. E por outro lado também não temos o investimento necessário na rede substitutiva, poderíamos ter mais leitos aqui, no PASM, no CAPS III. Sabemos de um recurso para ampliação desses leitos e que nunca foi usado, o dinheiro voltou e eles não usaram!

Mesmo considerando que as ações da gestão não estão de acordo com os princípios da reforma, a equipe reconhece o alinhamento de sua prática com estes princípios, pois defende o reconhecimento das pessoas com transtorno e que fazem uso de drogas como indivíduos de direitos e deveres; reconhecendo, assim, a cidadania deles.

Em seguida, o grupo afirma que há modelos de atuação na saúde mental, mas, sem as devidas condições estruturais, fica difícil colocar esses modelos em prática. Na ocasião, o coordenador indaga se eles atendem aos modelos prescritos. Os comentários demonstram que há um atendimento para além do modelo, que o modelo real é construído cotidianamente pelos profissionais que estão envolvidos na construção de uma prática em saúde mental. Afirmam que o modelo prescrito é um modelo imaginário e que o modelo real é fruto da experiência dos profissionais.

3ª Questão- extrato do protocolo – Modelos de atuação

Enf1: Você perguntou pelo modelo. Agente atende ao modelo só que fazemos além do modelo.

Psi2: Acho que agente constrói esse modelo.

As2: Outra coisa esse modelo é construído todos os dias, esses são os primeiros modelos, mas o que a gente está fazendo aqui vai ficar de referência para daqui a 20 anos, porque esse modelo que existia é um modelo imaginário, o modelo real é esse que estamos fazendo agora e tem poucos anos, então tudo ainda é experimental, mas funciona, do que nos é oferecido para desenvolver, aqui funciona.

As1: Mesmo com todas essas limitações a gente se dedica mesmo. A equipe se garante, se dedica mesmo não tendo recurso, a gente faz brechó, a galera das artes se vira nos 30 com muita criatividade, acho que nesse CAPS os oficinairos são os melhores de João Pessoa, a equipe é muito boa, e infelizmente a gente não tem recurso, assim, faz sem ter e imagine se tivéssemos?

Fica entendido que o modelo ideal necessita de condições ideais para seu desenvolvimento, tanto condições estruturais, como recursos, gestão política e planejamento, quanto condições subjetivas, como o compromisso e elementos da formação profissional. Os profissionais reconhecem que atendem ao modelo no sentido da construção do cuidado, pois suas ações são alinhadas com esses preceitos, mas se processam de forma diversa considerando que no campo as condições não são ideias tanto no âmbito das condições de

estrutura quanto dos aspectos de ordem subjetiva. Todavia fica evidente, como é possível observar nos comentários dos participantes, que o modelo é construído por eles em suas ações cotidianas.

Neste sentido, os profissionais fazem críticas ao funcionamento da rede, no sentido da falta de articulação e interação entre os serviços, o que dificulta o atendimento das demandas complexas, como verificamos no extrato abaixo:

3ª Questão- extrato do protocolo – Crítica à rede

As2: Acho que a questão da rede é uma questão ainda muito delicada, também não podemos dizer que não há uma rede, pois há, mas a rede não se integra como deveria. Acho que ainda é um processo de aprendizagem para os trabalhadores que é fazer essa rede funcionar, mas nós temos aqui o trabalho em equipe, multi, ou interdisciplinar que é também a direção, porque nos temos serviço de CAPS que as direções são totalmente manicomiais.

Psi2: Em relação às demandas, temos demandas de extrema complexidade, por exemplo, uma demanda de rua é bastante complexa pois aí você precisa de uma rede de assistência, como nós não funcionamos como deveríamos [se referindo a rede de modo geral] nós temos muita dificuldade. Como acolher um usuário em situação de rua e como dar alta para esse usuário e devolvê-lo para a rua?

O trabalho em rede aparece como algo que carece de sensibilidade e de um processo de aprendizagem. Os profissionais percebem o embate de perspectiva no campo que implicitamente para eles dificultam a atuação da rede como deveria. Podemos pensar que a equipe defende a prática multiprofissional e interdisciplinar como recurso necessário para esta atuação, mas ela não prevalece em todos os serviços da rede de saúde mental.

Motivado pela discussão sobre o esforço da equipe na realização das atividades dentro do CAPS, introduzimos a quarta questão sobre como são encaminhadas as demandas dos usuários pela equipe. Nessa questão, os comentários foram bastante variados, o que nos levou à identificação de muitas subcategorias como: complexidade da demanda; arranjo intersetorial; preconceito; articulação em rede e críticas tanto à rede quanto à gestão.

Na primeira categoria estabelecida, a discussão prosseguiu com o entendimento da equipe de que as demandas, que são colocadas para a saúde mental, são de ordem complexa. O cuidado em saúde mental necessita das articulações da equipe com a família, principalmente na mobilização da rede familiar e comunitária desse usuário, para o prosseguimento da atenção, porém, como alerta As2, a quebra do vínculo familiar contribui para a falta de adesão do familiar ao serviço.

4 ^a Questão – extrato de protocolo – Complexidade da demanda

As2: Outra demanda que a gente poderia estar sinalizando é a questão dos rompimentos familiares, não como essa da rua, mas a perda dos vínculos familiares do usuário. Acho que falta muito ainda afinar o discurso com as famílias. Nós temos aqui mais de 1200 usuários, mas temos uma presença familiar pequena, aí eu fico pensando se não é uma fragilidade nossa não estar conseguindo trazer essa família também para o serviço, agora tem a família que não consegue mais vir para o serviço por conta do próprio estilhaço deste vínculo que foi rompido, pra mim são duas demandas que são muito complexas para a gente.

Os profissionais elencam, diante do seu próprio contexto, as dificuldades que a equipe tem em tomar certas decisões e encaminhar alguns casos. Evidenciamos o estabelecimento de parcerias com base nos vínculos de amizade dos profissionais para garantir o atendimento em alguns casos.

4 ^a Questão – extrato de protocolo – Arranjo intersetorial

Psi2: Aí você fica com parcerias individuais, pessoais, tentando recorrer a pessoas que são conhecidas na rede para poder estar encaminhando aquele caso e na verdade a construção da política seria totalmente intersetorial, totalmente em rede, por isso que a gente não tem o perfil 24 horas, não temos o suporte clínico para atender algumas demandas clínicas, quem tem que ter isso é hospital geral.

Psi1: Uma vez fomos para uma reunião sobre a rede com alguns diretores de CAPS e hospitais dizendo que a gente era irmão que iriam fazer tudo isso, mas no final das contas, mas a gente se impôs, e começamos a debater com eles, mas quando a gente precisa não é atendida. Há eu conheço fulana, aí ajuda aí.

Os profissionais possuem uma noção do cuidado muito clara. Entendemos que há concepções mais homogêneas sobre o cuidado em saúde mental, que se estabelece como um *ethos* do cuidado. Imbuídos dessa compreensão, a equipe procura, nas suas redes de relações pessoais, apoio para atendimento de alguns casos. Fica evidente que, mesmo com criação de espaços de diálogos e de acordo como no mencionado por *Psi1*, não há o compartilhamento dos sentidos produzidos sobre esse cuidado, talvez pela falta de acesso à rede discursiva do campo por parte dos profissionais que integram os demais dispositivos da rede.

Outra razão para a dificuldade se de estabelecer parcerias advém do preconceito que os profissionais carregam sobre os usuários da saúde mental, principalmente aqueles que fazem uso abusivo de drogas, como podemos observar nos depoimentos no extrato a seguir:

4 ^a Questão – extrato de protocolo – Preconceito

Enf1: Mas isso esbarra também na falta de conhecimento do outros profissionais, às vezes nem na falta

do conhecimento, eles até têm conhecimento, mas veem o usuário como um indivíduo marginalizado, entendeu? Ontem mesmo eu estava tendo aula com um professor que tem doutorado em Saúde Pública e ele soltou uma que eu fiquei horrorizada ele disse o seguinte: como é que recebem em hospitais bêbados?

Psi1: Tem o exemplo de *Maria [nome fictício]*, uma usuária nossa, que quando foi ao médico ele disse: eu só vou atender porque foi o SAMU que trouxe e foi aberta uma medicação se não eu não atenderia, eu não atendo bêbados.

Enf1: Ainda disse que só atendiam para receber AIH.

Psi2: Isso também se reflete muito no imaginário deles [usuários] a gente sabe que eles estão presos no próprio imaginário e por isso de fora eles não conseguem se emancipar.

Asi1: Exatamente, porque quando ele precisa dos espaços é isso que eles escutam.

O preconceito que os usuários sofrem fora dos serviços de saúde mental ainda é relevante e tem um impacto muito negativo na construção do cuidado. Pois nem os profissionais e nem os usuários têm a oportunidade de ressignificar sua forma de se relacionar com essas questões. Dessa forma, esses profissionais contribuem para reforçar a exclusão destas pessoas, enquanto os usuários reforçam a sensação que estão à margem da sociedade, portanto não são dignos de respeito e cuidado. Pois não tendo acesso à narrativa, não há muitas possibilidades de construção de novas subjetividades nos atores sociais, como pensamos ser possível por meio da dimensão afetivo-emocional que também processa os elementos simbólicos, éticos e culturais da reforma psiquiátrica brasileira.

Diante do exposto, o debate recai na construção de modelos para evidência de que a equipe atua para além do modelo estabelecido. Reconhece que o CAPS e nem a equipe podem sozinhos atender todas as demandas, pois esbarram na fragilidade da rede, embora não neguem a sua existência, mas a mesma não é integrada o que impede o encaminhamento de muitas demandas.

4^a Questão – extrato de protocolo – articulação em rede

As2: Então muitas vezes sustentamos demanda que não são nossas. Tivemos uma moça aqui com uma questão clínica muito crítica e nos encaminhamos por duas vezes para o hospital geral ela passou um dia e encaminharam de volta, e quantas vezes avisamos que quando não tivesse condições à gente acolheria novamente no CAPS e depois escutamos médicos desses hospitais dizerem por que o CAPS recebe uma demanda que não é dele né, aí eu fico pensando, porque o hospital não ficou com uma demanda que era dele.

Enf1: Esses serviços deveriam ser porta de entrada das demandas clínicas, certa vez numa reunião com o SAMU, ficou certo que a porta de entrada seria o hospital ortotrauma para estabilizar esse usuário e havendo necessidade o PASM para depois regulação certo? Um CAPS ou algum outro hospital. Mas assim os próprios profissionais do SAMU, eles não têm, a gente fez a reunião, e não foi uma vez só, mas não adianta, ele foi bastante solícito, mas aí vem o problema de contrato de ambulâncias que são

insuficientes, várias ambulâncias quebradas, ai diz que vai ter uma conversa, ai ele foi sozinho, não tinham outros profissionais para a gente passar o fluxo da gente.

Enf2: Acho que ai já responde a pergunta que você fez né, que a gente até extrapola o que tem numa portaria, numa política, a gente passa a fazer a mais o que deveria, além do limite, porque a gente precisa de um círculo, que se fecha e na verdade a gente não tem. Porque a gente faz aquele trabalho, se dedica e depois? O usuário vai precisar daquela rede social e está deficiente.

Fica claro que, apesar da existência dos dispositivos nos territórios, eles não são suficientes para atendimento da demanda, nem estão preparados. Não há o trabalho em rede, como nós entendemos, pois não há evidências de articulação das práticas sociais de cuidado por meio do estabelecimento da rede relacional ou do compartilhamento dos sentidos inerentes ao campo da saúde mental.

Nessa direção, os profissionais fazem uma crítica ao que está estabelecido nos documentos legais, mas não é cumprido pela gestão da saúde no âmbito do município e nem pelo demais dispositivos da rede. Expõem a necessidade de diversificação da rede de atenção, para que o CAPS não apenas possa fazer um trabalho de acolhimento, mas também possa ordenar as demandas de saúde mental. Assumem que o encaminhamento que deveria ser em rede e para a rede, recai no âmbito dos favores pessoais, a partir das relações de amizade e de troca que os profissionais estabelecem com outros técnicos de distintos serviços.

4^a Questão – extrato de protocolo – Críticas

Psi2: [...] Uma demanda de uma pessoa que chega com problemas de rins (?) muito severo, ai pela definição das portarias do CAPS, uma que saiu em 2012, ai para ter um CAPS ad III é preciso ter leitos de retaguarda em hospital geral, a gente não tem, para se ter um CAPS ad III é preciso ter uma unidade de acolhimento adulto, a gente não tem, então são demandas macro e acaba acontecendo isso que vocês estão falando, acabada a gente tentando dar conta de questões que necessariamente não são da nossa “ossada” e acaba a gente perdendo o foco em outras coisas, diminuindo o atendimento em outras potencialidades para pode dar conta, ai não tem outro parceiro que possa se instituir,

Enf1: Não queremos só CAPS, não é só para o CAPS absorver, a gente precisa de outros serviços entendeu? Como é que a gente vai inserir esse usuário quando ele sair do CAPS?

As2: Então quando a gente tem uma gestão que comunga com os trabalhadores e vice e versa é muito mais fácil de trabalhar em um contexto adverso. Eu acredito que a grande dificuldade que ainda se tem vem de cima, diz respeito aos recursos financeiros em nível de gestão, aqui no serviço nós temos um discurso e um entendimento do trabalho cotidiano muito homogêneo.

Fica evidente que a equipe busca estabelecer pontos de atenção com outros serviços tal como preconiza o modelo da RAPS, mas expõe a dificuldade de efetivação dessas parcerias pela incompreensão dos demais serviços sobre as particularidades da saúde mental.

O grupo focal do *CAPS ad* demonstrou ser bastante coeso durante a discussão, demonstrando uma preocupação em integrar os usuários às rotinas do serviço e aos demais círculos de convivência. Dão ênfase para a criação e consolidação dos vínculos entre equipe, usuários e familiares. Para tanto, utilizam a ferramenta do PTS, quando verificamos, com bastante clareza, o recurso aos processos interdisciplinares e intersetoriais. Observamos muitas referências ao trabalho em equipe, embora com algumas divergências entre os saberes de campo e de núcleo. Todavia a equipe consegue alinhar-se a uma forma de trabalho que sintetiza vários elementos modulados pela reforma e pela intersetorialidade. São estas as disposições que conformam a imagem produzida para este grupo.

5.5 Análise do grupo focal: CAPS III Caminhar

O grupo realizado no CAPS III caminhar aconteceu no dia 20 de fevereiro de 2014, na sala de reuniões do serviço. O grupo teve a participação de 11 profissionais: duas assistentes sociais, quatro psicólogos, dois enfermeiros, dois profissionais de educação física e um farmacêutico.

Após a explicação da pesquisa, realizamos a leitura do TCLE e tiramos algumas dúvidas que surgiram na ocasião, como o armazenamento das mídias geradas na gravação da sessão. Esclarecidas as dúvidas dos participantes, acionamos o equipamento de gravação para dar início à sessão do grupo focal. A discussão teve a duração de 1 hora e 24 minutos, conforme os registros.

Em cada questão, foram estabelecidas as unidades temáticas ou *nós*, que, posteriormente, tratamos como categorias.

QUADRO 26 - UNIDADES TEMÁTICAS (NÓS) POR QUESTÃO PARA O CAPS III CAMINHAR

Questão	Nós	Tendências
1ª) Como é realizado o atendimento no serviço?	Descrição do atendimento	1. Modelo prescrito
		2. SRT
		3. Saber médico
2ª) Quais são as atribuições da equipe?	Organização do trabalho em equipe	1. Disfunção da equipe
		2. Troca de saberes e experiências

3ª) Como as demandas dos usuários são encaminhadas pela equipe?	Complexidade da demanda	-
	Organização da rede	-
	Arranjo intersetorial	
4ª) Qual a relação do atendimento realizado com os princípios da reforma?	Identificação com a reforma	-
	Internamento	
	Centralidade do CAPS	
	Dimensões da reforma	
	Preconceito	
5ª) O que vocês pensam sobre as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde mental?	Identificação com a população usuária	-
	Identidades	

Fonte: Elaboração do autor.

Na primeira questão, os participantes descrevem basicamente a rotina do serviço e o seu modo de funcionando sem aprofundar questões sobre o atendimento em si. As atividades são sumariadas conforme um protocolo de atendimento que se confunde com a própria estrutura do serviço, o que, em nosso entendimento, levou uma diversidade de comentários que faziam referência a vários processos de trabalho no âmbito dessa equipe. Esses comentários foram categorizados e alocados em subcategorias. As subcategorias são: modelo prescrito; SRT e Saber médico. Cada subcategoria releva opiniões e tendências sobre as práticas da equipe na ocasião da realização do atendimento.

1ª Questão – extrato do protocolo- Descrição do atendimento
Ps1: O usuário pode chegar ao serviço espontaneamente ou encaminhado por algum outro setor, seja saúde, justiça, atenção básica e geralmente quando ele chega aqui, fazemos uma escuta bem breve, para saber de onde ele vem, quem encaminhou e qual a necessidade [...]. Enf1: Dai se faz a triagem, onde vai ser ouvido o usuário, assim, saber qual a queixa principal, qual o histórico da doença, como foi a infância, saber se tem casos na família, enfim, e após a triagem, dependendo da escuta ou ele vai ser encaminhado, se não for um caso de CAPS, um transtorno mental severo, ele será encaminhado para rede para fazer acompanhamento ambulatorial e/ou ele dará entrada no serviço, passará por um consulta médica feito seu próprio projeto terapêutico individual e dentro desse projeto será definido as oficinas e os dias que ele deverá participar, que pode ser um dia, dois dias ou até três dias. Ps2: Bom, nós também temos a atenção 24 horas, e quando esses usuários e outros que vem, geralmente

do serviço de emergência, e quando eles estão precisando de um acolhimento mais demorado, mais uma observação, um acompanhamento, porque eles estão em crise como D **[nome preservado para manter o anonimato do participante]** colocou, ou quando há um surto então eles têm acesso aqui à atenção 24 horas, onde eles ficam numa média de 10 dias dependendo do quadro ou da doença a gente consegue estender mais alguns dias, porque a portaria define os 10 dias, mas às vezes a gente quando estar percebendo um processo de melhora significativo deixamos mais uns 3 dias para completar [o processo] e depois ele passa para o intensivo [...].

Enf1: E a atenção 24 horas ele já vem com uma prescrição médica para fazer o procedimento e também e feita à triagem junto com a família e assinado o termo de responsabilidade.

Nesse primeiro momento, pareceu-nos que os profissionais procuram desempenhar suas atividades o mais próximo possível do modelo prescrito nas portarias, tornando a descrição das ações um pouco rígida. *Psi2* sinaliza a observância do tempo de utilização dos leitos 24 horas como se houvesse uma vigilância constante desse processo. Mesmo assim, verificamos nos comentários que, de acordo com a necessidade, é possível flexibilizar as normas para atender as demandas dos usuários, como também podemos observar no comentário de *Enf2* no extrato abaixo:

1ª Questão – extrato do protocolo- subcategoria: Modelo prescrito

Enf2: Na verdade, na portaria só pode 6 leitos, mas quando há necessidade improvisamos, mas pode ter mais, assim, tem que vir as camas essas coisas.

As portarias são citadas como modelo do atendimento e da definição do número de leitos do serviço. Nesse sentido, os profissionais afirmam que assumem uma demanda para acolhimento superior ao estabelecido pela portaria.

Em seguida os profissionais comentam que também são responsáveis pela atenção ao SRT, mesmo que tenha um profissional (enfermeira) responsável pelo acompanhamento clínico, as demais demandas são atendidas pelo CAPS.

1ª Questão – extrato do protocolo- subcategoria: SRT

Psi1: Também o CAPS é responsável pela residência terapêutica mista que atende usuários bem crônicos que já são de muitos anos de hospitais psiquiátricos e que perderam totalmente o vínculo familiar, estivemos lá na semana passada se não me engano e o CAPS também é responsável pelo atendimento dessa residência e quem é responsável pela parte clínica dessa residência é G **[nome preservado para manter o anonimato do profissional]**, que é enfermeira e todo o outro suporte é a gente que dá tanto internação quanto remédio, enfim tudo.

Edf1: Essa casa que o CAPS caminhar teve que absorver, pois ainda não era o momento, mas houve uma necessidade de urgência de transferência de outra casa, e ai estar sendo providenciada outra casa, que eu acredito também que seja mais uma que venha a ficar, mais um braço de extensão com a responsabilidade nossa.

Enf1: A casa não tem enfermeiro [questionando o comentário do colega] , mas tem assistência de quem estar aqui de plantão seja durante o dia ou plantonista da noite e a gente sempre se comunica para saber como estão as coisas lá, para saber se está calmo e se houver necessidade nos deslocamos até lá.

Apesar destes depoimentos, uma fala rompe com essa descrição procedimental e questiona a função do SRT na estruturação da vida dos usuários.

1ª Questão – extrato do protocolo- subcategoria: SRT

Edf1: A ideia é que [...] na verdade a casa pertence a eles, quem trabalha lá é como se fossem [...] não[...] são os empregados deles, a casa tem livre acesso a todos os lugares, todos os utensílios, de abrir a geladeira e comer o que quiserem, tem as regras, como em todo processo social familiar e a ideia é que exista um ideal dessas pessoas que estão na residência terapêutica saiam para vir para cá e poder participar das atividades e ainda não é possível por algumas dificuldades de transporte. Normalmente as casas ficam próximas a locais de saúde como PSF, próximos a praças onde eles possam fazer caminhadas e a residência funciona com as cuidadoras e técnicos de enfermagem, não existem enfermeiros, não tem farmácia, os técnicos de enfermagem são dois que se revesam e cada dia fica um, as cuidadoras ficam 24hs, elas vão se revesando nos plantões de 24hs.

O depoimento revela a verdadeira função de um SRT que seria de ajudar estruturar a vida dos usuários devolvendo-lhes o direito de assumir as atividades da vida cotidiana e de participar da vida comunitária como qualquer outro cidadão. Esse comentário contraria a descrição meramente procedimental dos demais participantes do grupo que colocaram esse serviço apenas como um anexo ou responsabilidade a mais para a equipe sem revelar sua natureza.

Apesar da importância desse tipo de serviço, um dos profissionais afirma que o CAPS não tem capacidade de absorver a “coordenação” de mais uma residência terapêutica. Também houve um pequeno impasse entre esse profissional e a equipe de enfermagem que afirma que o SRT possui uma responsável da equipe de enfermagem, contrariando o depoimento do colega. Esse impasse se estabeleceu de forma confusa. Acreditamos que a equipe queria passar uma imagem de sobrecarga de trabalho com a supervisão da SRT, no entanto nenhum outro participante entrou no mérito da discussão.

Todavia nos pareceu que o serviço já sofreu alguma intervenção judicial, pois, o comentário de uma participante revela uma preocupação em atender uma disposição da justiça e garantir a constante avaliação médica dos usuários, como podemos observar no extrato abaixo:

1ª Questão – extrato do protocolo- subcategoria: Ênfase no saber médico

Psi1: Com relação ao atendimento médico, essa juíza Angeline da [...] tem que ver essa questão do acolhimento médico, quanto tempo esse usuário passou por consulta, se a prescrição está antiga, se tem que fazer alguma alteração na medicação, aí a gente faz as avaliações, a gente marca as avaliações médicas, o ideal seria que de 3 ou em 4 meses a gente estivesse marcando, tem uns que passam um ano ou até mais um pouco, e é justamente esse objetivo também dos técnicos de referência de cada usuário estarem observando isso para não deixar passar muito tempo.

Percebemos que a equipe é bastante focada no cumprimento dos modelos prescritos nas portarias e também em atender determinações judiciais que interferem na lógica de organização do serviço. Cabe aos profissionais técnicos de referência observar a validade das “receitas”, garantindo assim a rotatividade das avaliações clínicas. O atendimento médico e as prescrições aparentemente são organizadores do processo de trabalho, embora alguns profissionais tenham feito referência ao PTS e o acompanhamento dos usuários pela rede nos seus “pós-alta”.

Observando que o grupo possui uma forma de organização do trabalho diferente dos outros CAPS, introduzimos a segunda questão que indaga sobre as atribuições da equipe, considerando o formato de trabalho em que eles atuam. Identificamos uma categoria com duas subcategorias que a integram:

1) **Organização do trabalho em equipe:** reúne comentários em que os participantes demonstram a forma que encontraram para organizar o trabalho. O discurso dá ênfase às disfunções da equipe e aos momentos quando acontecem as trocas de saberes, ambas tomadas como subcategorias.

2ª Questão – extrato do protocolo – Organização do trabalho em equipe

Psi1: As miniequipes aqui, como nós temos a responsabilidade pelo distrito 2 e 3 que é muito grande né, então as miniequipes são divididas por unidades de saúde, mas para uma questão mesmo de articulação dos serviços e de organização para que se possa ter uma coisa mais dinâmica porque são muitos PSF e muitas pessoas, nos temos aqui mais de 400 usuários divididos em 3 miniequipes, como eu falei é pelo PSF, então a função dessa miniequipe é acompanhar esse usuário mais de perto para ver a questão do tratamento, para ver como está a socialização dele fora do serviço com a família, tem aquela questão da documentação, se está em dia ou se não está, como eu falei a questão da prescrição

Psi4: Assim, tentar levar para a sociedade para que ele faça outra atividade fora do CAPS e acompanhar ele de um modo geral de um forma mais intensa, os objetivos das miniequipes são esses, de forma a visualizar esse usuário melhor, porque não tem como uma só pessoa ficar, pois a gente vê todos os usuários e dentro das miniequipes há as subdivisões, por exemplo a miniequipe 1 tem na faixa de 160 usuários divididos por 17 pessoas, aí fica uma média de 8 usuários para cada, incluindo os domiciliares, aí essa pessoa tem a responsabilidade de observar a questão da documentação, dos prontuários, da prescrição médica, se o usuário está frequentando o serviço, se a família está participando que também é fundamental e aí se reúne para ver outras possibilidades de encaminhamento, para ver um outro setor ou outro local que possa acolher esse usuário sem ser necessariamente o CAPS.

Os depoimentos demonstram que organização do trabalho está pautada na divisão em “miniequipes” que, parece-nos, foi a forma que o serviço encontrou para “cobrir” as áreas de abrangência do CAPS. Lembramos que, em tese, o CAPS é um serviço de base comunitária, podendo ser territorializado em áreas de abrangência. Essa organização, segundo os depoentes, facilita a dinâmica ao dividir as miniequipes para dar suporte a determinados serviços da rede. Além deste motivo, observamos também uma lógica quantitativa na organização desses atendimentos e na distribuição das responsabilidades. A equipe está muito preocupada em dar conta, numericamente, dos indicadores do serviço como número de consultas, internamentos etc.

Sentindo esse viés meio quantitativo, alguns profissionais tentam defender a estratégia das miniequipes como podemos observar no extrato a seguir:

2ª Questão – extrato do protocolo – Organização do trabalho em equipe

As1: A miniequipe acabou se tornando uma estratégia porque nós temos mais de mil usuários matriculados que sempre estão indo e voltando, mas na ativa nós temos 400 usuários que estão realmente na ativa nesse serviço. Só que para visualizar melhor esse usuário para a gente conhecê-lo melhor é necessário que tenha essas divisões e conseguir enxergar melhor cada usuário.

Psi2: Isso não quer dizer que outros membros das miniequipes não possam ter acesso aos usuários. Na verdade nós atendemos usuários de todas as equipes.

O comentário de *Psi2* parece contraditório com relação à lógica de organização dos atendimentos, pois, se cada miniequipe tem sua “cota” de usuários, como pode afirmar que todos os profissionais acabam por atender a totalidade dos usuários?

Mais uma vez, notamos um reforço na ênfase ao atendimento médico e à verificação de questões burocráticas do tratamento, como medicação, prescrição, documentos, altas etc. Então, a nosso ver, a miniequipe é uma “fórmula” matemática de divisão dos usuários. Questionamos se a composição multiprofissional nas miniequipes é mantida. Todos respondem que sim. Mas, quando indagamos sobre o médico e o psiquiatra, nós observamos certo desconforto, pois os mesmos não integram nenhuma miniequipe. Denominamos os comentários que seguiram este questionamento de “disfunções da equipe”. Vejamos o extrato abaixo:

2ª Questão – extrato do protocolo – subcategoria: Disfunção da equipe

Edf1: Na verdade isso deveria acontecer e ter o mesmo procedimento que tem todo mundo, porque o CAPS é um dos serviços do país e do mundo, dessa estrutura da política de saúde mental, que não tem

juízo de valor enquanto a profissão.

Psi3: Os médicos por portarias tem a mesma obrigatoriedade que a gente tem, tomar conta também, participar das reuniões das miniequipes e conhecer todos os usuários.

[interrompendo o colega]

Edf1: Mas não acontece. É uma realidade, existe muito mais um encaminhamento da equipe inteira para a situação do psiquiatra do que um processo contrário. Eu ainda não presenciei de chamar e olha, esse usuário está passando por isso e isso então seria legal a miniequipe observar assim, assim, assim [...] Esse processo era para acontecer, como ele não acontece, se Maomé não vai até a montanha, a montanha vá até Maomé [...]

Um dos profissionais comenta que as atribuições da equipe são as mesmas para todos os profissionais, devendo todas as ações serem compartilhadas; no entanto não nega a hierarquia dos saberes/práticas na organização do serviço. *Psi3* recorre às portarias para sustentar seu argumento de que todos os profissionais têm a mesma responsabilidade com o trabalho, resguardadas as particularidades de cada profissão. Mais uma vez, observamos que a organização do atendimento da equipe está pautada no atendimento das questões clínicas, sem, no entanto contarem com a participação do profissional médico nas discussões do grupo. Porém não fica claro que a falta de envolvimento do médico com as atividades decorre do profissional ou da equipe que, de certa forma, tem delegado a esse profissional apenas o cumprimento dos requisitos quanto às consultas, altas, receitas etc.

Entretanto, mesmo com essa organização peculiar, evidenciamos movimentos de capacitação em serviço, quando a equipe demonstra o esforço em participar dos ciclos de debates sobre temas da saúde mental e na busca dos conhecimentos dos colegas para trocarem informações e assim poderem atender melhor os usuários.

2ª Questão – extrato do protocolo – subcategoria: troca de saberes e experiências

Enf3: As profissões aqui tem o mesmo patamar de responsabilidade, as especificidades sim, passam pelo parâmetro profissional, quando chega alguma coisa para mim que é muito ligada a área de serviço social, eu não terei conhecimento no tocante as leis e não tenho como orientar aí eu peço ajuda as meninas a mesma coisa é para acontecer com os médicos e psiquiatras que estão aqui.

Edf1: Nós elaboramos aqui uma ciranda chamada: ciranda de estudos científicos da saúde mental e as questões psicossociais e foi dividido por miniequipe a questão dos seminários e eles também estão participando, mesmo o psiquiatra. Ele ficou na equipe que vai falar sobre farmacologia, pois é então existe essa obrigatoriedade para agente ter o conhecimento de tudo. Entrou aqui a gente tem que conhecer farmácia, respeitando obviamente as situações específicas, como eu já falei, aí a gente pede socorro, porque quando a gente pega um prontuário e ver lá que ele toma determinada medicação e naquele momento eu quiser saber porque ele toma aquela medicação e quiser conversar e o médico não estar, vou na farmácia e pergunto: isso serve para que, quais os efeitos? Dura quantas horas? A participação independe, que seja psiquiatra, farmacêutico, enfermeiro, educador físico, oficinairo.

Apesar da aparente rigidez dos processos, a equipe encontrou uma forma de se capacitar e exercitar uma dinâmica mais interdisciplinar, quando reconhece a importância dos diferentes saberes para se atuar no campo da saúde mental. Tivemos a impressão de que a preocupação está mais focada na organização do serviço e dos atendimentos, no cumprimento de todas as metas e indicadores do que no reconhecimento do indivíduo que sofre e carece de cuidados.

Desta feita, introduzimos a terceira questão e, diante do arranjo um tanto complexo para a organização do trabalho, indagamos dos participantes como eles, neste arranjo, encaminhavam as demandas dos usuários. Nessa questão, identificamos três categorias: 1) complexidade da demanda; 2) Organização da rede; 3) Arranjo intersetorial.

Na primeira categoria, os comentários expõem a dificuldade que a equipe encontra com o processo de alta do serviço, pela evidente fragilidade da rede, mas traz elementos para se pensar as dificuldades da rede em perceber a demanda complexa da saúde mental, como podemos observar no extrato:

3ª Questão – extrato do protocolo- Complexidade da demanda
As1: Existe a demanda específica da saúde, quando é caso de encaminhar para dar alta que há uma resistência geralmente dos nossos usuários ter alta do nosso serviço, porque aqui realmente é como fosse uma casa pra eles. Psi1: Essa dificuldade não é apenas entre as secretarias até mesmo dentro da secretaria de saúde a gente encontra essa dificuldade de encaminhar para outros serviços, por exemplo, a gente tem alguns usuários que tem retardo mental e aí no caso o CAPS não seria o setor mais adequado para se trabalhar esse caso, mas temos vários usuários com retardo mental grave e moderado, inclusive um deles a gente tentou encaixar em outro serviço, não especificamente num CAPS, porque ele também tinha um transtorno mental, mas ele deveria fazer um acompanhamento em outro setor, mas aí esse serviço não aceitou pelo fato dele ter transtorno que não era perfil dele, Psi3: O centro de referência da pessoa com deficiência que é do município não aceita, então assim, os próprios serviços de saúde não aceitam o nosso usuário com transtorno [...] não seria para ficarem com eles, mas uma complementação porque não temos que fazer articulação com vários locais, mas não aceitam aí quebram com as pernas da gente. Edf1: [...] na saúde mental, além desse lado você ainda tem a pessoa que tem o transtorno e que tem um retardo e ainda é deficiente físico, então o que se fala é assim, eu posso receber quem tem deficiência auditiva e que tem transtorno aí eu recebo, mas se ele tiver transtorno e se for lá para um centro que trabalha diretamente com os surdos não vão querer atender, entende qual é? É estranho.

Os comentários expõem a dificuldade com o processo de alta dos usuários seja por resistência dos mesmos em recebê-las ou pela falta de estrutura da rede de atendimento. Mas também dão evidência a complexidade dessa demanda, inclusive do próprio usuário da rede que pode ser um usuário com múltiplas queixas ou diagnósticos. Como a rede é bastante

segmentada com demandas bem específicas, como os próprios participantes já delimitaram, por exemplo. O CAPS adulto de modalidade III atende apenas o indivíduo com transtorno grave e severo. No entanto, diante da negação do atendimento dos equipamentos da rede, a equipe acaba por aceitar os pacientes com múltiplos diagnósticos e tentam atender todas as suas demandas. Neste sentido, muitos dos encaminhamentos da equipe são para tentar preencher essa lacuna que o próprio serviço encontra em dar assistência. *Edf1* levanta a questão: como cuidar de um usuário com transtorno que também é deficiente auditivo se o serviço não tem suporte para cuidar desta deficiência?

Com esses questionamentos, a equipe passa a criticar a organização da rede do município.

3ª Questão – extrato do protocolo- organização da rede

Edf2: [...] às vezes também a gente não sabe para onde encaminhar e temos pessoas que precisam receber alta, mas que também precisam se ocupar, mesmo os que são aposentados de suas funções profissionais, mas que precisam de um trabalho ocupacional, de um grupo de apoio e temos esse problema na rede de forma geral no município e no Estado. Isso é uma grande problemática que a gente enfrenta.

Psi3: Uma das maiores dificuldades dessa rede é o acompanhamento psicológico, nos temos um serviço chamado CAIS onde tem esse profissional, e o relato que recebemos e que a lista de espera é mais de 50 pessoas, então uma usuária daqui que estava precisando apenas de um acompanhamento psicológico, eles retornam com os próprios encaminhamentos em mãos relatando que foi ao serviço e lhe dito que não poderia ser atendido, que a necessidade dele era de um CAPS então teria que voltar para um CAPS, aí eles retornam e fica essa dificuldade.

Edf1: O quanto é bonito essa separação entre secretaria e quanto isso acontece, secretaria de saúde, secretaria de educação, secretaria de cultura, aí a RAPS, demanda à secretaria de saúde, na verdade a secretaria de educação, a secretaria de cultura, na minha opinião eram para estar dentro da RAPS, porque as meninas sofrem muito, a gente sofre muito quando uma escola não quer aceitar a matrícula de uma pessoa porque ela tem transtorno, se a educação também estivesse dentro da RAPS isso facilitaria essa demanda de encaminhamento.

As1: Essas são algumas das dificuldades que acabam encharcando o CAPS de usuários que poderiam estar incluídos em outros programas e em outros serviços, que são rejeitados, vamos dizer assim, e aí a gente acaba ficando com esse usuário.

Psi4: Percebemos também que há uma necessidade de se aumentar a equipe de profissionais, numa perspectiva de se construir uma rede de assistência em saúde mental, com mais serviço, com mais dispositivos e com mais profissionais e quando isso não acontece essas fragilidades permanecem.

Os comentários revelam diversos problemas na organização da rede: 1) precariedade da capacidade instalada para atendimento da demanda; 2) Interpretações enviesadas sobre o perfil da demanda que acaba por excluir os usuários dos serviços existentes.

Para além desses problemas, percebemos que há uma diversidade de discursos que não se integram na execução de um objetivo comum principal característica para a construção de uma rede. Cada serviço ou área limita-se em dar conta de sua demanda setorial, negando a realidade dos problemas complexos dos usuários da saúde mental. Neste sentido, as soluções encontradas negam a realidade do contexto desses problemas o que resulta num enquadramento de uma realidade “setorializada”. Mesmo, se a sugestão de *Edfl* fosse concretizada, ou seja, a integração das demais secretarias (políticas) na constituição da RPAS, acreditamos que o problema persistiria, pois não é a falta de integração propriamente dita, mas a falta do compartilhamento dos conteúdos simbólicos da saúde mental que solidifica a integração entre os atores sociais das políticas públicas. Esta questão leva a construção de práticas variadas tendo em vista a dificuldade de se estabelecer uma linguagem compartilhada. Assim, os profissionais acabam por efetivarem arranjos intersetoriais diversos para dar conta, minimamente, das demandas que são colocadas no cotidiano do serviço.

3ª Questão – extrato do protocolo- arranjo intersetorial

As1: Além dos encaminhamentos para saúde existe o encaminhamento para rede intersetorial que a gente trabalha, tanto com a educação, com a assistência social, com a previdência social. A gente sempre tem essas articulações aqui, embora com as fragilidades que temos. Quando fazemos um encaminhamento e o usuário retorna sem atendimento tentamos viabilizar a partir de outro modo.

[Coord: como assim?]

As1: tentamos ver alguém conhecido na rede que possa atender, usando meio que a amizade.

[Coord: Mas porque a outra pessoa atende se você pedir?]

As1: às vezes é uma pessoa comprometida que sabe a importância do encaminhamento, mas às vezes é pura solidariedade mesmo.

As2: Às vezes as trocas de informações acontecem por contato telefônico e de encaminhamentos que no caso é um instrumental e tanto para os psicológicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional que fazem triagem também. A gente utiliza esse instrumental por meio dos encaminhamentos, mas nos temos as dificuldades também, às vezes para o serviço estar preparado depende do profissional, dele estar preparado, e lhe entende, aí acaba recebendo aquela demanda e às vezes não.

Psi1: Tem um usuário que participa da minha oficina que ele tem muito medo, e ele é muito ocioso, tem uma vida muito ociosa, como a maioria daqui, então a hora de ir embora e sair daqui é uma das principais coisas que fazem eles entrar em crise, porque ele não faz nada e o fato dele vir aqui para o CAPS e aí com muito custo nós conseguimos encaminhar ele para um centro de práticas para ele fazer alguma coisa, a gente conversou explicou que ele precisava ir e tal e aí eu usei o conhecimento que tinham com uma psicóloga que trabalhou aqui e que trabalhou em outros serviços aí eu disse vá em tal dia e tal hora que fulana vai te receber.

As assistentes sociais revelam que o encaminhamento para a “rede intersetorial” acontece de forma protocolar, encaminhamento mais por contato telefônico, que parece ser mais efetivo, pois geralmente as profissionais tentam sensibilizar o profissional do serviço almejado ou até mesmo recorrem aos laços de amizade. Os arranjos intersetoriais são produzidos levando em conta os preceitos do cuidado que alguns profissionais conseguem construir ao acessarem a rede discursiva do campo.

Psi1 assume que, para conseguir encaminhar um dos seus usuários necessita acessar sua rede de relacionamentos para conseguir algumas vagas. Esse tipo de arranjo demonstra o comprometimento da profissional com o cuidado prestado e os recursos utilizados para se ter acesso a determinados serviços. Fica a questão: se não houvesse a construção deste arranjo seria possível encaminhar “normalmente” esse usuário para dar continuidade ao cuidado?

Diante da complexidade das demandas e das dificuldades no atendimento, introduzimos a quarta questão. Indagamos dos profissionais se eles acreditam que o atendimento da equipe contribuía para a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica.

Nessa questão, identificamos cinco categorias: 1) identificação com os princípios da reforma; 2) Internamento; 3) Centralidade do CAPS; 4) dimensões de efetivação da reforma e 5) Preconceito.

Na primeira categoria, os comentários que seguiram apontam para um entendimento que, mesmo com as dificuldades, o serviço contribui para efetivação da reforma na medida em que eles se esforçam para que os usuários não sejam internados, no investimento da autonomia, na construção da identidade dos usuários e nas articulações (possíveis) que estabelecem com a rede. Vejamos os extratos abaixo:

4ª Questão – extrato do protocolo- Identificação com os princípios da reforma

As1: Em todos os aspectos, a gente sempre procura estar atuando dentro dos princípios da reforma, sempre ali nas brechas, para que os usuários não sejam encaminhados para os hospitais psiquiátricos, sempre tem essa ponte com a família, para que ela fique perto do serviço, porque quando estar no hospital parece que a família não tem nada haver com isso, e aqui a gente sempre estar articulando para que o usuário seja cuidado tanto pelo serviço como pela família e a comunidade, mostrando que essa é uma das formas principais para que haja desenvolvimento do tratamento dele.

Psi3: A questão da identidade e da autonomia deles a gente sempre frisa isso, de estimular, de ir a busca de outras atividades que eles possam desenvolver e no manicômio não, eles entram lá e muitos não têm mais nenhuma perspectiva de vida para além dos muros do hospital. Estamos sempre em busca que eles sejam inseridos na família e na sociedade. Nós temos casos de usuários que voltaram a estudar e hoje estão na universidade, então, assim tem tudo haver com a reforma.

Observamos nos comentários que a efetivação dos princípios da reforma se dá em outra lógica, ou seja, “nas brechas”. Parece-nos que a rotina rígida do serviço, o cumprimento dos modelos, das metas se sobrepõe ao essencial, que seja os conceitos que integram o *ethos do cuidado*, a desinstitucionalização, a autonomia, liberdade e inclusão social. Então, a rede como é definida pela equipe apresenta-se segmentada e altamente setorializada e, apenas “nas brechas” ou num espaço de “fronteira”, pode-se construir esse cuidado. No entanto, o cuidado produzido leva em conta a criação dos arranjos pelos profissionais com outros atores para garantir a integralidade da assistência, mesmo num contexto adverso.

Ainda para os profissionais, o “compromisso” com os princípios da reforma não é partilhado por toda a rede quando citam casos compartilhados com o PASM e que a orientação dada à família por este serviço foi à indicação do internamento, como podemos observar na categoria seguinte:

4ª Questão – extrato do protocolo- internamento

Psi4: Nós temos exemplos aqui dentro do CAPS de muitos familiares de chegarem aqui depois de um internamento que passam pelo PASM, e o PASM fala para a família internar de novo no hospital psiquiátrico, então, se a gente tivesse mais o apoio da rede ele não seria internado, ligariam aqui para o CAPS ou para outro, porque em vez de ligar para cá para conversar dizer o que estar se passando saber se tem vaga, falar com a enfermagem, ele fala para a família levar para o hospital psiquiátrico e a família leva para o hospital psiquiátrico.

Psi3: Mas tem família que faz isso também internam mesmo em hospital psiquiátrico, levam pra lá porque dizem que acham melhor, aí depois a gente explica, conversa com a família e diz a importância do CAPS do nosso trabalho que é diferenciado, muitos que estão aqui, fazemos a diferença no cuidado.

A internação, como observamos na discussão realizada com o PASM, é algo de disputa entre os profissionais daquela equipe, mas também é recomendada para alguns casos (os graves e perigosos), segundo os médicos. Porém o CAPS III, por ter o acolhimento 24 horas, questiona a legitimidade desses encaminhamentos e afirma que o PASM estimula este procedimento junto à família. Sabemos também da dificuldade dos leitos de acolhimento tanto na rede da saúde mental quanto nos hospitais gerais o que agrava ainda mais esse problema. Há também o reconhecimento de que a família muitas vezes busca o internamento como forma de se desresponsabilizar pelo cuidado com o usuário.

Diante dessas incompatibilidades os profissionais relatam, como dificuldade, a centralidade que o CAPS exerce no atendimento dos princípios da reforma.

4ª Questão – extrato do protocolo- centralidade do CAPS

Psi3: Apesar da reforma psiquiátrica ser uma lei nacional, divulgada e temos vários escritos, vários manuais, vários cadernos de como essa lei, a impressão que fica que o único serviço a seguir essa lei na prática é o CAPS, nenhum outro, porque quando precisamos desses processos de integração, da referência e contra referência, nos esbarramos inclusive nos serviços que compõem a rede de saúde mental, que se subentende que estão integrados, que compreendem a lei, que transitam da ação exclusiva para o bem-estar do usuário, mas na prática isso não acontece.

Psi4: Então assim é uma lei nacional, sabemos que sua funcionalidade depende dessa integração com os outros serviços, mas mesmo assim, o que vejo aqui, o que vi em Minas Gerais, é que ainda esta tudo centrado no CAPS, todas as demandas sejam sociais, educativas, seja de capacitações individuais, seja de aspectos materiais é tudo no CAPS.

O grupo demonstra que, apesar de a reforma se conformar num modelo de atenção, para eles, parece que apenas o CAPS tem a preocupação de buscar pautar seu cuidado pelos mecanismos legais instituídos pela reforma. Reconhece a ineficácia da rede pela falta de articulação, o que acaba gerando uma centralidade da atenção nos serviços do CAPS. Em diversos momentos, os profissionais apontam a potencialidade dos serviços substitutivos, mas demonstram também o reconhecimento de que ele sozinho não dá conta das demandas da saúde mental. Os profissionais se sentem sozinhos e sufocados tentando a todo custo colocar a rede para funcionar. *Psi4* declara que já teve outras experiências em serviços substitutivos fora do estado da Paraíba e isso nos dá indícios de que essa problemática pode ser nacional e não apenas um caso particular da rede de João Pessoa.

Essas questões nos levam ao debate da próxima categoria que trata sobretudo das dimensões da reforma e de como ela vem sendo processada pela equipe. Fica evidente que a dimensão técnico-assistencial precisa ser fortalecida para que os serviços sejam estruturados, mas para, além disso, que seja claramente orientado pelos princípios do cuidado. A dimensão sociocultural carece de maiores investimentos para a construção de uma cultura que combata o preconceito e o estigma social da pessoa com transtorno mental, para que elas possam ser acolhidas pela família e comunidade.

4ª Questão – extrato do protocolo- dimensões da reforma

Edf1: Uma casa [referindo-se ao SRT] a vizinhança precisa acolher aquelas pessoas, então se é noite de São João e se é uma casa e se faz fogueira na rua, uma festa junina, se os vizinhos sentam na calçada a noite para conversar, aqueles vizinhos precisam acolher aquelas pessoas precisam saber que ali tem senhoras idosas que tem transtorno e que a noite ao estar na calçada para que os vizinhos passem a cumprimentar essas pessoas para elas não fiquem isoladas do mesmo jeito, porque se não vão estar trancada com o portão fechado. Então essa dimensão precisa ser trabalhada do afeto, do lúdico da cultura para que a gente possa romper com esse preconceito.

Psi3: Se elas conseguirem sair da casa com quem está trabalhado com elas lá, as cuidadoras, à noite, sentar na calçada para ver quem passa na rua, as pessoas darem boa noite e elas começarem a identificar quem mora naquela rua, aí o serviço vai funcionar porque se não será apenas uma transferência

geográfica.

Os participantes compreendem a relevância das dimensões em que se processa a reforma e fazem referência a uma dimensão que entendemos como a dimensão afetivo-emocional. Pois se referem à produção de uma nova forma dos usuários se relacionarem com a sua condição, e da comunidade para com eles, provocando um contato que produz novas identidades e novas subjetividades em todos que estão envolvidos no processo. Em nossa narrativa, a principal função de uma residência terapêutica, além de acolher os usuários que perderam a referência familiar, consiste nessa força de criar novas possibilidades de vida na comunidade para essas pessoas, e não na reprodução de um local que as exclui.

Os profissionais entendem a residência terapêutica como forma de sociabilização dos usuários no território e como recurso contra a cronificação, mas ressalta que é preciso quebrar com o medo e preconceito para que essas pessoas possam circular no território que estão inseridas. Em seguida, alguns profissionais comentaram a dificuldade de integrar os usuários no convívio social pelo preconceito das pessoas.

4ª Questão – extrato do protocolo- preconceito

Enf1: Eu trabalhei num CAPS do interior por três anos e quando a gente levava os usuários para fazer uma caminhada. Muitas pessoas fechavam a porta, era uma discriminação, diziam que os usuários iriam matá-los, eram uns doidos, chamava de doido e fechavam a porta na cara da gente. Então determinadas atividades, a humanização e a sensibilização do ser humano? Era difícil.

Edf1: Inclusive minha proposta para o São João desse ano, é que não seja na escola ou aqui no CAPS, se temos uma residência terapêutica sobre nossa responsabilidade, vamos fazer a festa na rua, fechar aquele pedaço de rua, chamar os batedores, levar a quadrilha, a tenda, nem que eu tenha que ir a casa e casa falar com pessoas para explicar. Porque se você transferir as ações para a sociedade eles também passam a entender.

Enf2: Também trabalhei num serviço que precisávamos levar os usuários para algumas atividades na rua, na praça, e era incrível o preconceito das pessoas, muitos ficavam olhando com ar de curiosidade, mas outros corriam, pegavam as crianças e tiravam da rua. Era horrível!

O CAPS, de modo geral, deve aproveitar todos os espaços de inserção e propor atividades que auxiliem na quebra desses preconceitos. Fechando-se em si, o serviço apenas aguça o medo e a curiosidade da comunidade.

Pensando desta forma, questionamos os profissionais sobre o que achavam das pessoas que utilizavam os serviços do CAPS. Identificamos duas categorias: 1) identificação com a população usuária e 2) construção de identidades.

5ª Questão- extrato do protocolo: identificação com os usuários.

Psi2: Eu acho que são pessoas “normais”, não no sentido “normal” da palavra, mas uma pessoa normal [comum] como a gente. Porque todos nós somos suscetíveis de desenvolver algum transtorno, a mente humana é muito frágil [...] são pessoas que algumas têm a capacidade limitada, devido alguma situação, outras com a capacidade totalmente limitada, mas que são pessoas comuns, que merecem serem tratadas como pessoas comuns, as vezes observando um pessoa com transtorno, muitas vezes eu tenho características muito próximas de determinada usuária, eu não vejo que são pessoas que mereçam serem excluídas.

Psi3: Tem que também passar a questão da periculosidade, que isso não é algo real, não representam essas pessoas, mas que pode acontecer em momentos de crise, e somente na crise então não há necessidade de qualquer intervenção nesse sentido, ele assim como eu pode estar em qualquer processo de sociabilidade, correr, ir para uma praia.

As2: Acho que são pessoas importantes que precisam ser acolhidos, somos todos seres humanos, só que eles têm a enfermidade deles e nem por isso devem ser visto diferente, olhar diferente deve ser para enfermidade e não para a pessoa, no sentido de tratar, porque se agente olhar para pessoa com um olhar diferente e dentro de um contexto de reforma estaremos excluindo do mesmo jeito.

Os profissionais compreendem os usuários como pessoas “normais” que vivem os conflitos e as dificuldades que todos vivem, mas consideram que a forma como eles lidam com estas questões os diferenciam dos demais, mas que é apenas uma forma entre outras, não justificando a exclusão social que estas pessoas sofrem. Reconhecem que, em alguns casos, há comprometimento de algumas funções e que decorre disso a necessidade de apoio e cuidado. Achamos os comentários bem positivos e diferentes das opiniões que evidenciamos nos outros grupos. Não houve referências às diferenças quanto à classe social e aos fatores socioeconômicos, por exemplo. Percebemos uma identificação dessa equipe com seus usuários na medida em que se reconhecem como pertencente ao mesmo grupo, que sofre as mesmas coisas, mas por questões não mencionadas, cada um, em sua individualidade, responde de forma diferente.

Podemos dizer que o grupo conseguiu construir uma forma de se relacionar com os usuários, forjando assim uma nova identidade que altera a sociabilidade dos mesmos dentro do serviço e com reflexos para a comunidade.

Em seguida, a partir do compartilhamento de casos e relatos de experiências, os profissionais revelam sua percepção sobre o modo de cuidar e denunciam a forma

preconceituosa como a sociedade trata os usuários da saúde mental. Há registros no compartilhamento dos casos de como a mudança do modelo assistencial provocou mudanças no cuidado.

5ª Questão- extrato do protocolo: identidades

Psi3: É preciso um trabalho de ressignificação, eles precisam entender que eles não são um transtorno, porque dizem assim: eu sou um esquizofrênico, eu sou depressivo, então o trabalho tem de mostrar para eles que eles não são um diagnóstico, a gente orienta como auxilia-lo, mas que isso não pode representar a vida dele como um todo, isso ainda é um desafio, porque eles dão muita importância ao discurso médico, o que o médico disser é diferente do que o psicólogo, o enfermeiro, o assistente social, a coordenação, os educadores, os oficinairos, quem quer que seja que fale algo pra eles diferente.

Psi2: Então se agente conseguir modificar esse discurso nas atividades terapêuticas, nas oficinas. Modificar essas crenças é algo que vai nos aproximando, até para entender que ter alguma enfermidade não é um empecilho para nossa capacidade de viver, então não dar para acreditar que a pessoa não possa fazer nada.

Edf1: Eu tenho uma sobrinha que nos anos 70, aos 14 anos ela foi diagnosticada com um transtorno, e naquela época, não havia CAPS e nem tinha nada disso, era internação mesmo, remédio, psiquiatra etc. Mas a família não queria tratar, pois o preconceito era muito grande, então ela ficava trancada em casa e aí tudo acontecia, às vezes ela passava 10, 12 dias chorando e as pessoas começavam a chamar de ruim. Hoje você tem os CAPS.

Na construção dessa nova identidade e de novas relações entre equipe e usuários, pesa ainda o discurso médico patologizante que captura as formas de existir desses indivíduos, limitando sua vida ao exercício de sua patologia. Outro elemento que dificulta essa construção reside no preconceito que alguns profissionais carregam sobre a loucura e perpetuando a exclusão destas pessoas.

Parece-nos que este discurso é constantemente combatido nas atividades educativas e terapêuticas que alguns profissionais da equipe executam, talvez seja a tal “brecha” ou fronteira que se abre para essa equipe diante de uma rotina burocratizada e pautada no esquadramento de receitas, prontuários e procedimentos.

De todo modo *Edf1* nos lembra que, apesar de tantas dificuldades, as coisas têm mudado nas últimas décadas. Talvez não de modo satisfatório ainda, mas, sem dúvidas, o CAPS e o desenho de rede de saúde mental que se pretende com a RAPS constituem avanços significativos no modelo assistencial que merece reforços políticos, institucionais, teóricos e culturais para se efetivarem enquanto mecanismos transformadores da vida e não só de uma política.

o grupo que apresentou um tipo de organização do trabalho totalmente diferente dos outros serviços analisados. Observamos uma preocupação latente de se garantir as prerrogativas legais e também como forma de proteger o serviço da excessiva demanda. Percebemos um embate mais intenso entre a equipe e o PASM. A relação entre os dois serviços é definida como conflituosa em virtude das perspectivas de cuidado divergentes. Nesse sentido, os profissionais fazem críticas à organização da rede e demonstram também o recurso a intersectorialidade como maneira de recompor suas ações frente à ausência da rede e da gestão.

5.6 Quadro Síntese dos grupos analisados

Após a análise das questões que compuseram os grupos focais em cada serviço, percebemos que a dinâmica de funcionamento e a organização do trabalho em equipe são diversificadas. Apesar de atuarem na mesma rede, considerando aqui a forma de organização e distribuição dos serviços nos territórios, e de estarem teoricamente vinculadas aos mesmos modelos prescritos, as equipes processam as ações de saúde de forma bastante peculiar. Esta particularidade na construção das ações, de modo geral, pode estar relacionada com as concepções dos atores sobre a própria política de saúde mental, sobre a rede, sobre a reforma psiquiátrica e a construção do cuidado em saúde. Outro fator que talvez tenha influência nessas distinções refere-se às modalidades dos serviços. As equipes trabalham com segmentos distintos que são atendidos pela política de saúde mental. São questões complexas, como essa, que se inter cruzam no contexto de atuação. Por exemplo, como cuidar de uma criança ou adolescente que faz uso abusivo de drogas, quando a equipe do CAPS i tem dificuldades em atender esta demanda relacionada com as drogas e o CAPS ad não tem suporte para atender crianças e adolescentes? Neste imbrincamento, as equipes constroem arranjos diversos, fazendo articulações com setores e com os profissionais que fazem parte da sua rede pessoal que estão pulverizados na rede institucional.

Contudo, a noção de cuidado empregada pelos profissionais surge como elemento que consegue dar uma direção as diferentes ações. Em todos os contextos, observamos que, tanto na composição das ações quanto dos arranjos, os profissionais são imbuídos dessa noção de cuidado para efetivar a assistência. Obviamente, que esta noção também interage com as próprias concepções de mundo dos agentes, mas, mesmo assim, conseguem estabelecer uma modulação, cujo objetivo é dar a garantia de cuidado integral para o usuário. Outro elemento é

o reconhecimento da maioria dos profissionais de que as demandas da saúde mental só podem ser atendidas com a integração da rede, da articulação dos setores por meio do compartilhamento dessas ações com os atores sociais, profissionais, gestão e comunidade.

Desta feita, organizamos um quadro síntese com as principais aproximações e distanciamentos entre os grupos analisados.

QUADRO 27 QUADRO SÍNTESE COMPARATIVO DOS GRUPOS FOCAIS

Serviços	Categorias de análise					
	Atendimento em saúde/Cuidado	Organização do trabalho em equipe	Arranjos e parcerias	Reforma Psiquiátrica	Rede	Usuários
CAPS I	Realizado de acordo com o modelo prescrito. No entanto, os profissionais conseguem realizar algumas ações de acordo com a noção de cuidado compartilhada entre os membros da equipe.	O trabalho está organizado de acordo com o fluxo do usuário no protocolo do serviço. Percebe-se certa centralidade das ações entre algumas categorias.	A equipe constrói diversos arranjos para viabilizar o atendimento. Utilizam tanto os recursos formais e informais para este fim. Recorrem com frequência ao MP para garantir o direito à atenção de qualidade.	A equipe demonstrou que no atual contexto em que seu trabalho se desenvolve os princípios da reforma não são efetivados.	Reconhecem a existência da rede institucional, mas afirmam a baixa integração e articulação dos serviços.	A população usuária é descrita como uma população em sofrimento acarretado pela sua condição socioeconômica precária marcada pela pobreza e pela ausência de trabalho.
PASM	Realizado de acordo com os protocolos. Assume uma formatação difusa, pois se combina elementos do modo asilar com a noção ampliada de cuidado.	O trabalho está organizado em regime de plantões. A tônica do atendimento é dada de acordo com a configuração da equipe, que transita entre os dois modelos.	Os arranjos são estabelecidos para se garantir a continuidade do tratamento, embora nem sempre com a noção de cuidado alargada.	Os princípios da reforma são negados neste contexto de atuação. Consideram a relevância do CAPS, mas destacam a superioridade do modelo centrado na doença.	Negam a existência da rede, pois boa parte dos serviços é estruturada pela reforma havendo o fechamento das estruturas manicomiais. Baixa resolutividade dos demais serviços.	Visto em sua dimensão biológica e da patologia. Negam as questões subjetivas e singularidades dos indivíduos. Há outras concepções, mas prevalece a dimensão essencialmente biológica.
CAPS ad	Atendimento realizado de acordo com o fluxo do usuário, mas que considera as particularidades dos indivíduos em todo o processo de construção de cuidado. A noção alargada de cuidado prevalece sobre as posturais mais conservadoras. Há referência ao PTS e	Há forte referência ao trabalho interdisciplinar, com troca de informações, conhecimentos e saberes.	Construção de ações e arranjos intersetoriais como forma de garantir o cuidado e o reconhecimento dos usuários enquanto sujeito de direitos.	A reforma é reconhecida e mesmo com as dificuldades seus princípios são efetivados no âmbito das práticas que o serviço opera.	A rede é vista como frágil e desarticulada, mas a partir do esforço da equipe conseguem estabelecer uma multiplicidade de relações que tentam “organizar” a estrutura da rede.	São vistos como cidadãos. Sujeito de direito e deveres. Lutam para o reconhecimento de sua dimensão subjetiva no trato das drogas.

	iniciativas que integram os usuários ao serviço.					
CAPS III	Atendimento realizado tendo em vista o modelo prescrito que é realizado de forma burocrática e rotineira. Mas há um atendimento que acontece nos momentos de encontro entre usuários e equipe, realizado nos acordos e parcerias.	O trabalho é organizado em miniequipes, um arranjo técnico para o trabalho burocrático. No entanto, o trabalho coletivo se materializa no envolvimento dos trabalhadores com as demandas dos usuários.	Os arranjos são construídos para viabilizar a atenção integral e para recompor a fragilidade da rede.	Os princípios da reforma são afirmados, mas carecendo de esforços políticos para sua efetivação.	A rede é encarada como complexa e difusa, dada a incompreensão dos serviços sobre a função dos CAPS. A equipe tenta recompor esta limitação por meio das parcerias e arranjos que são construídos.	Reconhecem a dimensão humana e subjetiva dos usuários não fazendo distinção entre eles e a população dita “normal”. Mas ressaltam que a patologia deve ser tratada.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Fica evidente, a partir do Quadro 27, que existem algumas tensões na forma como os grupos reagiram a determinadas problemáticas. Primeiramente com relação aos atendimentos e à produção do cuidado, expressa na primeira coluna do quadro, observamos o conflito instalado entre a racionalidade gerencial hegemônica e a produção do cuidado. Para Campos (2010), a racionalidade gerencial hegemônica consiste nas várias teorias ou métodos que buscam regular o trabalho humano. Essa racionalidade nos casos analisados está presente tanto na forma como a gestão cria e recria mecanismo de controle dos processos, quanto nos modelos que orientam as práticas nos documentos legais. Em nosso caso, denominamos esse último de modelo prescrito, mas que não escapa das concepções da racionalidade gerencial. Percebemos claramente uma tendência de construção de uma rotina burocrática, de modo a padronizar a atuação. Como a noção de cuidado alargada, tomada aqui como um novo *ethos do cuidado*, traz a compreensão de que as demandas precisam ser trabalhadas de forma articulada, buscando recursos e apoios entre os setores e atores sociais. Essa compreensão coloca em xeque os procedimentos rígidos e assépticos do modelo gerencial. Para a construção deste cuidado, os profissionais precisam refletir sobre o processo de trabalho, acionar os conhecimentos produzidos em seu contexto e empreender ações estratégicas. Os profissionais não funcionam mecanicamente e dependem de eles fazerem as mediações entre os modelos, os componentes simbólicos da reforma e os valores do campo.

Desta feita, o trabalho está organizado em equipes multiprofissionais que se desdobram para atender as requisições tanto do modelo gerencial quanto dos elementos do *ethos do cuidado*. Observamos aqui a criação de modos distintos de agir dos profissionais que articulam os saberes estruturados pelo campo, com as experiências extraídas do contexto dos serviços e a interpretação de cada demanda. Vale destacarmos que, nessa organização do trabalho em equipe, preservam-se elementos do modelo asilar com o modelo psicossocial, gerando identidades variadas.

Com relação aos arranjos, os profissionais consideram a noção de cuidado integral como objetivo final de suas ações. Nesse ponto, reside o maior grau de interação das identidades profissionais com os valores do campo e, neste caso, a integralidade aparece como um valor, associado à noção de direito e a concretização da política. Não obstante, mesmo assumindo o recurso da rede de relações com base na amizade e solidariedade, os profissionais reconhecem esse objetivo como elemento motivador de suas ações, embora o compartilhamento desse sentido não seja assumido por todos na construção dos arranjos e das parcerias.

Os princípios da reforma são negados ou afirmados, dependendo da formação da equipe e da correlação de forças entre os modelos no ambiente profissional. Neste sentido, a reforma é afirmada como processo em curso, que tem modificado o modelo de atenção em saúde mental, mas ainda carece de aprofundamento na reversão da cultura que ainda exclui a figura do louco, na consolidação de uma rede de atenção e principalmente na difusão destes princípios para outros campos. Em seu contraponto, a reforma é negada por inviabilizar o tratamento adequado às pessoas com transtorno mental e por subalternizar o saber médico.

Desta forma, esse processo também incide na compreensão da rede, que é negada ou afirmada como recurso importante na construção do cuidado. Porém, em ambas as posturas, há o reconhecimento da fragilidade dos serviços, da falta de entendimento dos setores sobre o objeto da saúde mental e da falta de investimento político da gestão na construção desta rede.

Os usuários transitam por vários discursos entre os profissionais. São definidos a partir da dimensão do sofrimento, ocasionado por suas condições socioeconômicas ou reduzidos a sua patologia com forte reforço da periculosidade dos comportamentos. No entanto, temos a concepção que coloca os usuários como sujeitos de direitos e deveres e, sendo assim, suas necessidades devem ser respeitadas e absorvidas pela rede de serviços. Nessa última concepção, o cuidado é visto como um valor, um direito essencial, que consiste nas respostas ao sofrimento dos usuários e que o cuidado não seja reduzido à sua dimensão biológica, como defende Pinheiro (2011).

De todo modo, apesar destas distinções entre as equipes, observamos também a incorporação do modelo de cogestão e de apoio institucional proposto por Campos (2010) para o campo da saúde. Neste sentido, identificamos referências ao apoio matricial, ao mecanismo de participação de usuários e comunidade na organização do serviço, troca de conhecimentos e de orientações entre as equipes etc. Todavia, estes elementos não são valorizados em todos os contextos, o que leva as equipes a produzirem novas formas de vivências em que possam colocar esses mecanismos em prática.

A análise dos grupos nos permitiu verificar que o processo de construção das ações intersetoriais está pautado na noção do *ethos do cuidado* que emerge como um modo de compreensão do objeto da saúde mental. Neste sentido, os profissionais reconhecem que é necessário estabelecer articulações com outros serviços e setores das políticas públicas para se efetivar a atenção almejada. Contudo, o caminho trilhado pelos profissionais não é dado, é construído tendo como base múltiplas referências que compõem a rede discursiva do campo e o embate entre os modelos asilar e psicossocial.

Destacamos que, a partir da análise, foi possível conhecer o modo de organização e de funcionamento dos serviços de saúde mental, não só por meio das ações produzidas, mas, sobretudo, pela forma como os serviços se relacionam e constroem ações cooperadas.

Diante do exposto, no próximo capítulo, analisamos os dados das entrevistas realizadas com os profissionais, quando aprofundamos a discussão sobre o modo de processamento da intersetorialidade em suas várias dimensões. E, assim, associando esta análise com a seguinte, propomos uma forma de se compreender a prática intersetorial no campo da saúde mental a partir do contexto em que ela se insere.

CAPÍTULO 6

6 ABORDAGENS E PARADOXOS DA INTERSETORIALIDADE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

No presente capítulo, apresentamos a análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial do município de João Pessoa-PB, considerada em seu sentido *stricto sensu*.

Conforme o roteiro preestabelecido para a entrevista, os dados foram agrupados e consequentemente analisados a partir dos domínios de análise e, por conseguinte, pelas questões que o integram.

O primeiro domínio de análise que apresentamos refere-se à *compreensão sobre a intersectorialidade*. Esse domínio teve três objetivos: 1) analisar a percepção sobre a intersectorialidade utilizada pelos profissionais; 2) compreender a relação que os profissionais fazem entre a intersectorialidade e o trabalho em rede; 3) identificar os mecanismos das redes assistenciais que eles utilizam.

Este primeiro domínio possui uma abordagem mais ampla e conceitual e por isso resolvemos tratá-lo globalmente, ou seja, consideramos o universo das respostas dos profissionais. Os demais domínios que compõem a análise, por conterem questões mais específicas, são discutidos a partir da ótica de cada serviço.

Vale destacarmos que para a referida análise utilizamos o nosso modelo explicativo, levando em consideração as análises já produzidas a partir dos questionários e dos grupos focais. Esta abordagem reflete as nossas escolhas metodológicas e o desenho da pesquisa, uma vez que em que cada etapa são incorporados novos elementos ao modelo, o que modifica o “olhar” do pesquisador para os dados sistematizados.

Este capítulo foi estruturado em seis seções. Na seção 6.1, apresentamos a análise do primeiro domínio. Da seção 6.2 a seção 6.5, apresentamos as análises das entrevistas organizadas por serviço, nas quais são contemplados os demais domínios. Por fim, na seção 6.6, desenvolvemos uma argumentação na qual interligamos os achados da pesquisa e apresentamos uma sistematização dos modelos de práticas intersectoriais identificadas em nossas análises.

6.1 Compreensões sobre a intersectorialidade: análise geral entre os entrevistados.

Inicialmente construímos o Quadro 28, no qual apresentamos os *Eixos* que compõem o domínio analisado, os *Nós* (categorias identificadas) e as *Referências*. Os *Eixos* decorrem diretamente das questões estabelecidas pelo roteiro de entrevista e também de temas que surgiram durante a discussão. Os *Nós* emergem dos nossos pressupostos teóricos para essas análises, como também das categorias identificadas no próprio discurso dos entrevistados. Chamamos de *referências* os extratos dos discursos que exemplificam a compreensão da categoria.

QUADRO 28 - IDENTIFICAÇÃO DOS EIXOS E DAS CATEGORIAS PARA O DOMÍNIO DE ANÁLISE COMPREENSÃO SOBRE A INTERSETORIALIDADE

Domínio de Análise: Compreensão sobre a intersectorialidade		
Eixo	Nós (categorias)	Referências
Compreensão sobre intersectorialidade	Intersectorialidade	14
	Arranjo intersectorial	05
Intersectorialidade no contexto da saúde mental	Relação com SM	15
	Crítica ao funcionamento da rede	03
	Críticas à gestão	02
	Contradições entre os modelos e práticas	01
Compreensão sobre Rede e Trabalho em Rede	Rede	12
	Trabalho em rede	09
	Dificuldades em efetivação	09
Importância da intersectorialidade para o trabalho em rede	Relação com o trabalho em rede	14
	Distinção entre intersectorialidade e o trabalho em rede	05
	Críticas à formação da equipe	02
Benefícios da prática intersectorial	Benefícios	16

Fonte: Elaboração do autor. Pesquisa por nós Nvivo10

A partir do Quadro 28, apresentamos uma síntese desse domínio das entrevistas e posteriormente analisamos cada categoria de acordo com os nossos pressupostos teóricos.

Para possibilitar a identificação das respostas de cada entrevistado, utilizamos uma codificação na qual era atribuída a letra (E) seguida de algarismos de 1 a 14. Assim, os

códigos de E1 até E14 substituem os nomes dos entrevistados também para preservar suas identidades.

EIXO: Compreensão da intersetorialidade

Conforme é apresentado no Quadro 28, a primeira categoria do *Eixo Compreensão sobre intersetorialidade* é denominada *Intersetorialidade* porque ela refere-se à pergunta que indaga de cada participante entrevistado sobre seu entendimento a respeito do termo. Para essa questão foram codificadas 14 referências, pois todos os participantes responderam adequadamente essa pergunta.

De modo geral, os participantes não apresentaram nenhuma dificuldade com a questão, e seus entendimentos são bastante próximos em torno dos significados que a literatura atribui à intersetorialidade. Como o debate sobre a temática é muito amplo em áreas diferentes, por exemplo, na saúde mental e nas políticas públicas, as definições em torno da intersetorialidade conseguem mediar o debate entre esses dois campos. Assim, os participantes em suas definições incorporam elementos próprios do campo da *saúde mental*, como do campo das *políticas públicas*.

Para os participantes, a ideia de intersetorialidade está relacionada com o conceito de setor, ou seja, a intersetorialidade é definida como a união, cooperação ou até mesmo a integração de diversos setores para atender a demanda complexa da saúde mental. De forma explícita, os entrevistados reconhecem a complexidade dos problemas de saúde e a intersetorialidade seria uma forma de “resolver” esses problemas. Todavia, para os profissionais a integração desses setores resultaria na construção de uma rede e, por conseguinte, do trabalho em rede.

Lembramos que no campo da saúde mental não há muita divergência entre os autores sobre a intersetorialidade, em decorrência de o termo ser tratado como um princípio da reforma psiquiátrica e núcleo estruturante do campo. Portanto, em suas definições, os participantes associam a intersetorialidade com a ideia de integração entre os setores, a qual mediada e até mesmo constituída pelo trabalho em rede. Essas perspectivas podem ser identificadas nos extratos das entrevistas apresentados abaixo:

Categoria: intersectorialidade É a atuação do nosso serviço de saúde mental com outros setores, para trabalharmos em rede de fato. Como eu posso dizer [um pouco nervosa] abrange o nosso envolvimento, os nossos contatos e encaminhamentos dos nossos usuários para outros setores da saúde mental, para trabalharmos em rede. E1 De maneira bem prática, existe um fluxo de um usuário que caminha em uma rede e que precisa de setores para que essa rede funcionar, então, a intersectorialidade seria toda ação, toda informação e toda comunicação que os setores trocam, dispõe, trabalham juntos para poder atender as demandas dentro de sua especificidade, tem setores que cada um tem sua função e tem uma demanda que emerge do usuário no caso do SUS e da rede de saúde mental. E10 Acho que a intersectorialidade diz respeito do trabalho integrado em equipe e que envolve outros setores, acho que é a saúde trabalhando com a educação, com a cultura, com outras áreas. Penso que quando a gente aqui precisa de outros setores e até mesmo dentro da própria saúde e que há um esforço da equipe para buscar, manter contato e fazer os encaminhamentos, acho que estamos exercitando a intersectorialidade. E12 Intersectorialidade pra mim é o esforço de trabalhar de forma conjunta, digo esforço, pois nem sempre é fácil, né! Há tanta gente que temos que conviver e lidar todos os dias e entre vários setores parece que isso fica mais complicado, mas de modo geral acho que é isso um esforço, uma possibilidade de se trabalhar de forma integrada. E13

Chamamos à atenção para o extrato do protocolo da entrevista com E10, que define a intersectorialidade como *“toda ação, toda informação e toda comunicação que os setores trocam e dispõe para trabalhar juntos”*. Essa definição nos dá evidências mais concretas da articulação da intersectorialidade com o trabalho em rede, quando entendemos esse trabalho como o compartilhamento dos conteúdos do campo da saúde mental numa rede de serviços e setores institucionalizados, mas que se materializa enquanto mecanismo de troca numa rede de relações.

Mesmo a rede sendo definida como a integração dos setores, podemos inferir que subjacente a esse pensamento, os profissionais tentam chamar à atenção para a dimensão política da intersectorialidade. Dimensão que deveria ser contemplada enquanto processo de interação e cooperação, entre os setores já no desenho da política, o que facilitaria os processos no âmbito da prática. Entretanto, ao falarem sobre o desenvolvimento da rede e da integração dos setores, as ações desencadeadas por esse processo recaem na dimensão da prática profissional. Essa interpretação nos parece clara quando os profissionais recorrem ao trabalho em equipe, à prática interdisciplinar e o “esforço” que a equipe tem que dispor para “efetivar” as ações intersectoriais.

É possível observar a associação que alguns entrevistados fazem da intersectorialidade como os processos de comunicação, troca de saberes e experiências. Ou seja, eles percebem que para o estabelecimento de ações intersectoriais se faz necessárias compreensões dos seus

sentidos e do seu compartilhamento, tornando-a numa linguagem que precisa ser compartilhada. Vejamos os exemplos extraídos de protocolos de entrevistas:

Categoria: intersetorialidade

Intersectorialidade para mim seria a capacidade dos serviços de várias áreas, seja da educação, saúde, assistência social, se comunicarem para uma melhor integridade das ações, beneficiando sempre os nossos usuários. E8

Pra mim, é quando todos os serviços se unem para trabalharem juntos, para atender bem, quando há uma integração e harmonia entre os setores. É quando eu preciso encaminhar um paciente para outro serviço da rede e o outro serviço entende o que estou fazendo, entende minha linguagem, e o contrário também né, mas é muito complicado isso acontecer dessa forma. E14

Ainda nessa questão, foi possível observar a relação que alguns dos profissionais fizeram entre a intersectorialidade, os processos interdisciplinares e entre os núcleos profissionais no âmbito da produção do cuidado em saúde mental, como podemos observar no extrato da entrevista abaixo:

Categoria: intersetorialidade

Eu compreendo que é a junção de vários saberes e de varias práticas em prol de um objetivo comum, então no caso aqui do CAPS é a junção das várias áreas práticas e científicas como a psicologia, medicina, serviço social, terapia ocupacional, pedagogia, educador físico, farmacêutico entre outros em prol dos, vamos dizer assim, do equilíbrio e do bem-estar da pessoa com sofrimento mental. E9

No âmbito de nossas análises, encontramos um comentário que se aproxima da definição sobre a intersectorialidade vinculada ao campo das políticas públicas, que a toma como uma estratégia de gestão, mas que ao mesmo tempo percebe a definição do termo no âmbito das práticas. Todavia, o depoente expõe a complexidade da demanda da saúde mental, a crítica conceitual que faz ao seu próprio grupo de trabalho, o que demonstra que no interior das equipes há muitos embates, e a fragilidade da rede de saúde no município pesquisado:

Categoria: intersetorialidade

Olhe é mais fácil à gente conceituar pelo que não acontece, a gente acaba vendo que a intersectorialidade é uma estratégia de gestão e que também muitas vezes é tomada como uma estratégia profissional, de cada profissional, mas que não acontece, pois a gente acaba vendo que o usuário da saúde mental ou como chamam aqui no PASM, o paciente [em tom de crítica] ele não chega aqui no serviço apenas com seu diagnóstico, esquizofrenia ou bipolaridade, ele vem com todo um pacote de uma demanda social, de políticas, de justiça e de vulnerabilidade familiar que o serviço não dá conta, então precisaríamos de uma rede articulada pela intersectorialidade para dar conta da demanda dele e a gente não tem, não

conseguimos trabalhar de forma intersetorial só poderíamos dar resposta aquela caso, mesmo que fosse mínima, se trabalhássemos assim, mas não trabalhamos. E4

Entendemos que desenvolver ações cooperadas no campo da saúde mental entre setores é um processo extremamente complexo que envolve diferentes questões de ordem objetiva como os recursos institucionais, humanos e questões de ordem simbólica e ideológicas que fragmentam as ações de saúde mental. Somados a essa perspectiva agregam-se as demandas complexas dos usuários como bem lembra E4. As necessidades dos usuários da saúde mental estão além dos problemas de saúde, o que exige respostas diversificadas tanto por parte do Estado, na oferta de serviços mais adequados, quanto do “esforço” das equipes de saúde mental em produzir um tipo de cuidado que tenta contornar a complexidade dessas demandas.

Ainda no *Eixo Compreensão sobre intersectorialidade*, identificamos nos discursos a descrição de ações ou mesmo questões de relacionamento dentro das equipes que nos indica o estabelecimento de arranjos intersetoriais. Entendemos o arranjo intersetorial como uma tentativa do profissional, ou mesmo da equipe, em estabelecer uma parceria com outros setores. Apesar desse arranjo ser imbuído pela ideia de intersectorialidade, tal profissional, ou equipe, consegue apenas realizar uma ação cooperada por outros meios, do que pelo compartilhamento do sentido sobre a intersectorialidade.

Assim, um determinado profissional motivado pelo sentido que atribui ao termo procura construir ações intersetoriais, mas não encontra “apoio”, e, portanto estabelece um *arranjo* na tentativa de garantir o cuidado necessário ao usuário da saúde mental. Podemos citar como exemplo o seguinte extrato de entrevista:

Categoria: arranjo intersetorial

É aqui do lado [se referindo a UBS], então a gente agora está com essa dificuldade, mesmo tendo parceiros ainda dentro da unidade, mas quando a gente depende desse saber médico a gente meio que não consegue chegar, não sei se por conta da formação até aqui dentro do próprio serviço, às vezes a gente não consegue, a gente chega, mas eles pensam tão diferente do resto da equipe que as vezes fica até complicado a gente trabalhar em harmonia. E2

Neste extrato, E2 declara que só consegue mediar algumas coisas para os usuários do CAPS na UBS do bairro, por meio dos “parceiros” que ela possui na unidade de saúde, mas demonstra que essa parceria não acontece com os profissionais médicos. A questão da formação médica é mencionada como justificativa para a dificuldade de se encontrar apoio

nessa categoria profissional. A depoente tenta nos dizer que os médicos não compartilham do mesmo sentido atribuído a essas ações, valorizando assim apenas a dimensão do seu saber. Perguntamos a essa entrevistada, quem eram seus parceiros na referida unidade. Num outro extrato a depoente nos informa:

Categoria: arranjo intersetorial

São outros profissionais, enfermeiros, a assistente social que é a apoiadora matricial, pessoas mais sensíveis para essas questões da saúde mental. Às vezes também quando precisamos mandar o usuário para outro serviço sempre procuro ver se lá tem um conhecido ou um amigo que possa facilitar esse processo. E2

O atendimento de algumas demandas dos usuários da saúde mental, sobretudo quando necessitam de atendimento de outros serviços de saúde é realizado por meio da construção desses arranjos. Os profissionais, principalmente os que estão fora do campo da saúde mental, são mobilizados a partir de uma suposta “sensibilidade” em torno dessas questões. Os usuários da saúde mental são descritos na literatura como uma população excluída socialmente e que sofreu, e ainda sofre, muitos atos considerados desumanos. Essa imagem acaba mobilizando os profissionais a facilitarem alguns processos.

Outra questão envolvida são os laços de amizade e solidariedade entre os profissionais, principalmente aqueles de uma mesma categoria, que compartilhando ou não o sentido produzido em torno da intersetorialidade fazem a mediação na construção do acesso aos serviços de saúde. Percebemos também que há uma busca constante de agenciar apoios dentro e fora da equipe para se garantir um melhor atendimento, conforme ilustra o extrato da entrevista com E2:

Categoria: arranjo intersetorial

A gente sempre tentar abrir esse diálogo com as pessoas dentro do serviço, algumas pessoas são mais abertas e outras não né, às vezes fica naquela, dentro da sua caixinha achando que o seu saber é absoluto, volta e meia a gente dentro da equipe tem esse choque. E2

Podemos identificar também que diversos arranjos são construídos, como a troca de favores. Um exemplo disso são aquelas situações nas quais ao menos um dos envolvidos na

construção desse arranjo almeja a produção do cuidado, conforme é explicitado no extrato da entrevista com *E6*.

Categoria: arranjo intersetorial

Nós temos duas unidades de PSF funcionando dentro do CAPS i devido a uma questão de reforma e a médica que é clínica geral atende nossos usuários mesmo esses usuários não morando no território de abrangência da equipe de saúde da família, então eles estão sendo beneficiados, e querendo ou não é um arranjo intersetorial. E6

O arranjo foi construído com a equipe de saúde da família que necessitou de um espaço físico para continuar funcionando, em função da unidade de origem dessa equipe estar em reforma. O CAPS i funciona num espaço que já foi uma escola e possui várias salas. Assim, foi cedido espaço para a equipe desenvolver seus trabalhos. Entretanto, a equipe do PSF em caso de necessidade passou a atender os usuários do CAPS i. O arranjo construído na visão de *E6* promove um benefício para os usuários na medida em que garante o acesso à saúde de forma mais integral e humanizada, tal como ela narra no seguinte extrato de fala.

Categoria: arranjo intersetorial

[...] Aqui trabalhamos a questão infanto-juvenil e eu vejo o quanto os familiares sofrem estar indo num serviço e em outro e chega ao serviço e não sabe nem o que é realmente para fazer, não sabe quem vai atender, assim, por isso é importante trabalhar com a intersetorialidade. E6

É importante destacarmos, que o estabelecimento dessas parcerias e desses arranjos, para os profissionais, é uma forma de vivenciar ou executar a intersetorialidade como alguns demonstraram em seus discursos ao longo das entrevistas. No entanto, ao reconhecerem que em muitos momentos a intersetorialidade não acontece como o esperado, entendemos que há um sentido compartilhado nesses termos, os profissionais identificam vários obstáculos para sua execução. Então, todo arranjo ou parceria efetivada, seja com o compartilhamento do sentido ou não, será considerado como um avanço e, portanto, dentro das condições que o contexto permite, será uma forma de exercício da intersetorialidade.

EIXO: intersectorialidade no contexto da saúde mental

Para este *Eixo* das entrevistas foram identificados 04 *Nós* (Quadro 28). O *Nó* que teve o maior número de codificações foi a que denominamos de *Relação com a saúde mental*, com 15 referências. Procuramos explorar com essa categoria a relação que os entrevistados fizeram entre a intersectorialidade e a saúde mental de forma mais diretiva.

Apesar dos entrevistados reconhecerem as dificuldades de se trabalhar de forma intersectorial, todos afirmam que a intersectorialidade é um componente importante para se garantir a continuidade do cuidado por meio do encaminhamento seguro. Para os entrevistados um encaminhamento seguro seria aquele em que o usuário consegue o atendimento no serviço para qual foi referenciado pela equipe do CAPS. Além disso, eles dizem que é preciso que haja o reconhecimento do cuidado da atenção, ou seja, o serviço referenciado deveria dispor de certa compreensão sobre o cuidado em saúde mental e sobre a importância da intersectorialidade. Para nós, essa compreensão é possível apenas com o acesso à rede discursiva presente no campo e o compartilhamento dos sentidos produzidos.

A intersectorialidade seria também uma forma do CAPS evitar o fechamento em si mesmo favorecendo uma ação em saúde mental mais ampla não só dentro do setor saúde, mas para fora, com articulações com outros setores como podemos observar nos extratos das entrevistas:

Categoria: Relação com a Saúde Mental. Acho importante para que haja encaminhamentos seguros para os usuários obterem um maior suporte ao seu tratamento né [...] um acompanhamento de qualidade um cuidado de melhor qualidade. Para melhor assistirmos esse usuário, pois se ficarmos apenas limitados ao CAPS ad, existem demandas desses sujeitos para outros setores da saúde, então é importante que utilizemos desse recurso para fazermos encaminhamentos seguros de acordo com a demanda apresentada pelo sujeito. E1 É muito importante porque é impossível cuidar sozinho, então a gente depende de muitos setores, de outros serviços para dar continuidade a esse trabalho para que ao mesmo tempo a gente possa cuidar, então é necessária, a saúde, a educação, a justiça, a gente trabalha em conjunto, são vários tripés para segurar, mas realmente é muito difícil e muito falha. Tem sido muito difícil, pois no momento de encaminhar para essa rede ela é muito complicada, ela não funciona. E11 É importante porque acho que é a base, a sustentação de todo nosso trabalho, não dá para ficar só no CAPS, ele é muito importante sim, pois é uma nova forma de cuidar desses usuários que antes só tinham os manicômios, mas se ficarmos só aqui vamos acabar virando um mine manicômio também, por isso que é importante, para agente dar conta do resto e não se prender só aos muros do CAPS, mas mesmo assim é difícil trabalhar com a intersectorialidade pois nem todos os serviços tem noção de sua importância. E13

Fica evidente para nós, que o estabelecimento de ações intersetoriais reveste-se de certa dificuldade dentro do próprio setor saúde, pela questão do compartilhamento da rede discursiva. Quando essas ações são projetadas para outros campos, perde-se esse sentido pela falta de acesso desses profissionais à rede discursiva do campo da saúde mental.

A falta de compartilhamento desses sentidos tem provocado diversos impasses entre as equipes de saúde. Os demais setores da saúde muitas vezes desconhecem o funcionamento da rede de saúde mental, e principalmente da RAPS que em teoria deveria articular diversos pontos de atenção para a saúde mental nas demais redes. Para além desse desconhecimento, afirmamos que o estigma e o preconceito com os usuários da saúde mental são muito fortes, o que reproduz várias formas de exclusão dessas pessoas. Podemos inferir que por não terem acesso à rede discursiva os demais profissionais de saúde e de outras áreas têm menos possibilidades de reverem seus conceitos e mudar sua postura frente às demandas de saúde mental, tal como exemplifica o extrato da entrevista com E6:

Categoria: Relação com a Saúde Mental.

Bem, a nossa questão aqui é que muitos [se referindo a outros serviços] tendem a excluir os nossos usuários, assim, o PSF não tem empatia e muitas vezes dificulta a entrada do nosso usuário no serviço, os hospitais gerais não querem atender afirmando que são usuários de drogas, e, nós temos que entender que os usuários da saúde mental não são usuários do CAPS, mas usuários da rede, então, eles tem que ir para o PSF, para o hospital, para o CAPS, nós temos que ver esse usuário como um sujeito. E6

Dessa forma percebemos que os entrevistados possuem uma compressão sobre a complexidade dos problemas de saúde mental, por envolver questões de diferentes ordens (sociais, culturais, econômicas, políticas e emocionais). A intersetorialidade interpretada pela ótica da saúde mental consegue aglutinar um conjunto de aspectos inerentes ao termo que convergem para a criação de um objetivo comum, que seja a desinstitucionalização da loucura e dos usuários, a autonomia, a liberdade, o exercício da cidadania e a inclusão social. Os seguintes extratos de entrevistas ilustram tais aspectos.

Categoria: Relação com a Saúde Mental

De suma importância né! Porque o PASM ou até mesmo os CAPS não conseguem dar conta sozinhos das demandas, estamos sempre precisando uns dos outros, às vezes, não é fácil a comunicação, temos os nossos problemas, mas estamos sempre encaminhando entre a gente e na medida do possível discutindo os casos. Fazer saúde mental exige também que você tenha essa compreensão de que coisas estão interligadas e que precisamos articular todo o mundo se for para dar conta mesmo das coisas de verdade.

E12

É importante porque os usuários da saúde mental, além de terem a questão da problemática da saúde mental envolvida, existem varias outras questões que para serem resolvidas, envolve outros tipos de serviços de diferentes complexidades e se você começar a interligar esses serviços à gente vai começar a ter uma ação mais concreta e poder assim contribuir efetivamente para a saúde mental e diminuir os impactos causados pelos transtornos mentais. E8

As mediações estabelecidas pela intersectorialidade e a saúde mental em certa medida têm provocado uma preocupação com a qualidade da assistência e com o cuidado, que exige dos profissionais (aqueles que compartilham dos mesmos sentidos e propósitos) um esforço de recompor as ações fragmentadas dos demais setores da saúde. Já observamos essa preocupação tanto no esforço de expandir a rede discursiva do campo para outras áreas, como tentando a todo custo, construir arranjos e parcerias com outros setores ou profissionais, seja pelo agenciamento por meio das questões subjetivas, ou pelos vínculos de solidariedade e de amizade. Os extratos das entrevistas com *E2* e com *E5* exemplificam esses aspectos.

Categoria: Relação com a Saúde Mental

Acho que é de total importância, né? Porque a partir do momento que esse sujeito é recebido em nosso serviço a gente não pode só ver a questão da saúde mental deles, temos que ver vários outros aspectos. São pessoas que foram privadas dos seus direitos básicos né [...] a grande maioria dessas pessoas tem dificuldade de acessar outros equipamentos e quando chega aqui no serviço a gente tenta estar suprimindo coisas que não são nossas, tentamos fazer os encaminhamentos e mesmo fazendo estes encaminhamentos, o técnico tem que estar junto em alguns momentos porque este sujeito chega lá e não tem o mesmo acolhimento que tem aqui no serviço, então ele vai uma vez e não é bem acolhido aí ele não quer voltar, por que você só quer voltar no lugar quando você é bem tratado num é?! E2

Acho muito importante, pois ela pode aumentar a qualidade de saúde para o usuário dentro da saúde mental, porque você ver tudo fragmentado, por exemplo, dentro de um serviço com 30 pessoas [se referindo aos profissionais] dois ou cinco se comprometem os demais estão aqui apenas garantindo apenas a sua sobrevivência, seu salário no final do mês. E5

Esse agenciamento dos profissionais é interpretado pelos profissionais como um compromisso com as questões da saúde mental e com a construção das ações intersectoriais. A questão do compromisso nos parece importante para alinhar às práticas para a definição das abordagens delineadas pela equipe de saúde, o que de certa forma resultaria numa menor fragmentação das ações e, conseqüentemente, aumentaria as respostas positivas da rede.

Há o reconhecimento por parte dos profissionais que a intersectorialidade dar sentido as demandas que chegam para equipe e pode favorecer a articulação das condições para elaboração das respostas para essa demanda. Esse reconhecimento é ilustrado no extrato da entrevista de *E3*:

Categoria: Relação com a Saúde Mental

Acho que é de extrema importância, pensando assim, na própria legislação da saúde mental que rege os serviços substitutivos, que rege as possibilidades de intervenção, esse componente de articulação que nós podemos chamar aqui de componente intersetorial e mesmo não estando presente a palavra intersetorial, mas de alguma forma ele aparece no sentido de dar dimensão a essas demandas que chegam até esses serviços e nessa maior efetivação. E3

Por outro lado, percebemos ainda o uso da ideia de intersetorialidade como um recurso burocrático para “desafogar” o serviço, embora tenha sido um posicionamento isolado. Esse aspecto é ilustrado no extrato do depoimento de E14:

Categoria- Relação com a saúde mental

Acho importante justamente por isso, para dar vazão e resolução para os casos. Eu não posso ter um paciente aqui por muito tempo, tenho depois que mandar ele para o CAPS, então é preciso haver essa intersetorialidade para que isso possa acontecer da melhor maneira possível. E14

Emergiram ainda neste *Eixo Intersetorialidade no contexto da saúde mental (Quadro 28)* mais três categorias: crítica ao funcionamento da rede (03 referências); críticas à gestão (02 referências) e contradições entre os modelos e práticas (01 referência).

Com relação ao funcionamento da rede, os entrevistados alertam que quando eles precisam da rede a mesma não funciona, por todos os motivos já mencionados. No entanto, um dos entrevistados fez referência à própria rede de relações do serviço, que em sua opinião é mediada pela intersetorialidade, para informar que de acordo com o processo de trabalho estabelecido fica muito difícil atender as demandas dos usuários, como podemos observar no extrato da entrevista com E10:

Categoria: crítica ao funcionamento da rede

A importância é extrema, a gente reclama muito que dentro da nossa prática cotidiana aqui no PASM, por exemplo, muitos colegas reclamam quando a gente vai pedir vaga, vaga no CAPS, quando tem que encaminhar o usuário, reclama que não existe rede, mas eu questiono também até a rede que funciona dentro do próprio serviço, assim, dentro próprio PASM existe uma intersetorialidade e que as vezes não funciona, a gente num sistema de plantão, assim como você disse, que você já esteve no PASM vários dias no período diurno, mas você nunca encontrou com as equipes da noite e porque? E10

Fica evidente, para nós, que *E10* refere-se à rede relacional e como o serviço funciona em regime de plantão, essa rede é extremamente fragilizada no que tange as trocas de informações sobre os usuários e no compartilhamento das ações.

Com relação à crítica a gestão, os profissionais alegam que há uma cobrança constante por parte da gestão no sentido de melhorar os indicadores de saúde mental do município. Os indicadores de saúde mental referem-se aos atendimentos realizados, as altas do serviço e o número de internações. O baixo número de internações psiquiátricas seriam um indicador positivo de eficiência da rede substitutiva. Entretanto, os profissionais alegam que há muita exigência para pouco compromisso da gestão, quando esta não disponibiliza os recursos financeiros destinados ao CAPS e quando não garante as pactuações políticas necessárias para articulação da rede. Vejamos exemplos nos seguintes extratos de entrevista:

Categoria: crítica à gestão

Então ficamos nesses entraves e estar muito difícil de trabalhar. Ainda bem que temos esses espaços [momento da entrevista] que temos para falar um pouco porque até mesmo no momento da supervisão tem coisas que a gente não pode falar. Porque a gestão nos cobra coisas e por outro lá não dá nenhum respaldo. E2

Mas em nenhum momento dá elementos para a gente trabalhar melhor, pois nosso trabalho é ótimo, aqui a equipe se vira muito bem. Imagine se a gente tivesse condições. Como o nosso serviço não seria? E5

As dificuldades mencionadas para a efetivação das ações intersetoriais no âmbito da gestão causam estranheza em um dos entrevistados, pois para ele a relação entre intersetorialidade e saúde mental na questão das drogas é bastante clara nos documentos que orientam as práticas de cuidado, como podemos observar no extrato da entrevista:

Categoria: contradições entre os modelos e práticas

É como se fosse uma contradição, de um lado temos uma legislação que recomenda isso [referindo-se à intersetorialidade] que é uma diretriz clara, o cuidar das pessoas com problemas de saúde mental, o cuidar das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas na prática isso não acontece necessariamente. Depende de poucas experiências exitosas, porque é assim essa questão das experiências exitosas, muita coisa aparece, experiência exitosa aqui, experiência exitosa ali na saúde mental, isso é muito comum, mas para que a coisa segure é preciso de algo mais. E3

Parece-nos que o modelo proposto nos documentos legais que “regulam” as ações intersetoriais, apesar de prever processos de interação e cooperação para abordagem dos

problemas, falha no estabelecimento de espaços de comunicação entre diversos âmbitos da gestão para o compartilhamento das experiências, de pactuação de metas e de recursos. Esse fato provoca o desencontro objetivo da política, pois os componentes do modelo político não são compatíveis com os recursos e disposições necessárias para sua efetivação. Por outro lado, as experiências exitosas mencionadas pelo entrevistado *E3*, acontecem nos raros casos em que há esse alinhamento da política com as disposições mencionadas. Porém, há muitos casos em que o compromisso, os arranjos intersetoriais construídos por iniciativa das equipes profissionais se sobressaem e conseguem atingir algum resultado, mesmo que pontual.

As ações de saúde mental não deveriam estar condicionadas exclusivamente às iniciativas dos profissionais em sua dimensão prática, tanto pela variabilidade de leituras e interpretações que circulam no campo, as quais produzem práticas distintas, quanto pelo desencontro subjetivo entre os modelos e os elementos simbólicos inerentes ao mundo de valores dos profissionais.

EIXO Compreensão sobre Rede e Trabalho em Rede

Para explorar a relação que os entrevistados fazem entre a intersetorialidade e o trabalho em rede, organizamos este *Eixo* em 03 categorias: Rede (12 referências); Trabalho em rede (09 referências) e as dificuldades em efetivação do Trabalho em rede (09 referências).

Para os entrevistados, a ideia de rede está centrada na definição de rede institucional que reúne o conjunto de serviços das diversas políticas num dado território, mas também há indicações de compreensão da rede como um conjunto de relações que se estabelecem entre os profissionais e entre os serviços. Observamos ainda, que alguns entrevistados não fazem distinção entre esses dois conceitos, entendendo a rede como a combinação dos serviços com as relações que se estabelecem entre eles. Essas disposições podem ser exemplificadas pelos extratos das entrevistas abaixo:

Categoria: Rede
A rede são outros setores, áreas no campo da saúde mental, onde precisamos estar em contato em sintonia para que a gente possa ter um melhor cuidado na qualidade da assistência e que a gente possa utilizar desse recurso em benefício do paciente e do cidadão. Pois precisamos também do suporte de

outros setores, então para isso temos que estar em sintonia e formar parcerias com esses setores [...] Também temos que ter parcerias com os setores que vão nos dar suporte na área social, pois eles precisam ser inseridos, reinseridos na sociedade como um todo e como cidadãos. E1

Essa é complicada, rede é a união desses setores né, de modo que se forme uma rede mesmo, de relações, de troca de experiências, que um ajude os outros e o trabalho em rede é quando isso acontece né, porque às vezes dizemos que temos uma rede mais na verdade não temos, temos um monte de serviços jogados num território, mas que não se comunicam, e quando precisamos um dos outros é o maior problema, claro que tem aquelas boas relações que facilitam e muito, mas no geral é complicado. E12

Rede é esse trabalho compartilhado, é você ter uma gama de serviços e uma variedade também, num dado território e que a gente possa contar com eles também, pois você ter os serviços e não poder contar com eles, pra mim isso não é rede, ou vou você ter um serviço aqui e outro lá em Cochinchina também não adianta né, sei que aqui nos temos essa configuração e que às vezes funciona, às vezes não, mas penso que se tivesse um maior ordenamento desses serviços facilitaria e muito. E14

Consideramos que a rede consiste no compartilhamento de determinados conteúdos estabelecidos pela política e pela equipe, e quando esses conteúdos são compartilhados numa rede de relações e são projetadas para as redes institucionais, consideramos que há a possibilidade de construção do trabalho em rede. Pois há tanto a necessidade de disposição de serviços nos territórios, preferencialmente de várias políticas que garantam certa variabilidade de cuidado, mas também a fundamental importância de compartilhar os sentidos das ações entre as equipes dessa “rede” institucionalizada, ou seja, deverá se construir a rede relacional de base comunicativa. Para nós essa percepção fica evidente nos seguintes extratos de entrevista:

Categoria: Rede

Rede é justamente esse trabalho integrado, intersetorial, onde a gente tem um suporte para resolver as demandas que o CAPS sozinho não dá conta, e trabalhar em rede é fazer isso funcionar, pois não adiante eu ter PSF, escola, CAPS num mesmo território e não conseguir acessar esses serviços, não conseguir contar com eles para resolver uma demanda de um usuário meu. E13

Rede pra mim são os conjuntos das ações existentes, no município, no Estado, que nós temos que buscar e costurar. É uma proteção que é dada aos usuários que a gente tem sempre que estar encaminhando para que esse usuário não se perca dentro dessa rede. Então seriam essas ações, esses serviços que dão suporte para que seja concretizada as ações e que os usuários não fiquem desprotegidos. E8

Percebemos ainda nesses extratos a intrínseca relação que os entrevistados fazem entre rede e a intersetorialidade, demonstrando que a ideia e a estratégia de se trabalhar em rede é um modulador do cuidado em saúde mental.

Ainda nesta categoria *rede* identificamos posicionamentos que demonstram uma perspectiva ampliada para ideia de rede, que integram também à noção de rede relacional à

população, familiares e demais dispositivos comunitários. No entanto, para a efetivação dessa rede seria necessário à construção de um objetivo comum, que reúna os esforços de vários agentes para a sua consolidação. Essa relação é estruturada pela ideia de intersectorialidade e pelo cuidado que produz dentro do contexto da saúde mental.

Categoria: Rede

Rede seria uma possibilidade de articulação que possa ser não necessariamente só com dispositivos públicos, sanitários, mas sim, numa articulação de um processo de cuidado ampliado, onde as pessoas estariam compartilhando as responsabilidades em torno de uma questão comum, em torno dessas demandas que os usuários trazem, por exemplo, uma articulação em rede num território desses seria lançar mão de todos os recursos e não só do CAPS, mas das unidades de saúde, dos dispositivos comunitários, da pastoral, da Igreja, da Escola, dos centros de cultura, e por aí vai, essa seria a articulação em rede. E2

Com relação ao trabalho em rede, e de forma mais específica nessa categoria organizamos os discursos dos entrevistados que demonstram sua percepção sobre essa organização de trabalho. Assim, os entrevistados entendem o trabalho em rede como a articulação dos setores, por meio das práticas profissionais, em que eles possam acessar todos os recursos disponíveis nos serviços para atender as demandas dos usuários.

Categoria: Trabalho em rede

Então, trabalho em rede pra mim é estar em parceria e poder utilizar todos desses recursos. É costurar todos esses setores e poder utilizar de todas essas especificidades, tanto na área da saúde mental como na área social. Pois não é só a saúde né, engloba o social também. E1

Trabalhar em rede é você conhecer todos os dispositivos possíveis, porque quando você entra numa rede você tem que saber de tudo que é possível fazer dentro dela, utilizando uma analogia bem simples, de todos os pontos dessa teia que você pode conectar e fazer as costuras corretas para que a gente tenha uma sustentabilidade. Eu só vim conhecer essa noção de rede mesmo depois que eu já estava dentro do serviço. E10

Essa é complicada, rede é a união desses setores né, de modo que se forme uma rede mesmo, de relações, de troca de experiências, que um ajude os outros e o trabalho em rede é quando isso acontece né. O trabalho em rede seria mesmo essa articulação, também do compromisso como eu falei, tem a questão da competência e você poder se articular com a unidade de saúde da família, que é muito importante, mas está muito distante da saúde mental, a gente está distante deles também. E5

Lembramos que tomamos o campo da saúde mental como um campo de práticas híbridas, produtora de uma rede discursiva que transmite os conteúdos simbólicos compartilhados

pelo campo e que se processa enquanto prática a partir da interpretação dos agentes profissionais.

Assim, o trabalho em rede só se materializa a partir da instituição das estruturas mencionadas (rede institucional, rede relacional), com os contornos delimitados pelas relações estabelecidas entre os agentes profissionais. Sendo que tais relações são construídas a partir do conjunto compartilhado de práticas sociais que se constroem a partir da capacidade interpretativa dos agentes em decodificar o emaranhado de símbolos e sentidos presentes na linguagem do próprio campo. Portanto, decorre a necessidade dos entrevistados “costurar” as práticas (por meio dos setores), do partilhar do sentido entre todos os envolvidos e na decodificação desses elementos a partir da rede discursiva do campo. Para os entrevistados, essa decodificação se traduz enquanto competência, sensibilidade, compromisso e dedicação com as questões da saúde mental.

Todavia, se o trabalho em rede for tratado enquanto modelo de atuação não será operado de acordo com essas disposições, já que alguns profissionais não acessam a rede discursiva e, portanto, ressignificam e interpretam o modelo criando rejeição.

Esses problemas são evidenciados quando os entrevistados expõem as dificuldades de se trabalhar em rede no município de João Pessoa. A principal dificuldade advém da permanência de dispositivos hospitalares na rede, que acabam dividindo com o CAPS a prestação do atendimento, e, conseqüentemente, não compartilham da mesma lógica de cuidado, o que gera uma dissonância na construção das ações. Outra questão mencionada pelos entrevistados refere-se à “*falta de profissionais qualificados*” para acolher as demandas de saúde mental na rede ampliada, leia-se a RAPS, essa questão expõe a falta de partilhamento dos sentidos, ou mesmo de acesso aos conteúdos simbólicos da rede. Os extratos a seguir exemplificam a nossa interpretação:

Categoria: Dificuldades em efetivação do Trabalho em rede

No caso quando eu falo no hospital e que a gente tem que encaminhar um usuário para o Hospital Juliano Moreira, queira ou não, estar dentro da rede, que a gente nunca deveria utilizar, pois é um retrocesso, mas é um serviço da rede. O ideal seria que a rede de saúde mental tivesse apenas serviços substitutivos e que, a saúde, a justiça, a educação e os demais setores tivessem profissionais qualificados para fazer o acolhimento, que fosse uma rede ampliada que atendesse os usuários da saúde mental e que também se integrasse em outras redes, pois o sujeito está inserido em vários campos da sociedade. E11

Eu entendo que se não houver uma mudança, pois aqui dentro do panorama da saúde mental de João Pessoa de articulação de rede, o movimento de reforma, assim, eu não vislumbro um bom caminho para ele, porque a gente não consegue trabalhar em rede, nós temos o esforço pontual de alguns profissionais

que tem um entendimento da saúde mental e tentam articular essa rede, mas só com a vontade do profissional não é possível. E4

Já tentei alguns momentos fazer essa articulação, mas há uma resistência, já tentei articulação com o NASF, uma vez estava acompanhando um caso de um adolescente que precisava de outro serviço e fui tentar articular com eles, e ouvi: mas não são vocês que atendem saúde mental?! Não são vocês que tem psiquiatra? É, mas resolvemos olhar para essa pessoa como um todo, ver a parte integral, pois são vocês que estão aqui nesse território e vocês poderiam tentar fazer uma integração desse menino, estamos fazendo nossa parte, mas vocês tem que fazer a de vocês também, assim, nós podemos fazer juntos. E5

Os relatos demonstram a dificuldade de compartilhamento dos sentidos produzidos pelos profissionais nas ações de saúde mental que realizam. Constantemente os profissionais se veem limitados na prestação do cuidado e acabam “enfrentando”, sozinhos, determinadas situações e confrontando os demais agentes.

Nesse sentido, as dimensões da reforma necessitam ser trabalhadas no âmbito dos municípios para que se faça uma transição mais fluída e permanente dos conteúdos da reforma para o campo da saúde de modo geral. Pois se elas forem ampliadas teremos a possibilidade de colocar essa narrativa em pauta em vários espaços, gerando assim o repensar das práticas, da formação profissional, da gestão dos serviços de saúde e da construção das políticas públicas.

Os princípios construídos em torno da reforma e do movimento pela luta Antimanicomial acionam um conjunto de conteúdos teóricos, simbólicos e discursivos que se tornam um “padrão” de referência para orientar as práticas profissionais nos mais diversos contextos. A orientação do modelo assistencial de cuidado promovido pela reforma se apoia na ideia de construção de uma rede de cuidados, a qual exige uma articulação dos serviços substitutivos com os recursos disponíveis nos territórios, com o suporte das redes sociais da comunidade.

Desta feita, a articulação para o trabalho em rede no âmbito dos territórios poderá favorecer a construção de novas formas de compreensão e percepção sobre a loucura de modo particular e sobre a saúde e a doença no âmbito mais geral.

EIXO - Importância da intersectorialidade para o trabalho em rede

No Eixo *Importância da intersectorialidade para o trabalho em rede* estabelecemos 03 categorias: 1 - relação da intersectorialidade com o trabalho em rede (14 referências); 2 -

Distinções entre a intersectorialidade e o trabalho em rede (05 referências); 3 - Críticas à formação da equipe (02 referências).

Na primeira categoria, observamos o potencial que a ideia de intersectorialidade possui em modular as práticas sociais de cuidado dos profissionais. Assim, ao tentar estabelecer uma relação e definir a importância da intersectorialidade para o trabalho em rede, todos os entrevistados reconhecem a importância da intersectorialidade e alguns ainda a compreendem como um componente indispensável nessa modalidade de trabalho. Então, de qualquer forma, a intersectorialidade é entendida ora como uma possibilidade de se efetivar esse trabalho, ora como sendo o próprio trabalho em rede. Os extratos das entrevistas exemplificam essa percepção da importância da intersectorialidade para o trabalho em rede:

Categoria: Relação da intersectorialidade com o trabalho em rede

Eu entendo a intersectorialidade como a possibilidade de acessar todos os recursos e que estes estejam abertos a acolher a demanda, tanto do serviço como do usuário, pois são varias as demandas, sociais, clínicas e familiar que também se envolvem nessa rede e que vão auxiliar nesse acompanhamento. E1

Acho que facilitaria, pois quando as pessoas não conhecem determinada coisa, no caso da intersectorialidade, eles acham que é mais um trabalho, como se estivessem trazendo mais coisas para fazer. Ninguém pensa que isso poderia melhorar, eles olham com o desabor, assim como eu já falei, se cada um fizesse seu papel às coisas seriam mais fáceis, mas quando um não faz seu papel às coisas começam a entrar e só quem sabe quem está na ponta que são os usuários. E5

Acho importante porque a gente precisa trabalhar em rede e em equipe né, então muitas vezes precisamos de um profissional que estar em outro serviço, então nós precisamos procurar na rede, como te falei. E7

Para alguns dos entrevistados, o trabalho em rede e a intersectorialidade seriam praticamente a mesma coisa, o que nos leva a acreditar que essa modulação tende a incorporar as ideias em torno da intersectorialidade num conceito mais estratégico para o trabalho no âmbito da saúde mental.

Categoria: Relação da intersectorialidade com o trabalho em rede

Acho que é a mesma coisa não?! Deixe-me ver [pausa] assim ai intersectorialidade seria a união desses setores que falei né....então acho que quando esses setores se articulam através da intersectorialidade forma-se uma rede né, uma rede intersectorial, então acho que é importante porque a intersectorialidade está na base da composição dessas redes. E12

Pra dar liga né, acho que a intersectorialidade é a própria rede, como eu disse, se tiver vários serviços, mas esses serviços não se comunicam cada um faz sua parte e pronto, onde está a rede? Não tem né, mas quando o povo fala de intersectorialidade e depois procura se articular temos uma rede, ao menos uma possibilidade. E14

Se você não tiver um trabalho intersetorial com todos os serviços existentes de todas as esferas, essa rede vai ficar furada, você vai ficar só num eixo e vai deixar de estar conectando com outros serviços que pode contribuir, então por isso que é importante, pois não há trabalho em rede sem a Intersectorialidade. É toda uma ligação que vem a contribuir com o serviço e para o usuário. E8

Podemos observar, nos discursos dos entrevistados, que há a necessidade de se compartilhar os sentidos atribuídos à intersectorialidade para que a rede possa funcionar de forma mais adequada. Esse reconhecimento por parte dos profissionais surge também como uma forma de combater o excessivo especialismo dentro do campo. Como evidenciamos em nossa análise bibliográfica, surge à figura do “trabalhador de saúde mental”. Esse profissional em tese seria da saúde e compartilharia com os demais membros os saberes e princípios da reforma e do campo. Entretanto, quando esses profissionais se deparam em seu ambiente de trabalho com posturas que reforçam a divisão dos saberes ou que criam uma sobreposição dos conhecimentos, eles percebem que essa postura é incompatível com o trabalho em rede e, conseqüentemente, com uma prática mais intersectorial. O extrato da entrevista com E4 é ilustrativo desta questão.

Categoria: Relação da intersectorialidade com o trabalho em rede

Seria justamente de atender as demandas desse sujeito. A gente deveria estar utilizando essa estratégia, o serviço, a gestão como um todo, passar isso para esses profissionais em forma de treinamento, capacitar esses recursos humanos para a gente poder tentar atender dessa forma, mas acredito que é muito difícil porque assim, um dos maiores desafios que eu vejo na prática do cotidiano é a formação de recursos humanos. E4

Ainda para esses profissionais, a solução para tal dificuldade seria o estabelecimento de um objetivo comum, que conseguisse reunir todas as competências e esforços da equipe e dos demais setores que compõem a rede, conforme extrato da entrevista com E9.

Categoria: Relação da intersectorialidade com o trabalho em rede

Eu vejo que seria desmitificar essas ideais estereotipadas e preconcebidas da divisão dos saberes e se unir, fazer um trabalho em comum numa equipe e com uma abrangência maior, ter uma aproximação entre os serviços, entre os profissionais, aumentar o diálogo entre os profissionais para que pudesse atingir o objetivo principal da nossa atuação que seria atendimento da pessoa com sofrimento, não só sofrimento mental, mas sofrimento nas mais diversas especificidades. E9

A entrevistada E2, enfatiza que em geral o serviço não consegue estabelecer diálogo com o profissional médico de sua equipe, o que para ela, dificulta a continuidade dos

processos gerados pela discussão da intersectorialidade pela equipe, conforme o seguinte extrato.

Categoria: Relação da intersectorialidade com o trabalho em rede

[...] Mas aí quando a gente consegue fortalecer essa questão do trabalho coletivo é na reunião técnica, aí é um profissional [a médica] que a gente não tem na reunião técnica, aí fica mais difícil ainda porque ele vem fica aquele tempinho faz seus atendimentos e vai pra casa e a equipe que tem ficar mediando algumas coisas. Faz uma coisa que não é legal e quando chega para a equipe já aconteceu! É um momento para a gente fortalecer nosso processo de trabalho para a gente discutir, então acho que a intersectorialidade seria muito melhor trabalhada com a presença desses profissionais em reunião técnica. E2

Mesmo diante dessa compreensão, mais simbiótica entre o trabalho em rede e a intersectorialidade, na categoria seguinte observamos posicionamentos que percebem esses conceitos com certa distinção, como verificamos no extrato da entrevista com E3:

Categoria: Distinção entre intersectorialidade e o trabalho em rede

A meu ver, os conceitos de alguma forma são muitos próximos, com algumas diferenciações, pois a articulação em rede, a meu ver, não está dentro da lógica da própria gestão. A articulação em rede pode ser feita no território a partir da articulação dos atores da ponta e que necessariamente o gestor não está ali participando, já a intersectorialidade que é esse processo da portaria, da legislação, ela precisa ter de alguma forma um suporte de gestão para que efetivamente ela aconteça, para que não fique submetida a pequenos acordos. E3

Nesse depoimento, o entrevistado percebe que o trabalho em rede seria desenvolvido pelo esforço dos profissionais no âmbito dos territórios, ou seja, na construção de arranjos intersectoriais. A intersectorialidade para acontecer tem que contar com a participação da gestão, que de certo modo garantiria as disposições presente nos documentos legais. O entrevistado em questão, reconhece que há na dimensão política um conjunto de prerrogativas que se fossem implementadas facilitariam o desenvolvimento das ações intersectoriais. E sem essa participação da gestão, os profissionais conseguem produzir apenas pequenos acordos (arranjos). O entrevistado E3 prossegue com seu relato e exemplificando melhor essa compreensão:

Categoria: Distinção entre intersectorialidade e o trabalho em rede

Numa articulação em rede eu posso fazer um acordo aqui com relação a um caso que aconteceu, mas necessariamente essa articulação não vai se prolongar, talvez com a intersectorialidade articulada com apoio da gestão, a partir desse caso, essa articulação pode ser contínua e podem surgir mais demandas e aquele processo de trabalho pode ser articulado de uma forma mais permanente. E3

O entrevistado *E3* reconhece que as ações que ele consegue desempenhar são acordos, o que denomina de articulações. Para nós seria a construção de um arranjo intersetorial, induzida pela compreensão do profissional em torno da intersectorialidade e seu compromisso com as questões da saúde mental. Esses arranjos se efetivam muitas vezes pelos apoios conquistados e pelos laços de amizade, como sugere o extrato da entrevista.

Categoria: Distinção entre intersectorialidade e o trabalho em rede

Quando eu pauto uma discussão sobre a intersectorialidade, eu preciso pautar não só no ambiente de trabalho na ponta, mas eu preciso também ter uma pauta com os gestores, que estão envolvidos nesse processo para que a coisa realmente tenha consistência. Então é uma ideia que eu tento promover aqui, a gente tem uma articulação de rede muito legal com os dispositivos aqui, mas é uma articulação em rede. Mas a intersectorialidade, ainda é aquela questão, é muito frágil ainda. <i>E3</i>

Nas entrevistas, surgiram comentários que fazem uma crítica à formação da equipe, o que para o conjunto dos profissionais essa composição dificulta a condução das ações, e também da própria gestão, que para alguns atua de forma mais compatível com o modelo manicomial. Um exemplo ilustrativo desse tipo de comentário está no seguinte extrato da entrevista com *E4*.

Categoria: Crítica à formação de equipe

Eu não consigo acreditar que um serviço substitutivo que nasce com esse novo panorama de cuidado, de atendimento, que ele possa sobreviver quando boa parcela dos profissionais, desse recurso humano é oriunda do manicômio. Acaba reproduzindo a lógica de um hospital psiquiátrico dentro de um serviço que não deveria ser assim. Uma lógica que nem estaria na instituição em si, mas nos próprios profissionais, se bem que eu acho que na instituição também, pois a forma dessa gestão de gerir os serviços está mais compatível com o modelo manicomial. <i>E4</i>

Identificamos por meio das entrevistas e das observações realizadas nos serviços que até pouco tempo os profissionais no Município de João Pessoa, por iniciativa própria, criaram a Comissão Intersectorial de Saúde Mental. Esta comissão funcionava como um espaço de discussão e pactuação das demandas com os demais dispositivos da rede, além de promover reuniões de estudo e discussão dos casos. Com a mudança de gestão a comissão foi desconstruída, pela perda significativa dos profissionais que tomavam a frente do movimento e pela falta de apoio da nova gestão que inviabilizou as reuniões que aconteciam na secretaria de saúde.

Os profissionais também alegam que a nova gestão passou interferir diretamente nos processos de trabalho do serviço, quando as decisões eram pactuadas pela equipe num espaço próprio. Agora, os profissionais passaram a contar com uma direção administrativa, que na opinião dos mesmos, consiste numa forma de controlar o desenvolvimento das tarefas. Os profissionais de alguns serviços sentem-se ameaçados por essa figura, pois afirmam há dificuldade de compreensão dos processos de cuidado construídos pela equipe.

No último *Eixo Benefícios da prática intersetorial* (Quadro 28), quando de forma diretiva indagamos dos profissionais sobre os benefícios para os usuários de uma prática intersetorial desenvolvida pela equipe, as respostas demonstram que essa prática só tem a melhorar a qualidade de vida dos usuários, na construção de um tratamento mais integral e garantindo também sua inclusão social, como se observa nos extratos das entrevistas:

Categoria: Benefícios

Eu percebo que eles são beneficiados com a evolução do tratamento, minimizando suas demandas e na reinserção social, familiar e no trabalho como um todo da reinserção. Eles são beneficiados de acordo com essa absorção da rede, então ele é o maior beneficiado nesse sentido, pois eles sendo absorvidos pelos setores, por meio da Intersetorialidade, vai haver uma evolução na vida do sujeito, atendendo as suas maiores demandas. E1

O benefício é muito grande né, há uma condição de realmente evoluir no processo de saúde, evoluir na parte social, acredito que a saúde vem dessa realização, desse conceito num é, desse usuário dentro dessa rede, porque ele vai utilizando, sendo usuário de vários seguimentos da rede e com esse benefício tanto ele quando a família melhora a qualidade de vida e possivelmente melhoram a saúde mental. E11

Mesmo diante das dificuldades que os entrevistados relataram durante todas as entrevistas, a articulação de ações intersetoriais favorece a integralidade do cuidado na medida em que o usuário passa a ter acesso a outros serviços como forma de atender integralmente sua demanda. Todavia, para que a integralidade seja garantida se faz necessário que o usuário circule na rede, tendo acesso a outros serviços e que essa rede esteja “preparada” para compreender e acolher suas demandas. Esses aspectos são explicitados nos trechos das entrevistas com E12 e E2.

Categoria: Benefícios

Acho que pela integralidade do cuidado, porque a gente não é capaz de dar tudo né. Eu preciso do

exame, do internamento, de um acompanhamento psicológico sistemático e não temos isso aqui, então com a rede o usuário vai conseguir complementar seu atendimento, ele vai para o CAPS que lá já tem várias coisas, e depois tem o ambulatório, o centro de acolhimento, então ele tem circular na rede para garantir essa integralidade do cuidado. E12

Eu acho que mesmo tendo essas limitações dentro do serviço os usuários têm muitos ganhos. Muitos quando chegam e estão fazendo um uso abusivo (drogas) eles conseguem ressignificar muitas coisas em suas vidas, conseguem reduzir esse uso, muitos voltam a trabalhar né, assim, a questão do trabalho informal aqui é muito forte, a grande maioria realiza um trabalho informal, começam a fazer seus bicos, começam a circular em outros espaços e a gente sempre tenta incentivar essas circulação em outros espaços, porque muitos quando chegam aqui acham que o CAPS ad é o único lugar que eles podem acessar. E2

O preconceito e o estigma que o usuário da saúde mental sofre na sociedade transformam-se em barreiras que dificultam o acesso em alguns espaços. Os próprios usuários e seus familiares não se sentem no direito de adentrar em alguns ambientes, limitando a sua circulação apenas ao bairro ou área de sua residência e acessando apenas o CAPS como principal dispositivo de saúde.

No entanto, os profissionais reconhecem que por meio da intersetorialidade e do trabalho em rede, entendida aqui em todas as suas concepções, além de garantir a ampliação do cuidado para uma rede de saúde, significa também uma forma de se garantir o direito à saúde. Essa garantia se estende no acesso aos serviços, procedimentos ou simplesmente o direito de mobilidade em um território. Na visão dos profissionais, essa postura tende a romper com uma prática pontual e focalizada como demonstram os relatos a seguir:

Categoria: Benefícios

Com isso mesmo que falei, ele vai poder acessar outros serviços e garantir seu direito à saúde, num está lá na constituição que a saúde é um direito, então? Ele vai circular e garantir seu exame, seu medicamento, escola, comida, é uma forma de ele conseguir contornar seus problemas. E13

Acho que ter seus direitos reconhecidos e garantidos na prática em seu cotidiano. Porque quando ele é atendido em suas várias demandas ele é atendido integralmente e sem a intersetorialidade ele não é atendido. Fica apenas numa prática pontual. Ele procura a urgência e emergência nesse episódio, e realmente aqui é um serviço de urgência, e é atendimento apenas naquele momento, os que ficam em leito de observação, nós podemos tentar fazer alguma coisa, um encaminhamento, mas é uma parcela mínima, um plantão bem movimentado de 27 atendimentos de urgência, 2 ou 3 ficam em leito de observação, então é uma disparidade muito grande. E4

O maior benefício seria ele ser atendido em todas as suas demandas, sua demanda social, familiar, profissional, individual, por que além do acompanhamento psicossocial teríamos a oportunidade de observar toda a dinâmica de funcionamento daquele usuário em sua família, a questão da moradia e até mesmo a questão dele enquanto um cidadão produtivo de ter uma renda e de ter a sua independência para comprar alguma coisa, de ter o que gosta e não passar por privações como a gente observa então muitas vezes o paciente é atendido, é estabilizado em seu sofrimento mental, mas como ele continua numa situação de sofrimento [se referindo as demais questões] ele retorna a crise. E9

Outro aspecto interessante ressaltado pelos profissionais, com relação aos benefícios, nos indica que a articulação das ações de saúde mental em rede poderia construir uma nova identidade para este usuário, devolvendo-lhe uma história e seu reconhecimento enquanto cidadão e não o tornando em mais um diagnóstico. A reforma psiquiátrica além da reestruturação da rede e das formas de se produzir cuidado tem proporcionado ao usuário do serviço uma ressignificação de sua condição, forjando uma nova identidade ou mesmo devolvendo um reconhecimento enquanto sujeito social. Os seguintes trechos de entrevistas exemplificam esses aspectos.

Categoria: Benefícios

Então o benefício seria dá uma identidade a esse usuário, a gente não iria mais atender esse usuário vindo do nada ou indo para o nada, ou só um diagnóstico, a gente iria dar uma personalidade, dar uma história para esse usuário. E10

Muitos quando chegam aqui falam: aqui eu me sinto gente. Por que quando eles chegam aqui eles são muito bem acolhidos e aí chegam a outros serviços né, seja da saúde, da assistência e da educação, nem todos tratam essas pessoas enquanto gente, não olham no olho, não pegam na mão, não sei se é porque é um serviço público, as pessoas passam um frieza muito grande e essas pessoas precisam ser acolhidas, desde um bom dia ou um sorriso isso pra eles é muita coisa. E2

Sem o desenvolvimento de ações intersetoriais os profissionais reconhecem os riscos que os usuários correm em não ter sua demanda de saúde atendida e consequentemente seu direito negado. Os profissionais tendem a descrever essa situação quando os usuários precisam ser encaminhados para outro setor, e por várias ações esse novo atendimento não acontece, pois o serviço não compreende a demanda posta no encaminhamento. Dessa maneira, fica evidente que quando a rede de relações profissionais se expande compartilhando o sentido da narrativa discursiva da reforma poderia aumentar a compreensão dos demais profissionais e assim, viabilizar o cuidado.

Categoria: Benefícios

Acredito que eles sempre vão ter conhecimento dos serviços existentes e eles sempre vão ter acesso a esses serviços. O usuário que chega para um profissional e este não tem esse conhecimento corre o risco desse usuário estar perdendo de efetivar seus direitos, deixando de ter seus direitos garantidos. Então, acredito que pegando profissionais que tenham esse entendimento sobre a Intersetorialidade eles terão

mais chances de terem acesso aos seus direitos. E8

Os profissionais acionam novamente a intersetorialidade para recompor a fragmentação do cuidado e como recurso para compreensão da complexidade das demandas da saúde mental. Esse aspecto é explicitado nos trechos dos depoimentos de *E3* e *E5*:

Categoria: Benefícios

Na atualidade um CAPS ad por mais potente que for ele não consegue dar conta de todas as demandas existentes aqui nesse ambiente, então é um engano muito grande achar que o CAPS é autossuficiente, e dizer assim, vamos trazer tudo para um serviço como esses, vou fazer uma megaestrutura para poder dar conta e na realidade nunca vai dar conta. A intersetorialidade pode se aproximar desse processo já que as demandas são extremamente variadas, demandas de ordem social, clínica, médica, educacional, demanda de habitação, demanda da previdência e outras tantas, nesse ponto o benefício da intersetorialidade seria esse. Acho que é a única saída. E3

Muitas vezes, por exemplo, o indivíduo tem um problema lá na base, ninguém informa, e o indivíduo sai peregrinando até chegar à alta complexidade, quando lhe dizem: esse problema teria que ter sido resolvido lá na base [se referindo à atenção básica em saúde] aí ela tem voltar tudo de novo. Então se existisse a questão da intersetorialidade, muitas coisas teriam sido evitadas, esse percurso longo e desnecessário seria evitado. E5

Os profissionais reconhecem a importância do CAPS e a capacidade dessa modalidade de serviço, mas entendem também, que mesmo investindo-se na ampliação e estruturação dos CAPS, esses sozinhos nunca darão conta das demandas de saúde mental, que são da ordem dos problemas complexos. Portanto, para os profissionais apenas por meio da intersetorialidade, entendida aqui como o processo de trabalho em rede, do estabelecimento de ações intersetoriais e até mesmo de uma prática profissional “intersetorial”, seria possível atender adequadamente essas demandas. Esse atendimento, consequentemente, viabilizaria o direito à saúde, a desinstitucionalização da loucura, a humanização, a autonomia e a cidadania dessas pessoas.

Em geral, os profissionais possuem um entendimento sobre a intersetorialidade que preserva as principais ideias que o termo carrega no âmbito da saúde mental, como a articulação dos setores, das práticas e, principalmente, do compartilhamento do sentido atribuído ao termo.

Apesar de algumas variações no modo de interpretar a intersetorialidade, os profissionais demonstram por meio do seu discurso que há uma noção de cuidado mais alargada quando se considera a intersetorialidade na composição das práticas sociais e da

produção do cuidado em saúde. O que podemos interpretar como uma forma de modulação que a discussão sobre a intersectorialidade proporcionou para a saúde mental, uma “nova” de forma de pensar o cuidado, ou seja, um novo *ethos do cuidado*. Sob a égide das modulações proporcionadas pela intersectorialidade esse cuidado é pautado nos princípios da desinstitucionalização, da autonomia, da liberdade, da cidadania e da inclusão social. Portanto, produzir esse cuidado no campo da saúde é algo indissociável das ideias comportadas pela intersectorialidade.

O cuidado passa a ser processado com essa modulação, considerando também estratégias que viabilizem a sua integralidade, a questão do acesso, a territorialidade, a articulação da rede e o trabalho em rede.

O trabalho em rede converte-se como o principal elemento que materializa as ações de cuidado assumindo muitas vezes a função de agrupar novas experiências em torno desse cuidado, que talvez escape das noções de intersectorialidade empregadas pelos profissionais. Assim, o fato de muitos não perceberem diferenças significativas entre os dois “conceitos”, quando nos parece que especificamente para esses profissionais o trabalho em rede envolve questões bem mais complexas. Nesse sentido, o trabalho em rede aparece como uma estrutura que dá expressão a uma gama de processos simbólicos, subjetivos e de trocas, rompendo com a ideia de rede enquanto mecanismo instrumental ou de uma estrutura funcional do sistema de saúde.

A variação no modo de compreender a intersectorialidade, a rede e o trabalho em rede, para nós, decorre do ajustamento dos *habitus* individuais dos profissionais, com a rede discursiva do campo. Assim, embora percebendo que há uma modelo de se processar o cuidado com os componentes que mencionamos, os profissionais a partir de suas interpretações e com os recursos disponíveis nos vários contextos de atuação, tentam construir ações que materializem o cuidado pretendido. Essas ações são muito variadas sendo difícil determinar o tipo de arranjo, parceria ou pactuação que o profissional terá que fazer.

Portanto, o discurso sobre a intersectorialidade vai se diluindo e sendo incorporado pelo trabalho em rede, entendido pelos profissionais como a principal estratégia de materializar esse “novo” cuidado. Por fim, afirmamos que dessa forma a intersectorialidade converte-se num campo de transição, que ainda é acionada enquanto recurso frente os problemas complexos, mas que tende a ser “absorvida” por uma nova narrativa, a qual dá voz às novas experiências no âmbito das práticas de cuidado da saúde mental.

6.2 Análises das entrevistas: CAPS i

Conforme estabelecido em nossa metodologia, os domínios de análise que tratam da *Dimensão Política*; *Dimensão Técnica* e da *Dimensão profissional*, foram tratados considerando a ótica do serviço. Chegamos a esse desenho de análise por considerarmos, a partir das nossas observações, que embora os serviços façam parte da mesma rede, ou do mesmo nível de atenção (Atenção Psicossocial Especializada conforme a RAPS), há configurações na direção/coordenação do serviço que nitidamente assumem perspectivas diferentes. Esse contexto reflete-se na forma como esta equipe oferta o cuidado, na organização do trabalho, na composição das equipes e na forma como os profissionais fazem as mediações entre os saberes do campo e do núcleo na composição das ações intersetoriais. Dessa maneira, os demais domínios tratam de questões mais específicas e a organização da análise pela ótica do serviço foi importante por considerar essas diferenças na produção da intersetorialidade.

Antes de adentrarmos na análise, cabe frisar os objetivos de cada uma dessas dimensões. Esses objetivos relacionam com o conceito de intersetorialidade delimitado para este trabalho e, por conseguinte, com as características levantadas para o termo em sua dimensão política e das práticas sociais, as quais ajudaram a delimitar o nosso modelo explicativo dos processos intersetoriais no campo da saúde mental.

Desta feita, os objetivos de cada domínio de análise são:

- *Dimensão Política*: objetiva-se neste domínio a análise da percepção dos profissionais sobre os processos políticos da intersetorialidade e a identificação de ações intersetoriais na política de saúde mental do município;
- *Dimensão Técnica*: tem como objetivo examinar o processo de construção da intersetorialidade nas ações dos profissionais, a partir de suas percepções, ao passo que identificamos a construção de ações ou de arranjos intersetoriais;
- *Dimensão Profissional*: nesta dimensão procuramos identificar como o núcleo profissional interfere na construção das ações intersetoriais e que tipo de relações os profissionais estabelecem para a construção do cuidado em saúde mental.

A partir das definições dos objetivos, organizamos a análise em eixos conforme os domínios estabelecidos, quando apresentamos a discussão das categorias e a análise dos depoimentos dos participantes do estudo.

Vale destacarmos que no CAPS i Cirandar foram entrevistados 04 profissionais dos quais: duas assistentes sociais, uma enfermeira e uma psicóloga. Uma vez que os domínios tratados nesta seção consideram a ótica do serviço, então utilizamos a codificação relativa núcleo profissional. Assim, os códigos referem-se respectivamente: *As* = assistente social; *Enf* = enfermeiro(a); e *Psi* = psicólogo(a). Algumas vezes associa-se um número quando há mais de um profissional da mesma categoria, por exemplo, *As1* e *As2*.

EIXO: Dimensão Política da intersetorialidade

Convidamos os entrevistados para expressarem suas opiniões sobre a relação da política de saúde mental com a ideia de intersetorialidade. As opiniões são bastante parecidas, expressam um reconhecimento da intersetorialidade no âmbito da política de saúde mental afirmando que os processos interssetoriais estão contemplados nos modelos de algumas políticas públicas. No caso da saúde mental, revelam que esta relação ainda é mais estreita adotando o trabalho em rede. Uma das entrevistadas ainda faz distinção entre o processo desencadeado pelas políticas públicas e o da política partidária, conforme podemos observar no depoimento abaixo:

As2: Acho que há toda uma dependência e até um mau funcionamento é consequência dessa política que manipula que não utiliza os recursos da forma correta. Então eu acho que a política de saúde mental e as políticas públicas de modo geral incorporam a noção de intersetorialidade, do trabalho em rede, mas na prática isso não acontece em decorrência dessa política partidária.

Enf: Acho que está totalmente relacionado. Muitas políticas hoje estão pautadas nos princípios da intersetorialidade, a própria política de saúde e a política de saúde mental. De certa forma tentamos pautar nossos atendimentos nestes preceitos.

As1: Estão relacionados sim, mas a questão é que falta comprometimento da gestão em viabilizar os processos. Como podemos realizar as ações interssetoriais sem contar com os mecanismos da gestão.

As queixas dos profissionais recaem na falta de comprometimento da gestão na execução dos processos interssetoriais delimitados nos modelos políticos, e neste caso, da

política de saúde mental. Muitas destas questões foram tratadas nos grupos, mas merece destaque a questão dos recursos financeiros que dificultam a condução de muitas atividades. Como os profissionais demonstraram, a RAPS não é implementada e os recursos destinados a este fim são devolvidos pela gestão. Parece-nos que a mudança de gestão tem impactado alguns processos, acreditamos que a referência à política partidária que As2 menciona decorre desta mudança.

Indagadas se a intersetorialidade é pauta nas discussões da política de saúde mental do município, duas entrevistadas do mesmo núcleo profissional deram depoimentos divergentes.

As1: Não sei dizer, porque essas discussões estão mais voltadas para a direção do serviço com a coordenação de saúde mental, agente pouco participa. As discussões, quando acontecem é ela [direção] que traz alguma informação pra gente.

As2: É tema, inclusive já tivemos momentos de convidar outros atores dessa rede para discussão, a gente sempre discute, mas sempre cai no mesmo, não vemos grande evolução. Algumas coisas funcionam e outras não, mas é um tema sempre discutido nas reuniões, nas capacitações.

As1 revela que a intersetorialidade é discutida na gestão no âmbito da gerência e das coordenações e a pauta destas discussões são apenas repassada para os profissionais, ou seja, as pactuações, os acordos construídos não passam pelo crivo da equipe do serviço, sendo apenas informados das decisões da “cúpula”. Por outro lado, As2 afirma que a intersetorialidade é tema das discussões no âmbito da política, principalmente nas reuniões e capacitações. Entendemos que As2, atribui o esforço da equipe e de alguns profissionais em estar discutindo a intersetorialidade e pautando o debate em outros setores sobre o tema, como uma ação política. E de fato o é, mas a profissional exercita uma característica da atuação profissional e não da gestão como um todo.

Os processos políticos da intersetorialidade foram descritos por diversos autores em nossa análise bibliográfica e compõe o nosso modelo explicativo (Quadro 07). Neste caso, a gestão deveria estabelecer arenas de diálogos para a pactuação das prioridades do serviço, inclusive, contemplando a dimensão da participação social. E assim, estimular a criação de espaços de comunicação em diversos âmbitos da gestão para o compartilhamento das experiências da saúde mental, favorecendo a ampliação da rede discursiva do campo. No entanto, o que observamos é uma discussão fechada entre as coordenações e direções dos serviços como também demonstra outra entrevistada:

Enf: Tem as reuniões dentro da própria secretaria de saúde e entre outras secretarias também, mas é mais para as coordenações dos serviços. Mas também várias vezes as pessoas ligam para saber como o CAPS funciona e quando a gente percebe que algum serviço não sabe como a gente funciona tentamos ir até lá para explicar o funcionamento. Com a justiça também, fazemos ofícios e encaminhamento junto com as portarias que regulamentam o CAPS, porque a gente compreende que um juiz não estudou para saber como cada serviço funciona, então é uma forma da gente dizer como o serviço tem que funcionar.

Como podemos observar, a profissional tenta recompor em suas atividades a lacuna deixada pela gestão quando assume a função de estabelecer uma comunicação com os outros setores e com a justiça por meio de mecanismos institucionais no intuito de informar e divulgar as ações do serviço para outros setores.

Todavia, uma das entrevistadas faz menção sobre algumas atividades da gestão em que a intersectorialidade é pautada.

Psi: Mas existe sim, as reuniões, o colegiado, vai ter agora, né? O dia mundial de saúde mental, né? Acho que é isso, [se referindo a Semana de Luta Antimanicomial] todas as datas comemorativas, né? Vários eventos, sempre tem, né? Mas é como eu digo, eu estou muito afastada dos eventos da prefeitura, estou mais aqui no serviço.

Esse depoimento revela o desconhecimento desta profissional sobre a existência de discussões sobre a intersectorialidade no âmbito do município. Entretanto, demonstra que há movimentos que dão visibilidade aos temas da saúde mental a exemplo do envolvimento do município com a Semana de Luta Antimanicomial. Vale ressaltarmos que o colegiado intersectorial que a profissional se refere foi desativado pela atual gestão.

Estas primeiras impressões sobre a dimensão política rebatem diretamente nas demais questões quando indagamos dos entrevistados sobre os espaços de comunicação entre os serviços e sobre os espaços de pactuação no âmbito da gestão. Curiosamente em ambas as questões, as respostas foram afirmativas, todavia com algumas particularidades. De fato, os profissionais ressaltam alguns espaços de comunicação como as reuniões da equipe e os encontros promovidos no âmbito da saúde mental, pois consideram que o repasse das informações à equipe pela coordenação é um espaço de comunicação e também de pactuação como podemos observar nos comentários abaixo:

As2: Há sim, acho que a parte da direção que se reúne com todos os diretores da secretaria de saúde e somos sempre informados dessas reuniões toda quinta. Toda

semana a equipe se reúne e se comunica sobre o que está acontecendo na rede, e em alguns encontros que acontecem na saúde mental que sempre tem.

As1: Existe, por exemplo, a diretora aqui entra muito em contato com a diretora da DAS [Direção de Atenção em Saúde]. Então algumas que questões que a gente iria resolver e demoraria muito ela vai direto para o responsável pela pasta seja coordenador do distrito, coordenador da atenção básica para tentar resolver as questões. Então o canal de comunicação é mais entre as coordenações.

Enf: Existe sim. Primeiro conversamos entre nós, temos reuniões quinzenais com todos os diretores da saúde mental, dos CAPS e do PASM, que são os serviços da saúde mental e ali nos discutimos o que realmente está acontecendo e dali chegamos até a DAS que é a diretoria de atenção à saúde, vamos para o gabinete [referindo-se ao secretário de saúde], vamos para outras secretarias. Então estamos sempre em contato com os outros diretores e coordenadores para estar mobilizando essa política.

Psi: Existe, mas quem participa é mais a direção.

Podemos observar duas configurações para estas respostas. A primeira questão, refere-se às reuniões que equipe promove no interior do serviço para discutir os casos e estabelecer algumas ações sempre na busca de efetivar o trabalho em rede. Nesse sentido, este é sim um espaço de comunicação onde são pactuadas algumas questões entre os profissionais. Neste espaço, os profissionais se comprometem na condução de determinados casos e nas ações para fora do serviço, como já demonstraram em outro momento da entrevista. No entanto, quando há necessidade de respaldo da gestão para a construção de alguma ação, a coordenação do serviço encarrega-se de levar estas demanda para a reunião das coordenações que ocorre na secretaria de saúde, entre coordenações e a direção da atenção à saúde do município (DAS).

Apesar de ser uma via de comunicação, não nos parece ser um espaço de participação democrática como temos identificado nas discussões no âmbito da literatura. Não há o envolvimento direto da equipe na construção desse debate, apenas por sua suposta representação por meio da coordenação, e como sabemos, há posturas diversas nestes espaços que não contemplam todos os perfis profissionais da equipe. Ainda assim, nessa configuração cabe aos profissionais acatarem o que foi acordado numa arena decisória que os exclui do processo.

Portanto, podemos concluir que na *dimensão política da intersetorialidade* os entrevistados do CAPS i consideram que a política de saúde mental incorpora as ideias de intersetorialidade e do trabalho em rede. Todavia, no âmbito da prática a gestão não garante os mecanismos necessários para se materializar esses preceitos de ordem política. Os entrevistados reconhecem a existência de espaços de comunicação com a gestão e com outros

setores, mas não de forma participativa, pois é um espaço apenas para a direção e coordenações da área.

Nesse sentido, podemos afirmar que o modo como a intersectorialidade é abordada em sua dimensão política pela gestão municipal provoca sérias dificuldades para os agentes profissionais desempenharem ações intersectoriais. Isso acontece porque não há espaço de comunicações e pactuação mais democráticos e inclusivos, não há criação de arenas decisórias, o que dificulta na dimensão das práticas sociais, as ações de mobilidade dos profissionais entre as diferentes políticas e a governabilidade na pactuação de ações, indicadores, recursos e prioridades.

EIXO: Dimensão Técnica da intersectorialidade.

Inicialmente nesta dimensão, identificamos os setores e as políticas que os profissionais do CAPS i mais acessam em seu cotidiano profissional. É destaque o Ministério Público, citado como uma dos setores mais acionados em virtude da falta de resposta dos demais serviços sociais. Em seguida, apresenta-se o Conselho Tutelar e setores da própria saúde como destaca uma das entrevistadas:

As2: Acho que a escola, o Ministério Público o conselho tutelar, a justiça, a própria saúde, outros segmentos em rede da própria saúde, a rede e comunitária e a gente também trabalha com os CREAS, CRAS.

Entretanto, em se tratando de políticas, há depoimentos que a Política de Assistência Social é a mais recorrente, em virtude das vulnerabilidades presente na população usuária dos serviços como destaca a entrevistada:

As1: É a Política de Assistência Social e o Ministério Público são os campeões. Encaminhamos as questões de vulnerabilidades, a gente faz a visita e detecta, tentamos acionar os outros serviços como CRAS, CREAS, às vezes sem solução nenhuma, aí nos resta recorrer ao Ministério Público.

Em decorrência da particularidade deste serviço, que atende crianças e adolescentes, evidenciamos uma parceria com as escolas. Todavia, não se configura como um trabalho

articulado entre a política de saúde mental e a política de educação de modo geral. Essa parceria refere-se ao reconhecimento do espaço escolar como dimensão importante no trato das questões relacionadas aos transtornos mentais em crianças e adolescentes, e, também, na abordagem da questão das drogas como já evidenciamos em outras partes deste trabalho e como bem demonstra a entrevistada:

Psi: Trabalhamos junto com a escola para compreender como é a dinâmica de vida deste jovem no ambiente escolar, e também na questão das drogas que sempre tem uma interface com os contextos escolares.

Indagamos dos participantes como eram feitas as articulações com esses setores nas ações de saúde mental. As respostas indicam a utilização de dois caminhos: 1) o contato formal e burocratizado como envio de ofícios, relatórios, solicitações e contatos telefônicos; e 2) o contato mediante a rede de relacionamentos, solidariedade e amizade.

Claramente não há uma articulação em rede, ou seja, não percebemos mecanismos de troca simbólica entre os agentes para a construção das ações, mas sim o uso de procedimentos rotineiros que de tão esvaziados de sentido tornam-se ineficazes e muitas vezes sem respostas efetivas. Essas situações levam os profissionais a recorrerem ao Ministério Público para viabilizar, mediante o uso legal do direito, processos que deveriam ser fluídos na rede assistencial. Podemos evidenciar essa questão na fala das entrevistadas,

As1: É via ofício, alguns casos a gente faz o contato por telefone, a gente cria aquela rede pessoal que é quando a gente sabe com quem vai contar na outra ponta e tenta agilizar.

Enf: Eu não gosto muito do telefone, acho que o documento é primordial, então fazemos ofícios, relatórios e encaminhamos. Claro, fazemos também as ligações informar sobre o próprio documento para que os órgãos competentes tomarem as providências cabíveis.

De certo modo, a fragilidade nos mecanismos de articulação ou sua inexistência, decorre da falta de ressonância da gestão local em promover de forma mais consistente a consolidação da RAPS e da sua articulação com as demais redes. Observamos que a disposição dos serviços nos territórios é insuficiente para dar suporte às demandas de todos os CAPS, principalmente na modalidade 24 horas como verificamos nos relatos.

Portanto, os profissionais tentam recompor esta lacuna fazendo articulações pontuais em determinados casos, o que resulta na construção dos arranjos intersetoriais. Isso acontece, dentro das possibilidades dos profissionais, uma vez que eles acumulam outros vínculos duplicando sua carga horária semanal.

Não sabemos o que determina esta construção, pois percebemos que há um esforço maior nestas articulações em alguns casos, mas em outros não. Podemos inferir que a “escolha” desses casos em que os profissionais se dedicam, decorrem mais dos aspectos subjetivos, ou seja, a partir das posturas construídas frente ao contato permanente com uma determinada demanda que sensibiliza e mobiliza esforços.

Neste sentido, o trabalho em rede é fragilmente utilizado, quando evidenciamos a precariedade da rede institucionalizada, associado com o baixo compartilhamento dos conteúdos simbólicos do campo da saúde mental na articulação das práticas de cuidado.

Desta feita, indagamos dos participantes sobre as articulações com as redes de apoio social, como a família, vizinhança, associações, e comunidade em geral. Percebemos que apenas a família é considerada nessa articulação, pois a mesma é convocada a participar do tratamento juntamente com as crianças que são atendidas. Mais uma vez, a demanda específica deste serviço favorece esta relação mais próxima com os arranjos familiares, do que com outros suportes. Vejamos os seguintes depoimentos:

As1: No momento não temos essas articulações, nem com o terceiro setor, nem com igrejas, a gente não faz esse tipo de articulação. Pois como eu falei para você é preciso de dois elementos no território, alguém que identifique as demandas do território, que faça a visita e que articule, aqui, a visita é feita a partir de um viés de determinado profissional, então, a gente não tem condições de articular com outros organismos porque tudo é para ontem e não dar tempo de articular com outros serviços, seria muito interessante, mas a gente não consegue.

Enf: Não temos. É bem complicado

As2: A família está sempre presente no serviço e isso é um meio, porque a família está aqui e a gente encaminha, orienta como deve procurar os outros serviços, mas eu acho que isso ainda fica muito a desejar, de estar nos centros comunitários, de ir às igrejas discutir essas questões de saúde mental na escola é onde eu acho que melhor funciona isso, mas a gente sempre orienta a família a buscar os centros comunitários e ver o que eles oferecem se tem alguma atividade que eles possam estar participando ou que esses jovens possam estar inseridos.

Como podemos perceber, *As1* reconhece a importância da articulação com as redes de apoio social, mas delimita claramente a falha na construção desse processo quando alerta da necessidade de um profissional para fazer a articulação da rede no território e costurar estas

ações. Essa definição se enquadra na descrição de um trabalho de apoio matricial que é operacionalizado pelo NASF. De acordo com os documentos que orientam a atuação do NASF, uma das funções deste serviço e dos seus profissionais no âmbito da saúde mental seria de facilitar os processos de matriciamento das potencialidades dos territórios e da formação das redes. Curiosamente esta mesma definição aparece também nas disposições do próprio CAPS. Todavia, como as falas dos entrevistados sugerem, a equipe não possui condições de trabalhar em duas frentes: trabalho assistencial e de apoio matricial.

De todo modo, indagamos dos entrevistados se a prática intersetorial é vivenciada pela equipe. Podemos afirmar que a prática intersetorial, na forma como compreendemos, não se realiza neste serviço. O que evidenciamos é a conformação de vários arranjos intersetoriais mediante esforço de alguns profissionais da equipe como podemos perceber pelos relatos abaixo:

Enf: Em relação ao processo intersetorial do processo de trabalho, tem pessoal que realmente veste a camisa, que se identifica, e eu digo muito nas reuniões técnicas se a gente não se identifica se a gente não tem perfil a gente procura outro local para trabalhar, mas não fique aqui, pois trabalhar com criança é bem complicado.

As2: Olhe aqui dentro do CAPS, nós percebemos que é mesmo o assistente social que está mais envolvido nessa prática intersetorial, mas a direção também e existem outros profissionais que tem interesse de buscar, mas é mais focado mesmo no serviço social.

Fica evidente que para *Enf.*, o processo de construção de ações profissionais passa por uma questão de identificação do profissional, e que aqueles que se “identificam” com a intersetorialidade são responsáveis pela construção das ações intersetoriais. O que se destaca, é a forma como esses profissionais interpretam os sentidos sobre intersetorialidade presentes na rede discursiva do campo. O que para a entrevistada é descrito como mera identificação, sem o reconhecimento dos elementos simbólicos que levam esses profissionais a se esforçarem na construção das ações de cuidado e dos arranjos intersetoriais empreendidos. Então, a prática intersetorial não é vivenciada plenamente por esta equipe, embora seu sentido seja compartilhado por alguns profissionais que assumem algumas ações.

Diante dessas respostas, indagamos dos entrevistados se achavam que as práticas desenvolvidas no serviço contribuíam para a efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica. Os entrevistados reconhecem que as ações afirmam os princípios da reforma, mesmo com as limitações da rede, mas identificam os elementos que processam este cuidado

como a humanização da atenção, a desinstitucionalização, a integralidade e a quebra dos estigmas e dos preconceitos.

As2: Acho que o princípio da Humanização, do respeito, dos direitos sociais, o que mais? Porque acho que um dos princípios da reforma é garantir o atendimento com dignidade e isso com certeza, se a rede intersetorial funcionasse esse seria o princípio básico.

As1: Acho que esse olhar diferenciado sobre o indivíduo, esse cuidado ampliado, acho que quando a gente para pra ouvir o outro, a gente está cuidando, estamos mesmo indo além do que a reforma mesmo propõe. Ver o outro na sua integralidade enquanto indivíduo.

Psi: Acho que a desinstitucionalização, trabalhamos muito com isso, e tentamos fazer um trabalho nas escolas para quebrar esse preconceito de que a criança agressiva é louca e também a família que só ver essa criança como agitada e agressiva, então ensinamos a ver com outro olhar.

Percebemos que mesmo com as dificuldades em desenvolver uma prática de saúde mental intersetorial, uma das profissionais, em seu depoimento, descreve a relação que ela identifica entre a desinstitucionalização, a intersetorialidade e o trabalho em rede.

Enf: Acho que a questão da desinstitucionalização, pois a partir da intersetorialidade e do trabalho em rede, a gente tem um poder de fazer com esse usuário circule na rede, tenha acesso a outros serviços, a outras coisas e que possam viver uma vida como qualquer outra pessoa. Acho isso fundamental até porque aqui nós tratamos crianças e não queremos institucionalizá-las.

A entrevistada reconhece o ganho para o usuário da saúde mental na construção de uma mediação que coloca o trabalho em rede como a principal dispositivo da efetivação da desinstitucionalização. De certa forma, a entrevistada refere-se a uma concepção de cuidado (*ethos*) que emerge em nosso modelo explicativo a partir das modulações da intersetorialidade com o campo da saúde mental.

EIXO: Dimensão Profissional

Nesta dimensão, buscamos compreender a partir da fala dos profissionais, como o núcleo profissional absorve a discussão em torno da intersetorialidade. Fica evidente que apenas o núcleo do Serviço Social parece ter uma discussão mais consistente como demonstra uma das representantes desse núcleo em seu relato:

As1: A profissão tem discutido sim, mas eu acho que estou um pouco por fora da discussão. Reconheço que a profissão tem discutido, sempre vejo algum artigo novo, um livro sobre o tema, mas reconheço a minha deficiência em não participar muito desse debate. Mas acho que o serviço social está mais próximo desse debate, do trabalho em rede, da prática intersetorial, pois ou você faz esse movimento ou você enlouquece porque você sozinho não dá conta de tudo, a gente precisa do outro.

Apesar de afirmar que não tem participado destas discussões, *As1* reconhece que há certo protagonismo de sua categoria nas discussões em torno da intersetorialidade. Em nossa análise bibliográfica identificamos esta relação. O serviço social tem se destacado enquanto campo de produção de conhecimento sobre as políticas públicas, tendo em vista ser o lócus de atuação deste profissional, bem como na abordagem da questão social por essas políticas. Alguns dos autores que aparecem como referências nas discussões sobre a intersetorialidade são desta categoria profissional.

Entretanto, na mesma análise também evidenciamos o destaque para a enfermagem e para a psicologia, que vêm discutindo aspectos relativos à intersetorialidade no campo da saúde e da saúde mental, mesmo que os representantes destes núcleos não reconheçam a sua contribuição como verificamos nos depoimentos:

Enf: Na minha formação, eu vi muito pouco sobre saúde mental, intersetorialidade etc. Não sei como está a formação hoje, mas na minha época a formação era toda voltada para o PSF, pois era o espaço onde o enfermeiro mais ganhava dinheiro ou então era uma formação voltada para o hospital [...] Então não foi uma coisa que a formação acadêmica me ajudou, eu fui atrás de especializações, fui atrás de estudar e foi porque eu me identifiquei mesmo. Porque aqui eu não sou enfermeiro, não sou psicóloga, não sou assistente social, aqui eu sou técnica em saúde mental.

Apesar do tema sobre a intersetorialidade aparecer como uma diretriz da política de saúde atrelada ao conceito da integralidade e ser assumida como prerrogativa na PNAB, que orientam as ações da ESF, a profissional afirma que em sua formação não são foram abordados esses temas, mesmo que a formação a direcionava para a atuação neste programa. Silva et al. (2004) e mais recentemente Fernandes et al. (2009), ao analisarem a formação profissional da enfermagem, verificaram que a formação desses profissionais está pautada nas suas ações técnicas e como forma de recompor a ação dos médicos. Evidenciamos esse aspecto também no relato da profissional que representa o núcleo da Psicologia, quando a mesma afirma que não foi contemplada com conteúdos de saúde mental e de

intersetorialidade em sua formação. Há evidências que sua formação também estava pautada nos aspectos clínicos do adoecimento.

Psi: Não vi nada de saúde mental e nem de intersetorialidade. Eu terminei em 2000 né. A saúde mental mesmo, eu conheci na prática, mas acho que mudou muita coisa, me lembro que quando a gente entrou na universidade na parte da clínica nos levaram para o Juliano [Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira] e eu fiquei chocada, todos os pacientes nus jogados numa ala só, homens e mulheres misturados [...] Hoje os leitos são separados, todos são vestidos, e antes eram todos nus, comendo as fezes, então houve uma mudança, um outro olhar, a militância entrou e tentou melhorar cada vez mais o olhar para o cuidado mesmo.

Macêdo e Dimenstein (2011) demonstraram as contradições da formação em Psicologia, que ainda prioriza fortemente os aspectos das psicopatologias em detrimento das questões da saúde mental. Vale destacarmos no relato de *Psi.*, sua experiência traumática de contato com a saúde mental ainda nas dependências do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, no entanto, a entrevistada reconhece que hoje a situação está bem diferente e atribui ao movimento de militância esta mudança que imprimiu uma atenção voltada para o cuidado.

Questionamos os entrevistados quais eram os objetivos de atuação profissional no serviço. Observamos que os objetivos dos profissionais refletem as disposições dos conteúdos do seu núcleo profissional mediada por uma noção de cuidado própria do campo da saúde mental. Essa noção incorpora elementos importantes do *ethos do cuidado*, como a cidadania e a inclusão social; e estratégias que modulam esse cuidado, como a integralidade, a rede e o trabalho em equipe. Vejamos a exemplificação desses aspectos nos seguintes extratos:

As2: Meu objetivo é principalmente inserir ou reinserir nossas crianças e adolescentes na vida em comunidade, partindo do princípio que família é quem tem puxar, tomar a frente. Meu objetivo maior é que essa família tenha conhecimentos acerca da saúde mental, da sua vida comunitária, dos direitos que elas têm na sociedade, que saibam de como está funcionando as políticas públicas e negação desses direitos, e que ela procure buscar reivindicar, através da imprensa mesmo, eu estimo isso, porque meu objetivo é ver essas pessoas sendo usuárias das políticas públicas, acessando seus direitos sociais e melhorando sua qualidade de vida [...].

As1: Eu sou meio utópica [emocionada], eu imagino que seria um desejo de que a equipe toda se envolvesse, pois às vezes eu me sinto sobrecarregada, é um fardo muito grande pra mim, e se todo mundo pudesse compartilhar isso seria fácil e mais leve, a gente acaba tratando algumas questões muito pesadas, embora a gente só trabalhe 30hs, trabalhamos com histórias de vida pesadíssimas, uma pior do que a outra. Você pega um caso de uma família em que você se sente de mãos atadas e não tem o que fazer. E se toda equipe trabalhasse de forma intersetorial, todos fizessem as coisas em conjunto a gente trabalhava com menos fardo e conseguiríamos ajudar mais pessoas.

Enf: Meu objetivo quando era apenas enfermeira, pensava em ir para outro local pela questão salarial, mas aí o tempo foi passando e eu hoje sou a única profissional de nível superior que ficou neste serviço desde a inauguração, então eu fui me identificando e é maravilhoso quando você está num serviço que você domina esse serviço, que você sabe, que você conhece. E hoje meu objetivo maior é promover o bem estar das crianças dos adolescentes e das mães. Que possam chegar ser bem acolhidas desde a recepção até o atendimento

Psi: Eu trabalho com criança né, de 3 a 11 anos, então assim, meu objetivo é fazer os pais conhecerem seus filhos e não rotular essas crianças, de ficar dizendo: meu menino é agressivo. É o que eu sempre trago para mães, você tem que conhecer seu filho e saber o porquê dele estar agitado e não ficar dizendo que o menino é agressivo. Só existe uma regra dentro do CAPS, que é de conhecer, entender o porquê dele está assim. Então meu objetivo é esse fazer entender e olhar seus filhos, eu trabalho nessa linha.

Observamos que as profissionais dão destaque para os aspectos que estão mais próximos de sua atuação e da formação profissional. As assistentes sociais valorizam aspectos que priorizam o social como a questão da cidadania e dos direitos sociais. Atuam também no conhecimento e no acesso aos benefícios das políticas públicas, bem como fazem referência ao processo de trabalho da equipe, na cooperação e articulação das ações por meio de uma prática intersetorial.

A profissional de enfermagem valoriza a produção do bem estar, a qualidade do atendimento e o acolhimento (humanizado) dos usuários em todo o serviço. Demonstra também uma forte relação com as demandas do serviço e seu envolvimento com as questões da saúde mental.

A profissional de psicologia dá ênfase aos aspectos emocionais, na compreensão das crianças e dos adolescentes por parte de suas famílias no intuito de dirimir os preconceitos. Podemos inferir ainda que os profissionais moldaram novas identidades e subjetividades a partir da interação com os conteúdos do campo, expressando assim mudanças na dimensão afetivo-emocional que produz o agenciamento de suas potencialidades aos princípios da reforma.

Na sequência indagamos dos profissionais se percebiam os objetivos institucionais dos CAPS e se em sua opinião os mesmo eram efetivados naquele serviço. Mesmo reconhecendo as dificuldades, os profissionais afirmam que os objetivos do serviço são cumpridos que eles percebem como o acolhimento das pessoas em sofrimento, tirando-as da crise e fazendo a sua inclusão social.

As2: O objetivo do CAPS é acolher as pessoas no sofrimento, seja ele qual for, e a partir de uma triagem a agente perceber qual será o caminho dessa pessoa, e dentro das nossas possibilidades acho que é um serviço que tem tido um crescimento, que

tem evoluído nessa parte. Eu acho que tem uma dificuldade de articulação dessa rede intersetorial, mas por outro lado, tem um grande cuidado da equipe de efetivar esses objetivos. Então, dentro do que a gente pode fazer tem funcionado apesar das dificuldades.

Enf: O objetivo do CAPS é atender, nos atendemos aqui demanda espontânea, não temos lista de espera, acho que o foco é o atendimento mesmo. É tirar da crise, é inseri-los na escola, nos cursos profissionalizantes, conseguir alguma coisa para os pais por meio dos cursos de geração de emprego em renda. Esses são os nossos objetivos.

Psi: São cumpridos, aqui mesmo no CAPS infantil nós temos progredido muito, temos dado muita alta, justamente porque a gente procura ver a singularidade, assim, integrar a criança e o adolescente ao meio, então nosso objetivo é esse.

Os depoimentos revelam o comprometimento destes profissionais com os objetivos institucionais, que foram reinterpretados a partir do modelo prescrito, mas com elementos da própria vivência dos profissionais dentro do campo. Mesmo com a fragilidade da rede, a equipe se esforça para que no âmbito do serviço estes os objetivos possam ser atingidos.

Sobre o modo como encaminham as demandas, que necessitam da articulação com outros serviços, os profissionais reforçam novamente o uso tanto dos recursos formais quando das relações em sua rede de relacionamentos.

As2: Eu telefone antes, mantenho contato com a colega assistente social de preferência, ou então com o diretor e de acordo com que a gente combinar eu faço o encaminhamento por escrito. Por que no encaminhamento eu posso expor a necessidade do usuário, e depois eu entro em contato com o serviço para saber como foi o atendimento.

Psi: Faço uma ligação e encaminho, mas antes de encaminhar fazemos um contato antes.

Também observamos uma busca constante ao Ministério Público para efetivar algumas ações:

As1: Eu vou *in loco*, pois por telefone, ofício não resolve. Então quando eu chego lá e que também não resolve, faço aquele velho caminho do Ministério Público. Tanto é que MP está com uma demanda enorme, sobrecarregado porque os serviços não estão funcionando.

Muitos desses processos são relatados na literatura como judicialização da saúde, quando as demandas que não são atendidas pela rede assistencial acabam sendo viabilizadas mediante ações no próprio Ministério Público ou na Justiça comum. As principais demandas atribuídas ao fenômeno da judicialização da saúde decorrem da falta de acesso aos procedimentos, medicações de alto custo, tratamentos e internamento (VENTURA et al.

2010). No caso da saúde mental, em nossas observações neste serviço, verificamos a recorrência ao Ministério Público para garantir o acesso à escola, medicamentos e o atendimento em outros serviços da rede assistencial que se recusaram atender os usuários diante das solicitações do CAPS.

Diante do exposto, indagamos dos profissionais quais as maiores dificuldades que tinham em encaminhar as demandas para outros serviços. Os profissionais relatam que a maior dificuldade é a falta de entendimento dos demais setores do objeto complexo da saúde mental, o que para nosso entendimento, revela a baixa ressonância da rede discursiva do campo e da narrativa da reforma para outras áreas e setores inclusive da própria rede de saúde. As profissionais entendem que esta falta de compreensão se revela tanto na negação do atendimento quanto na baixa qualidade do mesmo. Esta recusa, tem um impacto negativo para os usuários que ficam sem apoio da rede e sem acesso aos serviços necessários que garantam a integralidade do cuidado retendo-os no próprio CAPS, como revelam os depoimentos:

Psi: A maior dificuldade é demanda do outro serviço, que termina superlotando o serviço. Falando um pouco dos psicólogos dos CAIS, pois só temos eles na rede para atender uma demanda de psicoterapia de longa duração, aí os CAIS abrangem todos os distritos e termina que a demanda é muito alta e não tem como suprir a nossa necessidade.

As1: Então até a própria rede compreender o que é a saúde mental é uma dificuldade, eu sempre tive o desejo que o PSF pudesse atender, que a gente tivesse um canal direto com o PSF, até para resolver essa questão clínica e a gente fica sobrecarregado.

As2: A dificuldade é que o outro lado tenha a mesma compreensão, porque se ele não é atendido vai complicar, porque se não o usuário fica perdido e temos que tentar outros seguimentos e outros setores que possam acolher esse usuário.

Diante da demanda específica deste CAPS, uma das entrevistadas revela que no processo de alta, acarretado pela ineficácia da rede, fica difícil encaminhar os usuários para os demais CAPS pela particularidade do serviço e da demanda, vejamos seu depoimento:

Enf: Os nossos usuários quando atingem a maioridade temos uma grande dificuldade, pois preferem ir para ambulatório do que para um CAPS adulto. Porque quando chegam num CAPS adulto eles encontram pessoas com 40 e 50 anos, se for um serviço de droga eles encontram pessoas alcoolizados, pessoas que ainda fazem uso de crack e eles com 18 anos, pensam: será que vou ficar até essa idade fazendo isso? Isso o desestimula, vários já voltaram aqui dizendo que pra lá não queriam ir, queriam ficar aqui. Então aqui nos temos crianças de 03 anos até jovens de 18 anos, então, é totalmente diferente de um CAPS adulto. Então quando a gente vai para um ambulatório a lista de espera é enorme, demora muito. O acompanhamento psicológico tem um limite de sessões devido a lista de espera. E muitos casos não eram para estar mais aqui, mas a gente fica segurando porque a rede não tem

capacidade de acolher, então a gente se sensibiliza bastante, se ele sair daqui ele vai ser atendido aonde?

Mais uma vez, os profissionais demonstram algumas formas de arranjos e de acordos para recompor uma demanda que não é atendida adequadamente pela rede. O que os leva, por exemplo, a reter os pacientes dentro do serviço, fazendo negociações entre os profissionais para prestar algum atendimento, normalmente essa demanda relaciona-se com os atendimentos psicológicos, evitando assim um dano maior a estes usuários. No entanto, o serviço tem limites e nem todos os casos podem ser atendidos o que faz com que a equipe, pelas razões subjetivas, triar entre os casos aqueles que mais as “afetam”.

Enf: Tivemos um caso de um adolescente que nós cuidamos aqui, era um caso delicado que sensibilizou toda a equipe e hoje ele tirou a nota máxima no ENEM e hoje é estudante da UFPB, fazendo psicologia um dia chega aqui e estará trabalhando conosco. Então fico bastante satisfeita em estar plantando uma sementinha aqui dentro [emocionada, quase chorando].

Para finalizar, indagamos dos profissionais quais eram os núcleos profissionais que mais facilitavam este trabalho em equipe. As respostas demonstram uma interação entre os assistentes sociais e a enfermagem na mediação dos determinantes do processo saúde doença, mas evidenciam certa dificuldade entre o serviço social e a psicologia.

As1: Acho que aqui, a enfermagem, é a que eu tenho mais facilidade e mais acesso, com os psicólogos já fica mais difícil, pois eles têm uma resistência em discutir os casos com a gente.

Enf: Acho que a psicologia e o serviço social. Gosto muito do serviço social que temos aqui que é muito eficaz, temos três assistentes sociais. E a enfermagem aos poucos está se aproximando e a terapia ocupacional também.

Mas uma profissional aponta que não é a categoria que interfere, mas sim alguns profissionais destacando elementos que para nós refere-se à capacidade interpretativa do agente, da sua visão de mundo e de sua abertura para as questões da saúde mental.

As2: Se fosse para dizer os que criam problemas isso seria mais fácil [risos] Também acho que não é bem a categoria, mas alguns profissionais dentro dessa categoria. Como é uma equipe interdisciplinar a gente percebe que entre todos há alguns interesses que facilitam e outros que dificultam né.

Portanto, podemos compreender que os profissionais constroem seus entendimentos sobre a intersetorialidade e sobre a prática intersetorial a partir de elementos próprios do seu núcleo profissional modulada pela noção de cuidado que encerra a relação entre intersetorialidade e saúde mental. Essa percepção reflete-se na forma como os profissionais interpretam os mecanismos institucionais e as relações que empreendem para efetivar o cuidado tanto nas articulações dentro da equipe quanto para fora do serviço.

6.3 Análises das entrevistas: PASM

No PASM, foram entrevistados quatro profissionais distribuídos da seguinte forma: um enfermeiro, um médico, um psicólogo e um assistente social. Os profissionais foram identificados pelas iniciais de sua categoria profissional. Três das entrevistas foram realizadas nas dependências do próprio serviço e apenas uma foi realizada em outro ambiente marcado pelo profissional de acordo com sua disponibilidade em participar do estudo.

EIXO: Dimensão política da intersetorialidade.

Sobre a relação da política de saúde mental com a intersetorialidade, as opiniões dos profissionais são divergentes. Percebemos que nos depoimentos há uma tensão que ocorre no âmbito dos serviços com relação às disposições da política de saúde e principalmente no papel do saber médico, da organização da RAPS e da própria função deste tipo de serviço, como podemos observar nos relatos abaixo:

Psi: Consigo, eu acho que a proposta nacional, a proposta da RAPS até no sentido de Rede de Atenção Psicossocial, ela tenta quebrar um pouco da centralização da história da saúde e da doença mental e da história da psiquiatria. E, em relação à figura do médico, que eu acho que é uma coisa que a gente tem caminhado muito e é muito desafiador porque ainda dentro do hospital a figura do médico é central. [A RAPS] porque parece que ela rompe com a figura e com o ego do médico que ele até hoje não consegue aceitar isso. E, é uma figura imprescindível dentro dessa construção, mas também é uma figura de poder, até hoje foi lhe dado muito poder e ele não perdeu isso, então, há uma desconstrução continua, acho que é algo que ainda teremos muitas discussões.

Med: Com relação à política eu tenho minhas ressalvas. Acho legal a rede CAPS, mas fico pensando que ainda precisamos do hospital. Claro não estou dizendo do manicômio naqueles moldes. Mas sim do leito hospitalar desse cuidado mais intensivo mesmo, como falaram no grupo, mandamos um paciente para o CAPS, um

paciente que precisava de cuidados intensivos e deixaram esse paciente fugir, como assim? Então acho que hospital tem mais estrutura. Então tenho minhas ressalvas, mas acho que a intersetorialidade representa um avanço para a política, não sei se ela é efetivada plenamente, mas só o fato de estar no papel já um grande passo.

Embora haja o reconhecimento da relação entre a saúde mental e a intersetorialidade, os entrevistados dão ênfase ao processo de construção da RAPS, pois justamente na constituição desta rede há referência explícita aos processos intersetoriais. O embate entre os modelos, no âmbito dos relatos dos entrevistados, se projeta para o cotidiano profissional. Para *Psi*, a RAPS quebra um pouco a hegemonia médica, mas o que fica entendido, é que com a RAPS também se diversificam as formas de abordar as demandas da saúde mental não ficando restrita a uma visão clínica. Já Para *Med.*, apesar de reconhecer a relação mencionada questiona o modelo de atendimento do CAPS, por, nitidamente, não confiar na estrutura institucional, referindo-se também a composição e organização do cuidado pela equipe.

Uma das entrevistadas reconhece a relação entre os termos, mas preocupa-se com a situação do serviço diante deste contexto:

Enf: Acho que a política até estimula mesmo, a última conferência de saúde mental foi intersetorial, né? Então a política tem estimulado a intersetorialidade, o trabalho em rede, né? Temos a RAPS, que não sei como vai ficar pra gente aqui, como falei no grupo, pois a RAPS não prevê o nosso tipo de serviço. Mas sim, pontos de acolhimento dentro da própria rede, leitos em hospitais gerais, mas aqui temos essa dificuldade, os hospitais não querem atender, e a gente é que tem os leitos, que tira o paciente da crise e encaminha para o CAPS. Mas na política isso está contemplado, agora não sabemos como operacionalizar isso.

Outra profissional, no entanto, não consegue perceber a relação entre a intersetorialidade e a saúde mental no âmbito político.

As: Eu não consigo visualizar essa dimensão política, assim para estar explicando, né?

Indagados se a intersetorialidade é pauta nas discussões promovidas pela gestão no âmbito da política de saúde mental do município, as respostas mais uma vez se dividem, entre aqueles que acham que a intersetorialidade é pauta da gestão, embora com dificuldades e percalços, e outros que taxativamente negam esta possibilidade. Em ambos os casos, os profissionais descrevem as dificuldades de implementação da intersetorialidade por parte da

gestão, principalmente, no tocante ao fortalecimento da RAPS. Os embates recaem mais uma vez nas mudanças políticas que visivelmente impactam a produção da assistência na saúde do município. Vejamos os relatos daqueles que afirmam que a intersectorialidade é discutida pela gestão:

Enf: É pauta sim, mas as mudanças políticas atrapalham muito, você tem uma equipe que trabalha e faz uma articulação intersectorial, tem gestores sensíveis e de repente muda tudo, as pessoas são demitidas e a gente não sabe que vem pra cá, eu mesma estou quase saindo daqui, mas é assim mesmo.

Med: Rapaz, muito pouco, quando cheguei aqui tentei fazer umas discussões, mas logo depois se muda a equipe, e tudo se perde, vejo o mais o incentivo para o trabalho em rede, mas sobre a intersectorialidade propriamente dita não.

Fica evidente que os profissionais têm dificuldade em perceber a dimensão política da intersectorialidade na política de saúde mental, talvez, como seja uma dimensão que não participem efetivamente, como sabemos as arenas decisórias não são democráticas, o que restringe a percepção dos profissionais sobre as discussões no âmbito das práticas. Entretanto, os entrevistados não percebem que o tema da rede e do trabalho em rede na saúde mental reflete uma modulação do debate da intersectorialidade com o campo, assumindo um papel de mecanismo ou estratégia para viabilizar o cuidado em saúde mental. Vale destacarmos nestes relatos o peso que a mudança da gestão provoca na organização dos serviços e dos processos.

No entanto, há quem afirme que a gestão não facilita os processos intersectoriais necessários para a implementação da RAPS no município, vejamos os relatos:

As: Acho que não é pauta, em nenhum momento, nem no serviço.

Psi: A fala do município está muito amparada no que aquilo que a gente já apresenta no Estado, mas assim, muitas coisas ficam meio intimidadas diante de uma acomodação, como se tem ainda muitos leitos em hospitais psiquiátricos, então, alguns serviços que já poderiam ter saído a nível municipal não saem e parece que agora com o fechamento do hospital São Pedro, força a barra que esses serviços possam sair, então a intersectorialidade entra ainda meio que forçada por uma questão política. Se você pegar as portarias sobre urgência e emergência estão todas inclusas e a psiquiatria entra no meio no bolo, quer dizer, tudo tem que ser tratado no mesmo espaço. Não que ter nenhum tipo de divisão, separação, de exclusão eu não tenho que pegar os pacientes psiquiátricos em outro espaço que geralmente é tratado lá nos fundos do hospital [fazendo uma crítica ao próprio serviço] [...] Então nas políticas públicas para o município de João Pessoa, isso também acontece. Desde 2010 que foi pactuado mais um CAPS III para o município, desde 2010 tem verba para se abrir o serviço e até hoje não foi aberto, quatro anos depois. Porque não? Deixa como estar! Deixa a coisa funcionando como estar, pois de certa forma está atendendo, não existe caos, mas quando começa a existir caos, e agora com o

fechamento do Hospital São Pedro, com a diminuição dos leitos passa a existir certo caos, então quando isso acontece aí passam a apressar as coisas.

O entrevistado *Psi.*, afirma de forma contundente que a atual gestão não tem interesse no debate e nem na implementação da intersetorialidade e da RAPS. Que há uma distância entre as disposições da política nacional com a postura da gestão. Ressalta que apenas com pressão, seja dos profissionais ou da própria demanda, a gestão se “obriga” a responder a estas exigências. Esta falta de comprometimento da gestão para o profissional está expressa na morosidade em que o município implementa os demais serviços da rede, necessários para a conformação da RAPS.

Diante deste contexto, indagamos dos profissionais se existem canais de comunicação entres os setores da rede de saúde. As respostas são difusas, os profissionais reconhecem alguns mecanismos de comunicação como as reuniões com as coordenações, por exemplo. Mas fazem também referência à rede de relações dos profissionais e outros ainda taxativamente negam a existências desses espaços. Vejamos os relatos:

Psi: A gente tenta né, tem gente que consegue até fazer isso de modo mais pessoal, mas diretamente com os outros serviços ainda é muito pontual e isso só acontece em alguns casos bem mais pontuais e algumas pessoas conseguem isso com bem mais facilidade porque forçam mais e outras pessoas não estão dispostas.

Enf: Acho que o canal é a própria coordenação de saúde mental que deveria fazer uma articulação entre os serviços e aproximar mais a gente, então, tem as reuniões com a coordenação, às vezes, um debate num evento, mas nada sistematizado.

As: Nós não temos esse canal de comunicação.

Fica evidente que não há espaços de comunicação institucionalizados na rede para o compartilhamento das ações e das experiências, mas sim o esforço constante destes profissionais em tentar estabelecer uma via de diálogo seja com a própria gestão ou com os outros dispositivos da rede assistencial.

No ensejo questionamos sobre os espaços de pactuação política no âmbito da gestão com características intersetoriais. As respostas continuam as mesmas, ou seja, a pouca evidência destes espaços ou apenas em momentos pontuais como revelam os entrevistados:

Psi: Eu acho que isso também acontece de maneira pontual e acho que isso poderia ser mais regular, [...] quando o São Pedro fechou. Shirlene [coordenadora de Saúde Mental do Estado] aqui do Estado convocou uma reunião da primeira região toda para falar sobre as necessidades e de como fazer para os serviços estarem se equipando de forma melhor, para cobrir essa demanda e eu achei a reunião muito

morna, vou ser redundante, foi uma coisa pontual, não se fez nenhum encaminhamento [...]

Enf: Não sei [pausa] acho que a coordenação mesmo, como eu falei, a gente sempre se reúne para compartilhar as experiências da rede, mas é entre a gente, direção e coordenação.

As: Eu acho que o CAPS consegue trabalhar melhor, eu vejo um envolvimento muito grande dos profissionais. Eu acredito que o CAPS tenta fazer, pelo que ele acompanha no território, eles fazem a visita, então eles estão vendo como esses sujeitos estão circulando entre os equipamentos sociais, então o CAPS tenta fazer.

Portanto, os profissionais percebem que não há espaços efetivos de pactuação política que preserve as características atribuídas à dimensão política da intersectorialidade. Desta feita, as ações de saúde desencadeadas por esses profissionais constituem mais como arranjos do que como uma prática intersectorial, pois acreditamos que em certas questões os profissionais não têm governabilidade na pactuação dos acordos. Todavia, como podemos perceber, há esforços significativos e movimentos por parte dos profissionais que tentam colocar a intersectorialidade em pauta no âmbito dos serviços e também da gestão.

EIXO: Dimensão Técnica da intersectorialidade

Indagamos dos profissionais quais as políticas e serviços que são mais acionados por eles na condução dos trabalhos. As respostas apontam que os setores mais demandados são os da própria saúde, como os CAPS, que tem um acesso mais fácil com o demais dispositivos da rede, com os hospitais e outras unidades de saúde. O Serviço Social e a Psicologia afirmaram que a política de Assistência social é muito acionada principalmente na questão da criança e dos adolescentes, por meio do conselho Tutelar, CRAS e CREAS. Vejamos os relatos:

Med: Aqui mesmo demandamos muito dos hospitais, daqui mesmo do Ortotrauma, dos CAPS, assim os que eu mais encaminho, mas os outros profissionais devem acionar outros.

Enf: Aqui precisamos muito do CAPS mesmo, do Conselho Tutelar e fazemos outras articulações quando são necessárias, pois aqui é um serviço de urgência, né? Então acaba que os pacientes não ficam muito tempo, mas mesmo assim tem aqueles que vêm sempre, que a gente acaba ajeitando para ficar um pouco mais e nesses casos a gente acaba fazendo algumas articulações para conduzir o caso.

As: Utilizamos muito a Política de Assistência Social, os CRAS, principalmente para as mães que estão grávidas.

Psi: Trabalhamos bastante também com o Conselho Tutelar, com CREAS que a gente tem uma parceria e temos trabalhado bem. De modo que demandamos mais do CAPS que é a porta de entrada para as unidades de acolhimento dentre outras coisas

Por se tratar de um serviço que tem a particularidade de atender as urgências e emergências em saúde mental, os setores mais acionados são os que podem dar suporte a esta demanda como os próprios CAPS, hospitais e unidades de saúde. Todavia, como percebemos pelos depoimentos, as demandas atendidas pelo PASM também são de ordem complexa. Embora a equipe esteja preparada para o atendimento da crise, a complexidade dos casos em suas estruturas objetivas e subjetivas associadas à fragilidade da rede faz com que a equipe acabe realizando um atendimento para além de sua estrutura, como ficou claro, por exemplo, no depoimento da enfermeira.

Este fato nos leva a considerar que mesmo com o embate entre os modelos (psicossocial e asilar) alguns profissionais são imbuídos de uma noção de cuidado mais alargada do que meramente o atendimento da crise em si. Esse fato também foi verificado nas observações realizadas no serviço, quando identificamos que alguns profissionais fazem concessões aos usuários deixando-os por um período mais prolongado. Esses profissionais tentam articular a rede para atendimento de demandas sociais e emocionais destes pacientes como encaminhamentos para acesso aos direitos, medicamentos, cestas básicas, acompanhamento psicológicos entre outras coisas. Essas brechas na condução do atendimento são feitas em parceria com outros membros da equipe (não todos) que se revezam nos plantões e na cobertura desses casos.

Neste sentido, indagamos dos entrevistados sobre como eram feitas estas articulações com os demais serviços da rede. As respostas, não demonstraram o mesmo vigor das relações descritas na questão anterior e nem com as nossas observações, como nos informam:

Psi: Via telefone e pontual em relação aos casos.

Med: Não sei. Acho que por encaminhamento mesmo referência e contra referência.

AS: Utilizamos um encaminhamento, realizo por meio de protocolo que foi criado por este serviço que é o protocolo de encaminhamento de rede. Então este protocolo estava restrito apenas para os outros serviços de saúde como o PSF, CAIS, CAPS, Policlínica. Mas depois que eu cheguei ao serviço fui tentando conversar com a equipe das assistentes sociais que uma das nossas funções aqui é articular a rede, encaminhar, acolher e acionar os equipamentos sociais. Então, utilizando esse protocolo agora a gente já faz encaminhamento para o Conselho Tutelar, para o CRAS, e telefono tento contato com direito com o serviço e oriento o usuário.

O PASM parece um serviço bastante burocratizado e sob vigilância por parte da gestão. Atendem uma demanda muito delicada que seja a crise em saúde mental que como verificamos em nossa análise bibliográfica é algo ainda que carece de debates e definições, pois possui posicionamentos divergentes entre aqueles que coadunam com os princípios da

reforma e o que reforçam o discurso médico-psiquiátrico. Talvez, sem querer assumir outras formas de articulação os entrevistados foram bastante polidos em seus comentários.

Mesmo prevendo as respostas, questionamos os participantes se há alguma articulação com as redes de apoio social. Taxativamente os profissionais negam este tipo de articulação, justificando suas respostas no argumento que não é função do serviço realizar este tipo de ação.

Enf: Não fazemos esse tipo de articulação porque não é perfil do nosso serviço isso fica a cargo do CAPS.

Med: Também não sei, achamos que isso quem deve fazer mais são os CAPS, nós somos urgência, né?

As: A rede de apoio social que temos resume-se a uma lista de telefones e a partir desses números entramos em contato.

Todavia, um profissional faz uma revelação que dependendo do caso essas articulações são feitas sim, vejamos seu relato:

Psi: Acho que não. Assim, quando o usuário chega e tem uma identidade, assim, quando vem encaminhado por alguém conhecido, às vezes um colega nosso, aí temos um maior cuidado em fazer outras articulações, com outros setores, com ONG, família, aí as pessoas comentam, “há esse aí a gente tem que tomar cuidado porque é assinado”, mas o que é exceção deveria ser regra, todos deveriam ser tratados assim, virem com uma história, com uma identidade.

O profissional revela que determinadas articulações são feitas quando o usuário é encaminhado por algum conhecido, amigo ou colega de profissão. Nesse caso, as articulações são construídas para atender algum interesse em particular, que obviamente não é motivado por uma preocupação com o usuário, mas sim na manutenção dos vínculos que fortalecem a rede de relacionamento pessoal de alguns profissionais. Ou seja, os profissionais colaboram também com a criação de arranjos intersetoriais que vem de fora. Em nossas observações, verificamos também encaminhamentos e pedidos de atendimento feito ao PASM por gestores e até mesmo por políticos. Neste sentido, o profissional questiona que este zelo em cuidar adequadamente deveria ser uma “regra” para todos. Em nossa análise, esta situação caracteriza-se como uma negação de outras possibilidades de atendimento para ampla maioria dos casos.

Por fim, diante dos aspectos mencionados, perguntamos aos profissionais se eles acreditavam que a prática intersetorial é vivenciada pela equipe. Os depoimentos se dividem

entre aqueles que acreditam que de alguma forma a intersectorialidade acontece e outros que negam com veemência sua vivência pela equipe. Vejamos os relatos:

Enf: Acho que com muita dificuldade e de forma descoordenada, pois temos muitas equipes, temos os diaristas, os plantonistas, então, cada equipe tem um perfil, vejo que os diaristas, até mesmo pelas condições de trabalho tentam mais, mas a noite e durante os plantões fica complicado né, geralmente as demandas ficam para a equipe diurna do dia seguinte.

Med: Acho que de certa forma, quando fazemos contato com outros serviços, até mesmo da saúde, quando tentamos manter uma comunicação para dar continuidade ao tratamento do paciente, acredito que estamos vivenciando um pouco a intersectorialidade. Um pouco, né? Pois para ser ideal teríamos que contar mesmo com esses serviços e não ficar quase pedindo favor.

O serviço está organizado com equipes de diaristas e de plantonistas em turnos distintos, de certa maneira essa forma de organização nos impede de afirmar se a prática intersectorial é vivenciada pela equipe. O que nos parece que ela pode acontecer em alguns momentos quando há um esforço de articulação com os serviços da rede, ou até mesmo com os próprios CAPS, no entanto no formato de arranjos diversificados. Todavia, embora não realizando uma prática intersectorial vale a compreensão que em algumas ações estes profissionais conseguem visualizar elementos que atribuem à intersectorialidade.

No entanto, os depoimentos que negam a vivência desta prática são também bastantes enfáticos em suas considerações.

Psi: Não é vivenciada. Apenas de forma pontual.

As: Não. Porque a gente tem uma dificuldade primária de conceituar o que é intersectorialidade, desse entendimento, temos dificuldade de não ter essa equipe fixa ou de matriciamento, então não é vivenciada de forma nenhuma.

O depoimento da assistente social é contundente quando revela que a equipe tem dificuldades em conceituar a intersectorialidade e em virtude também da inexistência de uma equipe permanente, fica impossível construir este tipo de prática.

Indagados se suas ações efetivam os princípios da reforma, as respostas foram variadas. Dois dos entrevistados fizeram referência à desinstitucionalização do usuário da saúde mental, embora, nessa concepção preserve ainda o lugar para o internamento. As outras duas respostas tratam da intersectorialidade e da prática intersectorial, o que nos leva acreditar que os profissionais a compreendem como um princípio da reforma, mas pelos discursos afirmam que a mesma não é efetivada. Vejamos os primeiros depoimentos:

Enf: A desinstitucionalização talvez seja o mais evidente, mas mesmo assim temos muito que fazer ainda, temos aí os hospitais psiquiátricos né que, claro, não são como há dez ou 20 anos, mas são hospitais, afastam o usuário da família e para muitos ainda são um depósito de gente, aqui mesmo as vezes chega um familiar que quer jogar o paciente aqui por vários meses, aí a gente explica que a internação aqui é breve que é para tirar da crise, e eles ameaçam, dizem que vão levar para o hospital, assim, é muito complicado

Med: Acho que já falei isso né, mas vamos lá. A questão de o paciente poder conviver em seu ambiente, ter contato com a família, e não ser mais jogado por anos a fio num hospital psiquiátrico, as internações precisam acontecer sim, mas só quando necessárias, e não como faziam antes.

Embora os entrevistados considerem a desinstitucionalização, a referência ao internamento ainda é bastante forte, tanto do ponto vista clínico quando da cultura da população que demanda este tipo de serviço. Sabemos que muitos pacientes foram abandonados por seus familiares nas instituições psiquiátricas perdendo os vínculos e contato com a comunidade. Os entrevistados ressaltam que as condições do internamento hoje se dão de outra forma, e mesmo reconhecendo a importância de não isolar o usuários do convívio familiar afirmam ainda assim a necessidade deste procedimento.

Os demais depoimentos fazem uma leitura desta postura a partir dos elementos proporcionados pelas discussões em torno da intersetorialidade.

Psi: Quando a gente “faz intersetorialidade” de certa forma a gente está quebrando com a segregação que tira sua complexidade e dá identidade. E a intersetorialidade, quando a gente tem vários olhares, cuidando daquela pessoa tratando desse cuidado, isso impede e minimiza os erros, as rotinas, as cronificações do serviço e das mentalidades. E acho que é isso a grande luta da reforma e se a psiquiatria fala em usuário cronificado, mas quem está cronificado? Será que não é o serviço que está cronificado? Que está habituado a fazer sempre isso?! Então acho que a intersetorialidade entra nisso, uma ação em conjunto, tanto a nível profissional, quanto em nível de serviços e entre serviços.

Para o entrevistado a intersetorialidade rompe com a visão asilar que ainda impregna os serviços e que parece mais forte no PASM. No entanto, a simples ideia de se garantir uma equipe com formações distintas, diversificando a forma de olhar para o problema favorece um conjunto de mudanças tanto na abordagem profissional quanto nas ações entre os serviços. Entendemos que a narrativa que molda a intersetorialidade no campo da saúde mental, nas palavras do profissional, pode favorecer a construção de novas identidades, novas posturas e ações frente à loucura. Claro que não de todos, pois cada profissional interage com essa

narrativa de forma diferente, mas ela está lá no serviço, provocando tensões e conflitos e impedindo a supremacia do modelo manicomial.

Portanto, como podemos observar os entrevistados do PASM revelam posicionamentos muito divergentes com relação aos princípios da reforma, da intersetorialidade e da instituição da RAPS, o que reforça a pluralidade de posturas e de práticas presente neste campo. Nesse sentido, não podemos negar que os elementos que caracterizam a prática intersetorial e principalmente a noção do cuidado estão presentes nas discussões da equipe, mesmo que não se materializem em ações concretas, mas a existência do debate evita o sufocamento da equipe sob o discurso do modelo manicomial e excludente.

EIXO: Dimensão profissional

Com relação à dimensão profissional, indagamos dos profissionais como o núcleo profissional absorve as discussões em torno da intersetorialidade. Os depoimentos apontam diferenças entre a abordagem das discussões pelos núcleos profissionais dos entrevistados, vejamos os relatos:

Enf: Não sei dizer, pois tudo que sei hoje de saúde mental, rede, eu vi na prática e nas formações. Não vejo a enfermagem discutir muito isso não, talvez mais as enfermeiras da saúde coletiva na universidade, o que vejo mais é a preocupação com a prática, em atender, em fazer as coisas mesmo.

Med: Acho que mais o pessoal da saúde coletiva. Na minha formação, eu não vi nada disso, era apenas a parte clínica mesmo, então não vejo. Ao menos não conheço médicos que trabalhem, ou que discutam esses temas. Assim, mais o pessoal que é envolvido na academia, na saúde coletiva, mas dizer assim, a medicina discute esses temas, acho que não.

Os entrevistados afirmam não terem visto conteúdos relativos à saúde mental e sobre a intersetorialidade em suas formações, mas reconhecem que aqueles profissionais que lidam com a Saúde Coletiva, entendida como o campo do conhecimento, estejam mais envolvidos com a discussão. O debate em torno da intersetorialidade, como evidenciamos em nossa análise bibliográfica, acontece de forma mais consistente no campo da Saúde Coletiva com uma intensa publicação sobre o tema. Curiosamente os profissionais atuam nesse âmbito, dos serviços públicos de saúde, e não abordam tais conteúdos em sua formação. Dessa forma, a falta de formação neste âmbito foi “compensada” pelos conteúdos do campo da saúde mental, que incorporaram as discussões sobre a intersetorialidade na rede discursiva do campo

conformando uma formação a partir das experiências e vivências no cotidiano profissional. Apenas a profissional do núcleo de Serviço Social afirma que sua categoria vem discutindo a intersetorialidade de forma mais intensiva:

As: Eu acredito que é uma das categorias que vem avançando nessa discussão que vem publicando cientificamente e tomando isso como uma competência mesmo, uma competência profissional, mas também sinto um afastamento muito grande dessa discussão no âmbito da teoria para a prática nos serviços.

De fato, algumas produções mais recentes sobre a intersetorialidade são oriundas deste núcleo do conhecimento e principalmente na interface com a saúde mental, a partir da emergência deste campo como mais um espaço sociocupacional para os assistentes sociais. A categoria tem empreendido investigações empíricas sobre a reforma psiquiátrica, a prática nos serviços substitutivos e também na interlocução da intersetorialidade, já tratada pelos assistentes sociais no âmbito de outras políticas, com as demandas específicas da saúde mental.

Sobre os objetivos profissionais dentro do serviço, os profissionais destacam o esforço de integrar a equipe e melhorar a estrutura do serviço e também na prestação de um serviço de qualidade.

Enf: Acho que apoiar essa equipe. Eu tentei fazer meu melhor, consegui alguns projetos, tipo a ampliação do prédio para mais vagas, mas não depende só da gente né, tem toda uma questão política por trás. Mas acho que meu objetivo foi esse, facilitar as coisas para essa equipe, informar, formar, tentei montar um grupo de estudo aqui dentro para facilitar as discussões, mas vamos ver se isso se manterá.

Med: Meu objetivo é atender bem os pacientes da melhor forma possível, fazer o encaminhamento seguro, poder contribuir com a melhora do seu quadro geral de saúde. Por isso, gosto de pedir exames, para destacar todas as causas e saber se o problema realmente decorre de um transtorno mental ou é algo orgânico.

As: Acho que ver esse atendimento em equipe funcionar, numa perspectiva de horizontalização dos saberes, de uma discussão de caso, então, ver isso acontecer, esse é meu principal objetivo.

Os profissionais não escondem o desejo de melhorias no trabalho em equipe, de ver certas questões acontecerem no âmbito dos serviços, até mesmo uma atenção clínica de maior qualidade. Porém, esses desejos também escondem certa frustração com o serviço que encerra perspectivas de trabalho distintas como os depoimentos demonstram. Neste sentido, um dos entrevistados aponta a mudança de objetivos a partir de sua inserção em serviços com orientações diferentes vejamos o relato:

Psi: Eu tendo fazer diferente, eu antes estava mais animado para mudar o PASM do que ele vinha fazendo, mas eu dei uma freada nisso aí. Eu amadureci porque eu passei a ser o psicólogo do CAPS e aprendi a discordar também da minha função enquanto psicólogo dentro do PASM e passei por uma fase de tentar lutar, para mudar o olhar em relação aos colegas e assim por diante e agora acho que estou num momento em que me seguro um pouco mais e dentro do que estou fazendo tento fazer diferente, mas acho que hoje eu estou numa atividade mais pontual, para usar essa palavra que eu usei durante a entrevista toda.

O profissional revela sua “empolgação” quando de início do seu trabalho no PASM, mas quando assumiu a função de psicólogo do CAPS passou a questionar sua postura dentro do outro serviço, buscando agora a mudança dos colegas. Seu relato também revela a tensão que alguns profissionais vivem dentro do serviço, ao passo que ele tem que se policiar para evitar certos conflitos. Talvez, não vendo possibilidade de outra forma de atuação dentro do PASM, o profissional considera que sua atuação é “pontual”. Mas o interessante foi à mudança de postura diante do serviço a partir da convivência com outra equipe pautada pelo modelo de atenção psicossocial. Notadamente o profissional viu suas convicções anteriores modificadas pelo novo contexto, o que revela que a rede discursiva do campo favorece a formação das identidades. Parece evidente que neste aspecto da identidade também temos que considerar os próprios conteúdos culturais e simbólicos do profissional.

No tocante aos objetivos institucionais do PASM, os profissionais descrevem o que consta no projeto organizativo do serviço que seja retirar o paciente da crise e fazer as articulações de rede, mas também revelam as dificuldades que enfrentam para efetivarem estes objetivos.

Enf: O objetivo do PASM é atender, tirar o paciente da crise e direcionar ele para a rede CAPS. Parece simples, né? Mas só vendo os embates que temos para garantir isso, são vários problemas, principalmente com os outros municípios da região metropolitana de João Pessoa, a falta de estrutura desses serviços acaba por sufocar a gente.

Med: O objetivo do PASM é tirar da crise mesmo, é devolver um conforto para o paciente e para a família que sofre muito com tudo isso, então tiramos da crise, vemos a melhor escolha terapêutica para esse paciente e tentamos direcionar para a rede, para serviço como CAPS, ou para serviços de psicologia, serviço social, psiquiatria etc.

No entanto, um dos profissionais, afirma que o PASM vem lutando para continuar no modelo manicomial, mas meio arrependido do seu comentário enfatiza a atenção à crise e sua regulação para os demais serviços disponíveis sem fazer distinção se é CAPS ou um hospital.

Psi: Acho que o PASM vem lutando para continuar ser uma coisa que até pouco tempo atrás continuava sendo um manicômio... [não termina a frase] [pausa] [inicia uma nova colocação]. Momento para atender a crise, estabilizá-la e mandar para os serviços que estão disponíveis, se tiver hospital vai ser privilegiado e se tiver CAPS vai ser [pausa] eu não vejo que o PASM vá se revolucionar por conta da intersetorialidade não.

Então, se consideramos que o objetivo do serviço limita-se ao atendimento da crise e o posterior encaminhamento dos usuários para os demais dispositivos da rede podemos firmar que este objetivo é realizado no âmbito do serviço. No entanto, a falta de respaldo político da gestão na composição e organização da rede, bem como a própria indefinição do serviço no contexto da RAPS deixa os profissionais numa situação de incerteza profissional o que precariza a efetivação, mínima que seja das articulações com a rede.

Sobre o encaminhamento das demandas, indagamos dos profissionais sobre a forma como são realizados. Os comentários descrevem uma situação de encaminhamento para um CAPS, e que nesse aspecto, são pactuadas e negociadas vagas e a permanência no serviço como bem demonstra o relato:

Enf: Quando é um caso como já falei assim, mais complicado, eu mesmo ligo e tento fazer uma negociação com o outro serviço. Fazemos muitos acordos aqui, às vezes, atendemos o paciente, mesmo sem ter vaga, mas ele fica aqui e a gente consegue um CAPS para pernoitar e vice-versa.

Mesmo com as dificuldades de cooperação entre os dois serviços, verificamos a via do diálogo no debate dos casos e na pactuação de alguns atendimentos. No entanto, um dos profissionais menciona os arranjos efetivados apenas com os profissionais da mesma categoria, desconsiderando o discurso da própria equipe onde tenta conseguir uma vaga. Vejamos o exemplo,

Med: Quando é para entrar em contato com o CAPS, e se for para falar com o médico eu mesmo ligo para fazer o encaminhamento, agora quando é para falar com outra pessoa, prefiro deixar para as meninas do Serviço Social fazerem, ou, até mesmo a direção porque não tenho paciência sabe, pô, eu sei o que estou fazendo, né!

O profissional não considera dialogar com os demais profissionais da equipe do CAPS. Decorre sua incompreensão ou falta de abertura para o diálogo com posições diferentes da sua, fazendo-o apenas considerar os profissionais de seu núcleo profissional por, supostamente, terem uma leitura mais próxima de suas concepções. Assim, configura-se um encaminhamento unilateral sem considerar os demais saberes e a opinião do outros

profissionais. Mesmo integrando uma equipe que teoricamente as decisões deveriam ser tomadas de forma coletiva, a posição que seu saber se encontra no campo da saúde o coloca numa situação privilegiada e de supremacia de seu conhecimento.

Este fato reflete-se na questão seguinte, quando questionamos os profissionais sobre as categorias que mais facilitavam o trabalho em equipe no serviço. As respostas revelam estas categorias, mas também não esconde a categoria que mais dificulta a interação entre a equipe. Vejamos os depoimentos:

Psi: A gente conversa bem entre Serviço Social e Psicologia, a Enfermagem, os técnicos e os médicos parecem que formam outro grupo, o do diagnóstico, medicalização e estabilização, a gente que tenta quebrar um pouco disso porque a gente traz um pouco desse olhar, o contexto pelo social, o resgate dessa história toda, tem um resgate todo diferencial desse usuário e acho que até dentro do Serviço Social só com algumas pessoas a gente consegue fazer isso

As: Psicologia e Serviço Social. E os que não ajudam mesmo são os médicos psiquiátricos, principalmente aqueles com histórico de trabalho em hospitais psiquiátricos. A equipe de enfermagem é dividida, tem aquela equipe que veio do hospital psiquiátrico e os novos, com os novos é bem mais fácil trabalhar.

Observamos que os profissionais médicos aparecem como a categoria, que de certa forma, tem mais dificuldade com o trabalho em equipe, ao ponto de formarem uma equipe à parte do serviço. Entretanto, uma das entrevistadas ressalta que talvez não seja bem a categoria, mas sim a pessoa que tem dificuldades com esta dinâmica de trabalho.

O modelo asilar ainda é muito forte dentro do campo da saúde mental, e mesmo não sendo hegemônico do ponto de vista político, no âmbito das práticas sociais ele ainda estrutura diversos processos de trabalho e de cuidado no âmbito do serviço. Todavia, ressaltamos que este debate aparece sob, como já observamos, argumentos ditos científicos, reformados e mais humanos, mas que preservam ainda a lógica do isolamento desconsiderando a abordagem psicossocial. Este embate dentro do campo divide os profissionais e produz diversos arranjos, práticas, posturas e identidades. Como se vê, mesmo aqueles profissionais que dentro do PASM parecem se alinhar com a narrativa da reforma em algum momento também utilizam elementos do modelo asilar. Há, portanto um imbrincamento destas posições que tem gerado essa clivagem entre os modelos.

Esta clivagem, por sua vez, reflete-se nas dificuldades que os profissionais encontram no encaminhamento dos usuários na rede de saúde.

Psi: Acho que minha maior dificuldade é fazer isso em equipe, pois quando é uma conduta que já é estabelecida pelo médico, ou quando é discutida com ele, às vezes, isso se individualiza numa ação só da Psicologia ou só do Serviço Social, acho que isso é que enfraquece, e o que entristece muitas vezes é, eu estar encaminhando para um ambulatório e saber que o ambulatório não vai dar conta ou às vezes a gente precisa de um encaminhamento emergente para aquele usuário e a gente não sabe para onde encaminhar porque os serviços já estão inflados, às vezes o primeiro atendimento é marcado para 45 dias ou dois meses.

A dificuldade elencada por este profissional decorre principalmente da individualização do encaminhamento, pois nos parece que acaba que o profissional tenta sozinho dar conta da demanda que lhe é posta, pois a equipe tem dificuldades em acordar uma conduta única. Outro fator decorre da própria fragilidade da rede que demora na prestação do atendimento quebrando assim o esforço, mesmo que isolado, do profissional que tenta garantir a continuidade da assistência.

Outra dificuldade mencionada refere-se à falta de compreensão dos serviços de saúde da própria condição dos usuários, restringindo o seu atendimento à saúde mental, pois desconsidera a noção de cuidado e a integralidade do indivíduo.

As: A maior dificuldade é que muitos serviços de saúde quando percebem que é um usuário com transtorno, ou usuário de álcool e drogas retornam o paciente apenas com uma mera transferência de responsabilidade pra gente. Porque o usuário da saúde mental não é tido como usuário da política de saúde, da assistência, da educação, ele é tido apenas como de saúde mental, como se ele não adoecesse, que não precisasse de uma escola, ou de uma instituição social ou jurídica. Ele é visto apenas como um paciente da saúde mental, como apenas um transtorno.

Esta queixa também foi recorrente em outras entrevistas e principalmente no debate promovido nos grupos focais. A falta de acesso dos profissionais de saúde, que estão fora da rede de saúde mental, à rede discursiva deste campo e da narrativa da reforma, promove ações fragmentadas que reduzem os indivíduos a suas patologias. Esta dificuldade reforça o estigma e o preconceito sobre as pessoas com transtorno mental com recorrência ao discurso da periculosidade dos usuários que encerra na negação dos seus direitos mais básicos, o direito ao atendimento à saúde sem qualquer distinção, por exemplo.

Portanto, fica claro que para alguns entrevistados a proposta da RAPS desconsidera o saber médico e marginaliza o profissional frente ao trabalho em equipe. Assim, os profissionais médicos negam a RAPS, enquanto os demais entrevistados reconhecem que a proposta precisa ser revista por conta dessa problemática. No entanto, os entrevistados

reconhecem a construção de arranjos intersetoriais que depende quase exclusivamente do esforço de alguns profissionais. A intersetorialidade é reconhecida como importante para a construção da atenção mais integral, mas para os profissionais ela também envolve a gestão, para viabilizar as articulações em rede.

6.4 Análises das entrevistas: CAPS ad

No CAPS ad David Capristino foram entrevistados três profissionais, dos quais: dois psicólogos e uma assistente social. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço e agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os profissionais foram identificados pelas iniciais do seu núcleo profissional seguido por um algarismo para diferenciar os profissionais de uma mesma categoria.

EIXO: Dimensão Política da intersetorialidade

No tocante à relação da intersetorialidade com a política de saúde mental, os profissionais conseguem visualizar esta relação principalmente nos documentos políticos que orientam a atuação nos serviços, mas ainda reconhecem a necessidade de avanços para colocar algumas disposições em prática, como bem demonstram os depoimentos:

Ps1: Eu vejo que a política está bem relacionada com a intersetorialidade, pois há entre os diversos setores, discussões, avanços e modificações para que a intersetorialidade seja ampliada cada vez mais. Assim, beneficiando os setores que realizam o tratamento em saúde mental.

As: No papel realmente existe e aí até porque eu acho que toda política tem que se articular com outras políticas, né? Então está lá [se referindo as leis]. Mas acho que ainda estamos tentando, estamos engatinhando. É tudo muito novo e a gente vai tentando aos poucos colocar isso em prática e estar tirando do papel.

Outro entrevistado faz uma análise mais profunda da relação da intersetorialidade com a política de saúde mental, evidenciando a relação com os processos de cuidado, com a territorialidade e com a descentralização da assistência.

Psi2: A política de saúde mental foi construída diante de vários questionamentos do modelo anterior, que era um modelo fechado, centrado e hospitalocêntrico. E ela só pode ser construída a partir de algumas possibilidades de articulação. E eu acho que essa relação entre a intersetorialidade e a saúde mental é tão próxima que embora não apareça em alguns documentos, eu acho que ela dá uma base para um processo de cuidado aberto, de cuidado no território de um cuidado descentralizado. Toda política de saúde mental o cuidado deve ser descentralizado, ele deve ser territorializado, ele não se pauta pelo internamento, e nesse sentido a intersetorialidade trabalha nessa relação para efetivar esse cuidado mais aberto e que não um internamento. É uma relação muito próxima, mas ao mesmo tempo pouca efetivada. Mesmo no campo da política, a questão é que todo mundo fala na intersetorialidade e há uma confusão muito grande, e se estão mesmo fazendo a intersetorialidade. Os discursos colocam isso, as pessoas que são versadas sobre o tema de saúde mental privilegiam o componente da intersetorialidade, mas para por aí.

Para o profissional, apesar desta relação tão próxima entre os dois campos, há uma profusão de discursos e de vertentes, que para ele, confunde um pouco o debate e o faz questionar se a intersetorialidade está mesmo sendo efetivada. Para o entrevistado, no debate teórico, este componente é valorizado, mas nos parece que em sua opinião a intersetorialidade fica restrita apenas no âmbito da discussão. Parece interessante notar, que para o profissional, o auxílio ao recurso da intersetorialidade está por dentro da construção do próprio cuidado e das práticas sociais. Embora também reconheça sua dimensão política, a modulação que o tema fez no campo da saúde mental está na própria definição de cuidado que este campo tenta construir. Fica claro que a noção do cuidado referida, é o novo *ethos do cuidado*, que na saúde mental vai além das condições clínicas, sem, no entanto excluir esta dimensão, mas no sentido de pensar a atenção à saúde desta população de forma integral.

Indagados se a intersetorialidade é pauta de discussão na política do município na atual gestão, as opiniões se dividem. Alguns afirmam que a gestão tem pautado este debate, mas fazem referência aos processos que não foram apoiados pela atual gestão. Vejamos os depoimentos:

Psi1: É pauta sim. Mas vejo essa discussão mais ampliada quando participamos dos congressos, e quando tem eventos aqui no município para discutir a saúde mental quem vai é a coordenação. Mas é pauta e o município tem discutido isso sim [...]. Existem também as reuniões de matriciamento e outras reuniões como a do colegiado. O colegiado está sempre abrindo discussões, entrando em contato com os serviços.

As: Então, nós tínhamos o colegiado, né? E nesse colegiado essa discussão já foi colocada, na época eu estava na suplência do colegiado, mas participei de algumas reuniões, só que agora, infelizmente é um espaço que não está mais rolando, meio que foi suspenso o colegiado em saúde mental e eu acho que esse era o espaço que a gente tinha, que falávamos, além de ter outros profissionais a gente tentava sempre articular com outros equipamentos seja de assistência, tentando dialogar, fortalecendo um pouco isso, mas no momento que eu veja não.

Psi2: Não. Não é pauta, porque é como se fosse um tema que já fosse dado. Essa é a impressão. Se já é dado, não precisa discutir. Claro. Absolutamente não.

Na gestão anterior, os profissionais construíram junto com outros setores e a secretaria de saúde um colegiado intersetorial para discutir e pactuações de saúde mental com as demais políticas. Tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas, os profissionais fizeram referência a esse espaço como um grande avanço na construção da política de saúde mental do município. Todavia, no atual momento político esse espaço foi desmobilizado, perdendo inclusive as parcerias profissionais estabelecidas, pois houve uma mudança de várias equipes dos serviços do município. Para *Psi2* a intersectorialidade é tratada pela gestão como algo tácito e que não carece de debates e articulações, pois estaria prescrita nos modelos de atuação.

Sobre a existência de canais de comunicação do serviço com outros setores da saúde, as respostas foram afirmativas, mas destacam como um processo informal pouco institucionalizado que depende do esforço dos profissionais em construir estes mecanismos de diálogo, como demonstram os depoimentos:

As: Existe. A gente sempre puxa o tempo todo, a gente estar puxando, às vezes por telefone. E a gente, enquanto técnico, também podemos ir nesses serviços, mas às vezes nós não somos bem interpretados, tentamos sempre fazer um encaminhamento seguro. Mas nem todo serviço pensa da forma que a gente pensa, então aí fica difícil porque você tem que ficar no embate o tempo todo porque se a gente não for para o embate não vai mudar muita coisa não.

Psi2: Esses canais são praticamente informais, a gente já tentou pautar esses canais de ordem um pouco mais formal em algumas reuniões [...] Só que a coisa não avança e acaba que os gestores não pautam e não se responsabilizam por uma demanda específica ad.

Os profissionais recorrem aos recursos que estão disponíveis para construir estes espaços como as visitas e nos contatos que realizam com os outros serviços na ocasião dos encaminhamentos. No entanto, como bem destacam, não são canais formais e quando acontece alguma reunião que tenta formalizar estes espaços a gestão não se integra à discussão. A gestão parece um ponto de inflexão para esta equipe, como algo que tivesse que ser superado para que se possa viabilizar os arranjos necessários para efetivação das ações de cuidado.

Esta situação se confirmou na questão seguinte quando indagamos dos profissionais sobre os espaços de pactuação política no âmbito da gestão. Os depoimentos revelam o mecanismo já mencionado pelos entrevistados dos outros serviços, as negociações por meio das coordenações e direções sem a participação democrática da equipe.

As: Então é aquela coisa, algumas discussões são feitas com a direção geral e aí essas coisas, quando a gente conversa nas reuniões técnicas o L [**nome preservado para manter o anonimato do profissional**] leva para a coordenação de saúde mental. Mas tipo assim, a gente sentar com a coordenadora para discutir o nosso processo de trabalho, não!

O papel da gestão na compreensão da intersetorialidade e na garantia das condições necessárias para a implementação da política e do processo de trabalho em rede é de extrema relevância. Apesar dos profissionais terem relativa autonomia no âmbito do seu cotidiano de trabalho em pautar discussões, estabelecer parecerias, por meio dos arranjos que conseguem construir, a dificuldade com a gestão emperra este processo de âmbito mais técnico, como podemos observar no depoimento de um dos profissionais que deixa transparecer que em outro momento político a saúde mental conseguiu discutir a intersetorialidade em vários espaços, inclusive com vários mecanismos institucionalizados, vejamos o seu depoimento:

Psi: Podemos pensar em alguns espaços como os conselhos, mas acho que o Conselho Municipal de Saúde está um espaço totalmente despotencializado. Aqui em João Pessoa até o ano passado nós tínhamos o Colegiado Intersectorial de Saúde Mental que também foi despotencializado e não existe mais. A gente tinha grupos de trabalho temáticos, onde várias pessoas da rede, do colegiado, e inclusive os usuários poderiam participar. Então tínhamos um grupo de trabalho, com várias pessoas da rede e tínhamos uma proposta de criar um GT sobre intersectorialidade, mas tudo isso não existe mais. Então eram mecanismos que foram criados há anos para fomentar a discussão sobre a intersectorialidade na saúde mental, praticamente hoje em dia é inexistente. E quando você me pergunta quais são os canais: não tem!

Na sequência indagamos do referido profissional sobre as dificuldades em retomar esses canais de pactuação e de comunicação, ele nos relata:

Psi2: Dentro do aparato do processo público municipal, existem várias hierarquias e vários trâmites para você estar retomando alguns processos. Então se você tem uma gestora que não coloca pauta de importância à retomada disso, fica praticamente impossível você estar retomando. Podemos até retomar por conta própria, mas não terá um peso de uma gestão de uma formalidade. Então acaba mais uma vez a gente privilegiando apenas o trabalho em rede. Então vamos fazer aqui mesmo, porque

não adianta levar pra lá [se referindo à secretaria de saúde], então vamos tentar resolver nossos problemas dentro do próprio território.

O profissional deixa transparecer que dentro da estrutura da gestão não há um consenso sobre o debate da intersetorialidade, então, se determinado gestor não pautar a discussão fica complicado os demais representantes da gestão como os coordenadores de CAPS e diretores dos serviços assumirem a construção deste processo. Entretanto, os profissionais já modularam estratégias de superação a esta dificuldade quando se voltam para o território e tentam equacionar seus problemas com os recursos disponíveis nas redes. O trabalho em rede neste caso emerge como uma possibilidade de resolução destes problemas, que ao mesmo tempo regata o potencial da equipe e dos equipamentos sociais, na tentativa de efetivar o cuidado e recompor a ausência da gestão nos processos políticos da intersetorialidade.

Porém, nem sempre o esforço dos profissionais é recompensado, diante da indagação, o participante nos deu um exemplo de uma tentativa de articulação com atenção básica que demonstra a importância da gestão neste processo, mesmo quando a iniciativa é da equipe profissional;

Psi2: Um exemplo: estávamos tentando pautar isso com Atenção Básica no ano passado para que as pessoas fossem atendidas, só que vimos a necessidade da gestora da atenção básica participasse dessas discussões no sentido que ela conseguisse também pautar algum indicador enquanto saúde mental, o uso abusivo de álcool e outras drogas, então a gente fez, sensibilizou, construiu rede com as unidades de saúde, mas esse processo da sede para chegar até a ponta não veio e acaba que algumas pessoas saíram das unidades de saúde e levaram consigo a sensibilização que tinham sobre a construção de rede e acabou com esse processo.

Os limites da gestão não garantem a governabilidade da equipe em pautar atendimento e metas para as demandas da saúde mental. Fica evidente que esta equipe desenvolveu um trabalho educativo e de sensibilização com a equipe da atenção básica, mas na hora de garantir o atendimento da demanda e da operacionalização dos procedimentos, a gestão não ofereceu as condições. Evidenciamos o exercício pleno das características da construção de uma ação intersetorial, mas que não foi efetivada pelas condições políticas. No entanto, mesmo diante deste impasse, o exercício, o desenho da ação e as estratégias acionadas indicam mais uma vez o potencial de inserção do campo da intersetorialidade na construção das ações de saúde mental e que afirmam um cuidado mais pleno e diferenciado.

EIXO: Dimensão Técnica

No ensejo, indagamos dos profissionais sobre os setores e as políticas públicas mais acionados no âmbito do serviço. As opiniões são muito semelhantes, apontando diversas políticas, mas com destaque para a política de Assistência Social e Previdência, como podemos verificar nos relatos:

Psi: Acho que acabamos por acionar todas as áreas, tanto da saúde, como da previdência, da assistência social, educação, pois são dados esses encaminhamentos pelo serviço social. Mas acho que as duas áreas mais acionadas é mesmo a própria saúde e a previdência

As: Eu acho que o CRAS, o Conselho Tutelar em alguns momentos. Na saúde mental acionamos o PASM. Há o INSS muito, muito mesmo, porque alguns deles [usuários] já tiveram carteira assinada e estão no período que eles ainda têm direitos. Então volta e meia a gente está acionando. Acho que o INSS é o serviço mais acionado.

Psi2: Eu acho que os serviços mais acionados são os serviços da assistência social sem sombra de dúvida, mas sentimos a necessidade de acionar outros serviços da rede como a Secretaria de Esporte e Cultura, mas a gente não consegue acionar. É a que mais acionamos é mesmo a de assistência social e da previdência também.

O CAPS ad assume uma demanda extremamente complexa, que seja a questão dos transtornos mentais relacionados com uso abusivo de drogas. Esta demanda além da problemática de ordem social, pois são usuários ainda mais fragilizados, apresentam demandas variadas, de suporte clínico, social e de moradia, essenciais para a sua sobrevivência. Diante disto, as políticas mais acionadas são justamente aquelas que podem minimizar algumas destas demandas como os serviços de assistência social e da previdência. Nesse sentido, o profissional *Psi2* esclarece que há a necessidade de articulação com outros setores como no caso o esporte e a cultura. Muitas das ofertas terapêuticas do serviço transitam neste universo das atividades físicas, das oficinas de arte, trabalhos manuais e outras atividades culturais. A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e drogas se afirma como uma política intersetorial e entre várias medidas há indicações da articulação de ações de educação, esporte e cultura como forma de garantir a inserção social destes usuários.

Em seguida, indagamos dos entrevistados sobre a forma como é realizada as articulações com os serviços da rede de saúde. Os depoimentos dos participantes revelam, novamente, os arranjos construídos a partir da rede de relacionamento, mas associados com estratégias de matriciamento e de sensibilização dos profissionais de outros setores, vejamos os depoimentos:

As: E tem também a questão dos contatos, tipo assim, eu estudei na faculdade. E têm aqueles contatos que foram seus colegas e, que hoje, estão nos serviços. Aí, às vezes as coisas são viabilizadas mais rápidas quando você tem certo conhecimento, uma rede, não deveria ser assim, porque se está ali tem que ser acessado e a gente que tem que resolver, não é porque conhecemos a pessoa, mas como disse às vezes nos deparamos com a dificuldade de alguns serviços e fazemos uso dessa rede pessoal, então quando a gente tem determinada pessoa naquele equipamento às coisas são viabilizadas de forma mais tranquila.

Psi2: Às vezes parte de uma sensibilidade de outros profissionais da rede, a gente mantém certo diálogo, e às vezes é motivado por casos que acontecem em outros locais que não são específicos da saúde mental e certa convocação dessas pessoas de outras equipes, convocando a equipe de saúde mental, então muitas das articulações começam por aí, através de um estudo de caso, outras é a partir de um certo grau de amizade que as pessoas tem, por isso eu acho importante a gente estar circulando pelos serviços, fazendo tipo uma roda de conversa que a gente nem chama de matriciamento, mas sim de rodas de conversa mesmo, sobre álcool e drogas, sobre redução de danos, sobre saúde mental mesmo nos outros serviços, então é dessa forma que acontece as articulações.

O entrevistado releva várias estratégias na articulação da rede, inclusive nas atividades de matriciamento e na criação de espaços educativos sobre a questão das drogas. O apoio matricial também é uma atividade que pode ser desenvolvida no âmbito dos CAPS, mas também existem serviços específicos para esta atividade como é o caso dos NASF, que fazem o apoio da rede na atenção básica. Interessante verificar que a equipe também atende a “pedidos” de outros CAPS e até mesmo de outros setores quando tentam ajudar na condução de algum caso. A temática das drogas torna esta equipe especializada neste tipo de demanda servindo também de suporte na discussão de casos que ocorrem em outros serviços.

Neste sentido, questionamos os participantes sobre as articulações com as redes de apoio social, diferentemente dos demais entrevistados, os participantes demonstram ter uma articulação maior com outros dispositivos da comunidade. Uma das participantes afirma que a própria comunidade solicitou este contato mais próximo com o serviço como forma de saber da sua função naquele território, veja seu relato:

Psi1: Sim, temos essa articulação e foi até mesmo pedida pela comunidade, temos essa articulação para divulgar também o serviço na comunidade para que ela em caso de necessidade utilize desse recurso. A divulgação é importante pelo fato deles não terem esse conhecimento. Já tivemos várias reuniões com a comunidade, com a igreja e teve até um evento na comunidade que o CAPS foi convidado para divulgar o serviço como acontece também em outros serviços quando somos solicitados para divulgar e explicar o que é o CAPS.

Outra entrevistada descreve atividades realizadas em parceria com outros dispositivos do território, inclusive implementando espaços democráticos junto com a comunidade para discussão de atendimento das demandas dentro do serviço, vejamos o relato:

As: Então, nos temos uma parceria muito legal com o Centro Social Urbano que é um equipamento da comunidade que fica aqui próximo e a gente utiliza o CSU nas segundas, quartas e sextas para a realização das assembleias. Essa assembleia é algo muito interessante, pois eles [usuários e comunidade] deliberam muitas coisas, pois não chegamos com nada pronto pra eles, tudo que acontece, deste o nosso acordo de convivência dentro do serviço foi algo que foi criado junto com ele né. Então assim, a gente tem o CSU como um apoio muito grande. Tem o Centro da Juventude e tem a praça da amizade que a gente também utiliza todas as quartas e sextas.

Em nossas observações no serviço, percebemos que de fato o serviço é aberto sendo frequentado por seus usuários e familiares mesmo sem o atendimento. A equipe conhece seus usuários e recebe um feedback bem interessante da comunidade que acaba por se tornar parceiro na condução dos tratamentos dos usuários.

No entanto, *Psi2* afirma que esta articulação é mais recorrente em virtude das demandas de alguns casos, mas que sempre é no sentido da corresponsabilização dos setores e da comunidade e não na transferência de responsabilidade.

Psi2: Então essas articulações são provenientes de alguns casos onde a gente tenta articular, tenta demonstrar qual é a situação, tenta fazer uma corresponsabilização. Diante disso, e até que ponto outro serviço, um albergue ou uma associação comunitária pode dar conta disso aí, o que eles podem fazer em relação a isso, sempre deixando muito claro que a gente não está deslocando problemas ou transferindo responsabilidades, mas sim compartilhando esse processo aí, essa circulação desse usuário, então é de certa forma informal.

A busca das soluções para os problemas complexos exige o conhecimento profundo das características e potencialidade do contexto onde os problemas estão inseridos, então, parece que dependendo do caso, a equipe seleciona no território os recursos que podem utilizar para auxiliar a sua condução. Porém, o profissional acredita que esta articulação é informal, talvez, por não ser um mecanismo institucionalizado pela gestão, mas um espaço legítimo de construção de rede, de mobilização social e consequentemente fundamental para a abordagem das problemáticas das drogas.

Desta feita, questionamos os participantes se eles acreditavam que a prática intersetorial é vivenciada pela equipe. Os profissionais acreditam que sim, mas não em todos os momentos, pois ainda há embates dentro da equipe pelas diferentes perspectivas de atuação.

As: Então [risos] depende muito do momento assim, às vezes flui de uma forma muito tranquila e às vezes tem os embates, porque fica aquela coisa, né? Tem a questão da intersectorialidade, mas também a questão do que é meu e o que é do outro. O que é competência da minha categoria e o que é competência da categoria do outro.

Psi2: Algumas vezes sim e algumas vezes não, dependendo do caso e dependendo de cada parceiro que vamos articular.

Psi1: Eu acho a equipe bem disposta. Articulando, entrando em contato sempre nos aprofundando mais, tentando viabilizar mais e mais os recursos que a rede nos oferta para que isso também possa facilitar nosso trabalho e que o profissional possa utilizar desse recurso e consciente de onde vai buscar.

As ações intersectoriais e os arranjos acontecem a partir da mediação de alguns profissionais da equipe, que tomados pela noção de cuidado tentam promover mecanismos de efetivação destas ações. Todavia, como nem sempre o sentido da ação é partilhado por todos os profissionais do serviço, algumas das atividades recaem na configuração de arranjos diversos e intersectoriais. Por isto, os profissionais admitem que a prática intersectorial acontece pontualmente e às vezes atrelada a um caso que exige uma maior esforço da equipe.

Questionados se as ações da equipe contribuíam para efetivação dos princípios da reforma, os participantes fazem referência à humanização da assistência e a desinstitucionalização. Interessante notar de como um dos profissionais faz uma relação estreita entre a desinstitucionalização e articulação em rede, por meio das iniciativas intersectoriais.

As: A questão da humanização e das desinstitucionalização a gente tenta porque muitos chegam aqui com a necessidade de se conter né, de ir para um hospital psiquiátrico de ir para uma comunidade terapêutica e de ficar acolhido e isto também é uma forma de deixar ele institucionalizado.

Psi1: Acho que a princípio o tratamento humanizado né. Somos cuidadores da saúde mental e por isso temos cada vez mais investido no tratamento humanizado acho que esse é um dos princípios né, viabilizando a reinserção dos usuários tanto no âmbito familiar quando no âmbito social, nas atividades e de acordo com as evoluções que vão acontecendo diante desse tratamento.

Psi2: Acho que a desinstitucionalização, e acho que para desinstitucionalizar alguém é preciso fazer a pessoa acessar os outros serviços, porque se ela acaba acessando apenas um serviço como este ela acaba se institucionalizando também. Pensando na intersectorialidade como uma articulação de serviços, de políticas, principalmente, de gestores, da assistência, eu acho que é uma dimensão intersectorial muito importante no sentido de potencializar, pois se a gente pensar na desinstitucionalização é como eu falei, as pessoas precisam acessar os serviços. E a intersectorialidade me parece tem certa condição de pelo menos de puxar uma discussão sobre isso. Esse cara aqui é um cidadão de direitos e ele pode estar circulando né, então eu acho que ela [se referindo a intersectorialidade] tem esse potencial sim, não vejo de outra forma, é uma boa saída começar a discutir com outros serviços que não são específicos da área.

Fica evidente que a compreensão que os profissionais têm sobre a desinstitucionalização, como um dos principais princípios da reforma, passa necessariamente pela viabilização das ações intersetoriais. Para esses profissionais desinstitucionalizar é criar possibilidades de oferta de serviços e recursos variados para os usuários, onde eles possam ser atendidos com respeito aos seus direitos e necessidades. Para nós fica evidente que a desinstitucionalização compõem o que denominamos de *ethos do cuidado* em saúde mental e foi modulado pela interface criada entre o campo da intersetorialidade com o campo da saúde mental. Pois, consideramos que a intersetorialidade compõe um campo político de sentidos e significados para as ações de interação e cooperação entre as políticas públicas e os atores profissionais que agrupou um conjunto de experiências no âmbito da saúde mental. Ao ser adotado como princípio da saúde mental, a intersetorialidade enquanto campo participa fortemente da estruturação da própria saúde mental modulando uma nova concepção de cuidado que se integra aos demais princípios partilhados pelos agentes dentro do campo.

EIXO: Dimensão profissional

Nesta dimensão, indagamos dos entrevistados como os seus núcleos profissionais absorviam as discussões sobre a intersetorialidade. As respostas priorizam momentos distintos da vida profissional, um refere à discussão no âmbito dos espaços políticos da profissão atualmente, outros fazem referência aos seus processos formativos, mas todos afirmam que a intersetorialidade não foi pauta de suas formações, como podemos verificar nos relatos abaixo:

Psi1: Tem sim. Há discussões, inúmeros eventos, existe esse envolvimento para que a gente possa cada vez mais cobrar, tanto utilizar do recurso quanto cobrar.

As: Mas há um debate pela categoria, e acho que o Serviço Social é uma das profissões que está mais implicada. E em tudo, né? Desde a discussão que teve aí na educação, a questão da maioria penal então assim, é o Serviço Social e a Psicologia que estão sempre puxando esse debate nos espaços, não sei se por conta da formação, né? Que é mais humanizada, deve ser.

Psi2: [risos] Não, né?! Eu terminei psicologia e eu não vi essa discussão, aí depois eu fiz uma especialização em saúde mental e não lembro de ter visto aí depois na segunda especialização que foi em Gestão em Saúde foi aí que eu tomei contato com o tema, mas na minha formação inicial eu não lembro não. A lógica na metade de minha graduação quando comecei a me envolver com a saúde mental a questão central era potencializar o processo terapêutico de trabalho. Mas com o tempo inserido nesses serviços, não mais como estudante, eu fui vendo que além de potencializar esse processo terapêutico de cuidado precisaria de algo mais para essas pessoas saíssem, fossem para outro local, fossem realmente sujeitos de direitos que

pudessem ir e vir, assim como a constituição prega, daí foi que eu comecei a tomar contato com a intersetorialidade.

Mais uma vez a Psicologia e o Serviço Social aparecem como os núcleos profissionais que têm assumido o debate sobre a intersetorialidade, embora no relato de *Psi2*, que afirma que mesmo em sua primeira especialização em saúde mental, não viu esta discussão, mas sim, com o curso de gestão da saúde e na sua vivência prática quando foi possível construir uma percepção sobre a saúde mental e a intersetorialidade. Sabemos que as mudanças no campo da saúde mental têm rebatimentos mais rápidos e intensos no âmbito da prática do que nos processos formativos. Autores como Macêdo e Dimenstein (2011) já discutiram, por exemplo, as dificuldades na formação dos psicólogos, que ainda tem uma postura dúbia com relação aos preceitos da reforma. No entanto, os debates no campo da saúde mental são mais intensos e mesmo havendo os impasses entre o modelo manicomial e o psicossocial, os profissionais apreendem com este embate, constroem posicionamentos frente à discussão e conseguem agrupar aos seus conhecimentos de núcleo, novos saberes. Temos que considerar também que estas demandas postas para os profissionais os motivam a dar continuidade à sua formação, buscando capacitações, e outras formações em nível de pós-graduação como verificamos nos dados coletados com questionário sociodemográfico. As portarias que regulamentam o trabalho no CAPS exigem algum tipo de formação em saúde mental para algumas categorias profissionais como enfermeiros e médicos, por exemplo.

Desta feita, indagamos sobre os objetivos de atuação profissional dentro do serviço. Os depoimentos transitam em manter um atendimento de qualidade e até mesmo construir uma maior integração entre a equipe e desta com a gestão de forma que os processos continuem acontecendo mesmo com as adversidades.

Psi1: Diante dessas discussões que te falei, é viabilizar e ter mais condições enquanto profissionais, ter mais apoio da rede, mais apoio dos nossos gestores para que a gente possa ter de fato maiores condições de atuarmos no campo da saúde mental; com o objetivo de acolher e tratar com melhores condições e com mais suporte.

As: Acho que é trabalhar em equipe, trabalhar em harmonia com equipe.

Psi2: Assim, com tudo que acontece, com todas as vicissitudes é manter a roda girando. Esse é meu primeiro objetivo, manter essas pessoas sendo atendidas. Outro objetivo seria tentar pautar discussões mais críticas e reflexivas sobre o processo de cuidado e assistência no serviço tá. Então, você sai daquela de ver o que pode fazer para refletir sobre o processo trabalho. Ai entra a intersetorialidade, a construção em rede e entra o processo individual realmente de cada um, de objetivos de cada um e ai de alguma forma a gente pode tentar fazer que a equipe multidisciplinar e interdisciplinar possa andar.

Os profissionais reconhecem que mesmo pautando a intersetorialidade nos processos de discussão, há necessidade de construir entendimentos e reflexões mais críticas sobre o processo de trabalho no serviço, pois a construção da rede envolve também os processos individuais dos profissionais, suas motivações, conteúdos simbólicos e seus conhecimentos sobre a saúde mental. Entendemos que a colocação do entrevistado expressa processos que são descritos em nosso modelo interpretativo, quando descrevemos que a partir da interação dos profissionais têm com a rede discursiva do campo, passando a interpretar discussões e modelos, e mesmo nos embates, gerando identidades e posturas de adesão ou de resistência. Desta maneira, conformam-se os impasses entre as diferentes posturas dentro do serviço. De todo modo, este processo também é explicado pela modificação dos *habitus* individuais destes profissionais com o campo onde desenvolvem sua atuação.

Assim, para aprofundar o debate questionamos os participantes sobre os objetivos do CAPS e se os mesmos, em suas opiniões, são efetivados. Os depoimentos consideram dois contextos para a efetivação dos objetivos do CAPS. Um contexto delimitado pelas portarias, ou seja, dos objetivos formais para a formação deste tipo de serviço. O segundo contexto em que os profissionais consideram o horizonte de possibilidades que o cuidado integral pode oferecer. Neste último contexto, os profissionais reconhecem o potencial do serviço, o objetivo institucional que eles resolveram abraçar, que se expressa no sentimento de construção de uma vida melhor para estas pessoas. Neste contexto a intersetorialidade aparece como forte elemento da construção deste objetivo. Vejamos os depoimentos:

Ps1: Acho que de acordo com as portarias, nós cumprimos os nossos objetivos. Existem os impasses e as dificuldades como toda instituição tem, mas nós procuramos cumprir nosso papel enquanto profissionais e diante deles nosso trabalho requer todo um envolvimento dessa equipe técnica. Dessa equipe interdisciplinar, e nos mantermos trabalhando na perspectiva da saúde mental tentando fazer da melhor forma.

As: Acho que um dos objetivos do CAPS é continuar viabilizando esse tratamento humanizado e de qualidade, mesmo diante das nossas limitações, eu acho que a gente está aí o tempo todo, tipo, no ano passado a gente recebeu Ana Pitta e a equipe ficou super maravilhada, pois quando ela entrou ela disse: Nossa! Esse é um CAPS que eu entro que não tem cheiro de manicômio. E com isso a equipe se emocionou na hora e poxa como é bom escutar isso de uma militante que é referência nacional, que está ali desde o início da luta antimanicomial.

Psi2: Se a gente pegar a última portaria de adequação do serviço, veremos que ele é efetivado sim, pois ele é um CAPS, um serviço de referência de 24 horas que atende as pessoas com transtornos decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas em situação de risco até. Só que como qualquer portaria só isto não basta. O efeito dessa ação não se sustenta, pois a gente atende as pessoas em situação de risco. Conseguimos diminuir o risco, mas tem algo mais que faz com que essas pessoas não se apoderem. A abertura dessas pessoas para acessar as outras políticas

faz com que eles tenham um leque maior de possibilidades. Então é bem sintomático ver essa questão que eles não conseguem, para eles ficando aqui o tempo inteiro está tudo bem. A gente monta uma rede intersetorial interessante, formal e informal, e a partir da gestão e tal e essa galera acaba não acessando.

Os profissionais reconhecem que mesmo atendendo o disposto nas portarias enquanto perfil de serviço, nesse sentido, os objetivos são alcançados, mas admitam que fazer apenas isto não é suficiente para reverter o modelo de atenção. Por isto, há um esforço desta em equipe em construir uma rede intersetorial por meio dos mecanismos institucionais, mas também trilhando seus próprios caminhos.

Sobre estes caminhos, indagamos dos profissionais como procediam para encaminhar as demandas para outros setores da rede. As respostas indicam, de forma surpreendente, que há na maioria dos casos um diálogo com a equipe, uma discussão dos casos, para que juntos e com os recursos da comunidade se possa fazer o melhor encaminhamento, inclusive, garantindo o seu bom atendimento, como fica claro nos relatos:

Psi1: Então acolhemos esses usuários, avaliamos e quando é uma demanda dessa necessita-se que seja aberta uma discussão entre os profissionais. Então articulo com outros serviços da rede e daí faço o encaminhamento desse usuário para um determinado setor onde vai ser assistido nesse momento onde há a necessidade de tratamento dele. Dai continuamos o acompanhamento até ele voltar para nós.

Psi2: Primeiro eu avalio essa demanda, visualizo e tento me debruçar sobre seus detalhes antes de fazer um contato com outro serviço. Quando a gente entende o caso e dependendo da demanda a gente tentar articular o serviço mais próximo de forma que a outra pessoa lá entenda [se referindo ao profissional do serviço que será acionado] para não correr o risco do usuário chegando lá não seja atendido. Temos esse cuidado e esse é o procedimento básico, articular, que seja uma vaga num hospital geral, ou para retirar o cartão do SUS, que seja para uma vaga no ambulatório da unidade de saúde, é sempre da mesma forma.

Os entrevistados compreendem a dimensão do seu encaminhamento e sabem que a outra ponta precisa estar “afetada” pelos pressupostos do cuidado, por assim dizer, para que o encaminhamento se realize. Consideram ainda que para efetivar as ações é necessário o compartilhamento dos sentidos que o grupo produziu para os demais integrantes da rede institucional ou mesmo da rede de relações.

O depoimento seguinte demonstra com mais clareza este processo e expressa que a equipe tem enfrentado barreiras para garantir o atendimento de seus usuários.

As: Às vezes temos um diálogo não muito legal com o PASM, mas aí depende da equipe que está naquele dia. Mas tem dia que a gente liga que o PASM meio que

não quer atender. Assim tem dias que a gente consegue, porque às vezes uma fala com o assistente social e psicólogo e a gente encaminha. Mas em dias que a gente liga e escuta: a médica falou que não vai atender. Opa!! Como é?! O usuário também é de vocês, o usuário não é do CAPS ad ele é da rede e às vezes fica difícil alguns profissionais compreender isso e parece que o CAPS ad tem que dar conta de tudo.

Evidente que alguns encaminhamentos são pactuados com aqueles profissionais mais sensíveis com a questão do usuário e quando há negação a equipe parte para o enfrentamento.

Sobre esta questão indagamos dos entrevistados sobre as dificuldades de encaminhar os usuários para a rede de saúde. O comentário que selecionamos expressa de forma bem clara que para esta equipe a grande dificuldade reside na falta de entendimento sobre a rede psicossocial e sobre a própria configuração do CAPS neste formato, ou seja, na RAPS.

Psi2: É o posicionamento dos outros profissionais, volta de novo para aquela questão. Quando esses serviços foram criados eles foram criados com nomes específicos para essa demanda e isso fica no imaginário social, essa definição de serviço específico, ou seja, o usuário de álcool e drogas é para ser atendido onde? No CAPS ad. Só que com as novas portarias isso muda um pouco, mas para que a população e os trabalhadores de saúde, da assistência possam dar conta disso tem muito tempo. Porque hoje em dia a Rede Psicossocial não tem mais o CAPS no meio, e quem está no meio? A atenção básica, e onde a Atenção Básica está atendendo essa galera? Está não[pausa] então isso, rola há muito tempo uma reconfiguração de postura ética-profissional e política dessas pessoas para entenderem que o CAPS é sim um serviço específico, mas não deve ser o único a atender essas pessoas com transtorno mental ou com a questão do álcool e das drogas. É isso. A dificuldade maior são eles absorverem isso.

O profissional afirma que as recentes mudanças no âmbito da constituição da rede de atenção psicossocial ainda não foram incorporadas pelos profissionais da área. O que nos leva a considerar que além das dificuldades de atendimento dos usuários por conta dos preconceitos e da incompreensão da demanda complexa da saúde mental agrava-se ainda mais com esta falta de compreensão sobre as mudanças da rede. Todavia, recai a responsabilidade também na gestão que não vem discutindo de maneira sistemática a constituição da RAPS e nem implementando os mecanismos necessários que fortaleça os serviços de saúde mental e que viabilize a rede.

Por fim, questionamos sobre as categorias profissionais que mais facilitavam o trabalho em equipe no serviço. Os depoimentos selecionados expressam duas opiniões bem distintas. Uma delas afirma que não há dificuldades em se trabalhar com nenhuma categoria em particular, mas outro entrevistado revele que sim. Vejamos os relatos:

Psi1: No geral a equipe não pode ter essa quebra, não deve existir. Então assim os profissionais devem trazer para o seu cotidiano, diante da vivência do nosso trabalho né, com a demanda delicada que nos recebemos e todos os dias, bom, eu não vejo dificuldade em trabalhar com as diversas categorias profissionais. Acho que todos são importantes, tem seu papel diante dessa proposta de reforma psiquiátrica e eu não vejo dificuldades.

Psi2: Acho que o Serviço Social, e nesse CAPS o pessoal da psicologia pauta essa discussão. Médico claro que não, enfermeiro, depende muito do profissional [...] Mas em linhas gerais seria o assistente social e o psicólogo logo em seguida. É claro os oficinairos, muitas das articulações que temos aqui são feitas por eles, a galera da cultura.

Podemos inferir que a primeira opinião expressa um desejo da profissional ou uma realidade ideal, mas pela discussão travada no grupo e pelos elementos colhidos nos depoimentos das entrevistas, há evidências que a equipe encontra dificuldades no diálogo com algumas categorias ou com profissionais específicos no âmbito do serviço. O segundo relato demonstra uma pouco deste embate, principalmente com a categoria dos médicos, mas também indica as categorias que facilitam o trabalho desempenhado pelo profissional.

Portanto, embora haja divergência entre algumas concepções, a equipe demonstra que o trabalho é integrado, que conseguem tanto efetivar ações intersetoriais quanto construir arranjos e que de certa forma o atendimento aos usuários está sendo garantido.

6.5 Análises das entrevistas: CAPS III Caminhar

Realizamos no CAPS III Caminhar entrevistas com 3 profissionais, dos quais: um psicólogo, uma assistente social e uma enfermeira. A coleta aconteceu no próprio serviço no horário de atendimento, agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. Os entrevistados foram identificados com as indicações do seu núcleo profissional, como procedemos com todos os entrevistados.

EIXO: Dimensão política da intersetorialidade

Nesta dimensão, questionamos inicialmente os participantes sobre a relação da intersetorialidade com a política de saúde mental. Os entrevistados reconhecem a relação

existente e destacam a intersetorialidade como elemento de sustentação da própria política de saúde mental, como podemos verificar nos depoimentos:

Enf: Acredito que a intersetorialidade vem dar uma base de sustentação para o desenvolvimento da rede de saúde mental, e assim da própria política, né? A política de saúde mental precisa articula-se com outras políticas para conseguir constituir uma rede, aumentar as possibilidades de tratamento e mesmo de difundir pela comunidade. Porque assim, as pessoas não sabem o que é um CAPS, não sabem o que é a saúde mental e acho que isso atrapalha muito. Até mesmo um governante que não entende nada de saúde mental dificulta muito a nossa vida.

As: Então é totalmente relacionada uma com a outra, né? Pois sem a intersetorialidade fica complicado a gente efetivar as ações de saúde mental, mas temos ainda muito que avançar com essa política, nessa relação entre os dois, pois muitos serviços ainda têm o foco mais na problemática mais evidente. Então acho que a intersetorialidade favorece a totalidade das ações, a olhar o usuário como um todo.

Psi: Eu vejo que a política propriamente dita, através do governo federal né, ela busca promover ações estratégicas para promover essa dinâmica de funcionamento, mas como é aplicado, bom, eu vejo nas supervisões, por exemplo, que se favorece ou se busca favorecer a intersetorialidade, mas ainda vejo isso um pouco distante. Existem pessoas [se referindo aos profissionais] que estão aqui sem saber o que é o serviço, a política de saúde mental, sem saber que existe uma lei nacional que fundamenta nossa ação.

Além do reconhecimento desta relação e de sua importância para a efetivação das ações de saúde mental, inclusive na construção e articulação da rede cuidados, os profissionais também já conseguem avaliar as principais dificuldades de efetivar as ações intersetoriais. Fica bastante evidente nos depoimentos, o despreparo dos gestores com relação à política de saúde mental, a falta de compreensão de alguns profissionais sobre o campo e a focalização do cuidado na doença mental em si. Sobre o primeiro aspecto um dos entrevistados faz um relato interessante:

Enf: Trabalhei numa cidade que foi uma luta instalar um CAPS lá porque o prefeito não entendia o que era o serviço e ficou um tempão o dinheiro na conta e quase perdíamos, mas no fim conseguimos implantar serviço. Ele não entendia o que era o serviço, e perguntou uma vez se não podia pegar o dinheiro para comprar de cesta básica, pode uma coisa dessa? Tem muito despreparo, falta de conhecimento e isso dificulta muito as coisas para saúde mental.

Mesmo nos grandes centros, e considerando o contexto de João Pessoa onde há alguns movimentos que discutem as ações do campo, encontramos relatos da falta de interesse ou mesmo de entendimento dos gestores sobre o campo. Imaginamos o quanto esta realidade se complica nas cidades pequenas, onde muitas vezes, não há um movimento político em torno da saúde mental. Pitta (2011) ao analisar os 10 anos de reforma explicita que muitos dos

avanços foram conquistados em âmbito nacional e registrados nas legislações, portarias, relatórios de conferência e outros documentos. Mas há na maioria dos municípios brasileiros uma negação deste referencial da política nacional, o que gera nos estados e municípios ações frágeis e opacas na prestação dos serviços de saúde mental para a população.

Assim, prosseguimos indagando dos participantes se consideram que o tema da intersetorialidade é pauta das discussões no âmbito da gestão municipal. Embora haja o reconhecimento desses espaços de discussão, os entrevistados demonstram sua pouca visibilidade e relatam também um processo já identificado, que seja o espaço de discussão ser reservado às coordenações e direções dos serviços, sem a participação democrática expressiva da equipe:

Enf: É tem sim, mas acho que está meio morto, não temos mais um espaço de discussão. Antes tínhamos o colegiado, mas hoje não temos mais e fica meio assim, resolvem as coisas no toque de caixa.

As: Acredito que sim. Nas capacitações que nós temos, sempre é abordada essa temática, nas reuniões de rede nós sempre somos chamados, e que envolve vários serviços. Então, acho que rede está sempre ficando nisso, de estar articulando os serviços dos municípios, nas oficinas que participamos, vejo sempre essa preocupação.

Psi: Presenciar não, agora eu observo que há muitas reuniões, às vezes até semanais entre os coordenadores com a coordenação municipal, com o secretário e com outros gestores, mas isso nunca acontece aqui no serviço é sempre em outro local. Então o que acontece para a gente é apenas o repasse dessas reuniões que é feito pela coordenação, do que foi resolvido e etc.

Os espaços de pactuação democrática devem garantir a máxima participação dos profissionais, inclusive a diversidade de categorias, para evitar que as decisões e acordos sejam tomados considerando uma única perspectiva, ou clínica ou de gestão. Para Sampaio et al. (2011) o trabalho em equipe nos serviços CAPS, diante da complexidade, exige um enfrentamento tridimensional, ou seja, que considere os saberes das várias formações entre a equipe e gestores, sobre as tecnologias de gestão que são produzidas em outros processos de trabalho e entre as equipes e os usuários. Portanto, para reconhecer os usuários como cidadãos, e não apenas como “agraciados” pelos serviços ofertados, deve-se garantir esta forma de enfrentamento que considere estas três dimensões, portanto, decorre que os processos de decisão seja político, clínico ou institucional não podem estar restritas apenas aos gestores e aos gerentes da política.

Sobre a existência de canais de comunicação do serviço com os outros setores da rede os profissionais se dividem em suas opiniões, não sabem ao certo se consideram os canais formais, as reuniões entre as coordenações, ou os espaços que são criados por iniciativa da equipe.

Enf: Não há um canal formal, o canal somos nós ligando, fazendo visitas e brigando para conseguir as coisas.

As: Existem as reuniões de rede, não vou dizer que é de nossa iniciativa, mas participamos dessas reuniões e é um canal.

Psi: Ter até poderia dizer que tem, mas quais eu não poderia especificar porque a gente recebe mais informações via coordenação, via supervisão ou via gestor.

Repete-se a mesma queixa, que as informações são apenas repassadas, no entanto *Enf.*, afirma categoricamente que não há canais formais, mas sim aqueles de iniciativa dos próprios profissionais. Esta questão reflete-se na pergunta seguinte quando indagamos dos entrevistados sobre os espaços de pactuação política no âmbito da gestão do município com características intersetoriais. Apenas um profissional considerou as próprias reuniões realizadas no CAPS entre os técnicos, e alguns gestores como espaço de pactuação, mas os demais entrevistados afirmam desconhecer estes espaços, o que nos indica que não existem ou que não são devidamente estimulados.

As: Existe a reunião multiprofissional do CAPS que vem pessoas da gestão que participam para estarem levando as nossas reivindicações, nos orientando e supervisionando e existem também as reuniões com os gestores aí a gente leva as nossas preocupações.

Enf: Não vejo esses espaços não.

Psi: Então não podemos nem dizer que há esses espaços de pactuação, porque nem aqui no serviço mesmo, que deveria ter uma maior integração, não há essa participação dos funcionários.

A problemática se repete no âmbito da gestão, pois há mecanismos que não são reconhecidos pelos profissionais, aqueles que não contam com a participação dos mesmos. Desta feita, algumas estratégias pactuadas na gestão não são atendidas ou cumpridas no âmbito da prática, não só no CAPS, mas em vários serviços, por que simplesmente os profissionais não se identificam com estas proposições, gerando assim as rejeições na execução do modelo prescrito ou das estratégias da gestão.

Com relação a esta dimensão política, os profissionais reconhecem que a intersetorialidade dá sustentação para o desenvolvimento da rede de saúde mental estando

também nas definições da política de saúde, no entanto, relatam as dificuldades para a construção das ações intersetoriais como a falta de espaços de comunicação entre os serviços e de espaços de pactuação com a gestão. Os espaços identificados pelos profissionais referem-se aos momentos de reunião entre as coordenações, mas os mesmo sentem que este não seja um espaço “legítimo”, pois não conta com a participação mais ampliada da equipe do serviço.

EIXO: Dimensão Técnica

Questionados sobre os serviços ou políticas que mais acionam no desempenho de suas atividades, os profissionais relatam com maior frequência os serviços da política de Assistência de Social, da Previdência e da própria rede de saúde, mas também, pela primeira vez, aparecem indicações da política de Educação. Vejamos os depoimentos:

Enf: Aqui no CAPS, precisamos muito do CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, para mediar essas questões com o território, pois esse CAPS atende pessoas de vários bairros e muitos deles distantes, então, tentamos acionar esses serviços para mediar algumas questões, a questão do risco social, benefícios, essas coisas.

As: Acho que os serviços da assistência social: os CREAS, os CRAS. O INSS com o acesso ao BPC, que muitos usuários nossos recebem esse benefício social, então a gente sempre aciona. O PBF, quando nós identificamos a situação de vulnerabilidade e também serviços como o PASM, CAPS ad. Com a educação nós acionamos o PRONATEC, que são os cursos profissionalizantes que nós encaminhamos os nossos usuários, o EJA e o Conselho Tutelar.

Psi: Acho que o serviço que mais necessitamos aqui é o PASM, principalmente por a gente não ter médico 24 horas.

Os profissionais refletem que ao acionarem estes serviços para dar solução a alguma demanda acaba por promover a integração dos usuários com os demais dispositivos do território, pois, muitas vezes estes equipamentos desconhecem a existência deste indivíduo em sua área de abrangência. Esta colocação demonstra que nem sempre os serviços estão integrados ou realizando ações cooperadas. Então, quando um determinado caso assume certa relevância, as comunicações e a troca de conhecimento sobre problemática são consideradas e o usuário passa a “existir”.

Enf: Às vezes esses serviços mesmo, desconhecem a existência dessa pessoa em seu território. Então acaba que por conta disso acabamos promovendo uma integração desses usuários nos demais serviços da rede, inclusive do que estão mais próximos de sua residência, tentamos também acionar o PSF para dar um suporte, que muitas vezes não fazem mesmo.

De toda forma, as ações ou arranjos desencadeados por iniciativa dos profissionais, direta ou indiretamente, estão recompondo a fragmentação da rede mesmo num território e mesmo com certa proximidade entre os diversos serviços de saúde e da assistência social, não há trocas de informações e parcerias concretas entre estes dispositivos. Muitas vezes, o atendimento de uma demanda pelo CAPS faz com que o indivíduo e sua demanda “apareça” para outros serviços e políticas.

Diante do exposto, questionamos os entrevistados sobre a realização destas articulações. Os relatos demonstram a utilização dos mecanismos formais como o encaminhamento, relatório e até mesmo de um protocolo próprio, mas também há registro de ações de pactuação com outros gestores e também da abertura de espaço para troca de informações no próprio serviço.

Enf: Da forma que falei, ligando, indo lá, conversando, quando é algo mais complicado levamos para coordenação e ela tenta pactuar com os outros diretores de distrito, da atenção básica algumas coisas.

As: Nós articulamos através de encaminhamentos, temos uma ficha própria do serviço, com relatórios, seja sociais ou circunstanciais ou outro tipo de relatório, contatos telefônicos e visitas institucionais, mais ou menos com isso.

Psi: E a gente sempre convida os demais serviços quando puderem participar das reuniões da equipe para estar esclarecendo algumas coisas. Então, posso dizer que estamos buscando que isso aconteça que haja esses espaços de pactuação esse processo de referência e contra referência mais solidificado, mas na prática eu ainda não vejo esse funcionamento.

Os profissionais demonstram o uso dos recursos disponíveis para garantir a continuidade da atenção. Utilizam tanto os protocolos institucionais, quanto os espaços que conseguem articular, tais como as reuniões da equipe, por exemplo. De certa forma, estas atitudes demonstram uma compreensão alargada das demandas que são postas no cotidiano do serviço e que representa uma importante característica na construção de ações intersetoriais.

Dando continuidade ao debate, questionamos os participantes sobre as articulações com as redes de apoio social, nesta questão, os comentários revelam opiniões contraditórias, como podemos verificar nos depoimentos abaixo:

Enf: Tentamos articular alguns grupos na comunidade de trazê-los para mais próximo do CAPS, para ver se quebra esse preconceito com relação à pessoa com transtorno mental, principalmente no território onde estão localizadas as residências,

pois eles têm que conviver com vizinhança, com a comunidade, então, tentamos fazer essa aproximação.

As: Não, ainda não. Nós estamos num processo esse ano, que na verdade é um projeto que o objetivo é conhecer os serviços que podem estar contribuindo dentro da comunidade dos nossos usuários.

Psi: Agora uma articulação com a comunidade com essas redes de apoio social eu não posso afirmar que isso exista, eu não tenho notícias.

Sabemos pela discussão no grupo, que o CAPS Caminhar tem como responsabilidade dar suporte ao serviço residencial terapêutico e que esta demanda gerou conflito no grupo naquele momento. Então, faz todo sentido que alguns profissionais tentem fazer a integração dos usuários, que residem nestes serviços, com a comunidade, para que esta se abra enquanto espaço de sociabilidade para estas pessoas. Por outro lado, os demais entrevistados não reconhecem esta atividade enquanto mobilização da rede social, pois de fato não há evidências que elementos da rede estão sendo acionados, ou talvez, por não verem esta atividade de forma mais concreta no âmbito das atividades que são desenvolvidas naquele CAPS. Contudo, as redes de apoio social são subutilizadas, embora alguns reconheçam sua importância, mas apenas poucos a partir de alguns casos, conseguem fazer esta articulação. Muramoto e Mângia (2011), explicam que nos processos de adoecimento a enfermidade tende a enfraquecer os laços sociais dos indivíduos e resultar na complicação do seu caso de saúde. Neste sentido as ausências de suporte destas redes tornam-se fatores de risco para esta população, neste aspecto as autoras afirmam a importância de se trabalhar com as redes sociais no sentido de fortalecê-las para minimizar os impactos nocivos do transtorno mental na vida dos usuários. Ainda para as autoras os serviços devem oferecer uma atenção centrada no usuário, mas sem excluir o seu contexto sociorelacional. O cuidado não pode estar pautado apenas na oferta de procedimentos clínicos, pois estes não apoiam os processos emancipatórios necessários para o atendimento destes usuários.

Na sequência questionamos os participantes quais os princípios da reforma estavam sendo efetivados no âmbito do serviço. As respostas foram variadas e expressam que os profissionais de certa forma acreditam que conseguem efetivar alguns princípios:

Enf: A inclusão social, pois essas pessoas por muito tempo foram afastadas do convívio familiar e da comunidade, então, quando elas voltam a conviver em família, passam a ser vistas pelas pessoas da rua, frequentam a praça, a escola, e assim começam a se integrar, acho que começamos garantir um pouco essa inclusão.

AS: [...] a questão da desinstitucionalização e preservação de sua convivência com a família são os mais evidentes.

Psi: Acho que os princípios básicos do atendimento humanizado, de assistência com respeito com dignidade, valorizando o cidadão em toda sua dimensionalidade quanto

pessoa, produzindo assim sua reinserção ou produzindo uma oportunidade da pessoa retornar ao convívio social e familiar, a uma atuação profissional, ao desenvolvimento de habilidade artístico e cultural.

Apesar das dificuldades elencadas, os profissionais afirmam que suas ações contribuem para efetivação de conceitos, os quais estruturam essa noção de cuidado. Dentro do nosso modelo de análise, compõe *o ethos do cuidado* que foi modulado a partir da interação entre o campo da intersectorialidade e o campo da saúde mental. Então, características como, a desinstitucionalização, o direito à convivência familiar e a inclusão social se entrelaçam na construção de uma atenção que subverte a lógica asilar. Nesta subversão desponta a prática intersectorial que arregimenta as noções de territorialidade, das redes e do trabalho em rede como estratégias que concretizam estes princípios.

Os CAPS e a rede de saúde mental não podem equacionar questões estruturais que perpassam a exclusão social e a desigualdade no âmbito macrossocial. Assim, a dimensão do território emerge como uma possibilidade de superação desses fatores limitadores no âmbito local, nas comunidades e nas redes de sociabilidade desses indivíduos e suas famílias.

Desta feita, a territorialização dos serviços é uma estratégia importante para a reforma psiquiátrica na medida em que buscar aproximar as diversas ações e vincular “afetivamente” os equipamentos sociais aos trabalhadores e às comunidades (MONDONI; ROSA, 2010).

Diante do exposto questionamos os participantes se consideram que vivenciam uma prática intersectorial. As respostas em sua maioria foram afirmativas como podemos observar nos depoimentos:

Enf: Acho que quando estamos fazendo esse trabalho de mediar as coisas para os usuários estamos vivenciando uma prática intersectorial. Mas que só se concretiza se a outra ponta também fizer a parte dela, né? Não vou dizer que toda equipe é empenhada nesse trabalho, mas de maneira geral acho que tentamos bastante.

AS: Na sua maior parcela sim, eu acredito que sim.

Na forma como concebem o serviço e no cuidado que ofertam estes entrevistados reconhecem que a prática é vivenciada, mesmo considerando as dificuldades da equipe, pois sabemos que os entendimentos e as identidades profissionais são múltiplos. Porém, um dos entrevistados não considera que esta prática seja vivenciada:

Psi: Ainda não, ainda deixa a desejar, por várias coisas, né? Seja por falta de motivação pessoal, seja por dificuldade de se comunicar, de diálogo, seja por não estar satisfeito no serviço de não estar disposto em realizar as ações que o serviço apresenta.

O entrevistado considera elementos importantes para a vivência da prática intersetorial como, os espaços de comunicação, a abertura ao diálogo e a própria disposição da equipe. Porém, como observamos mesmo com esta lacuna, a equipe tem demonstrado um esforço na superação destes obstáculos, por meio, das parcerias que tentam estabelecer e nas trocas com os profissionais de outros setores quando do encaminhamento de alguns casos. São prováveis que sejam estas as condições reais de construção destas práticas e que nem tudo pode ser garantido.

EIXO: Dimensão Profissional.

Questionamos os participantes como as suas profissões absorviam as discussões sobre a intersetorialidade. De modo geral, os comentários revelam que para estes profissionais o debate sobre a intersetorialidade aconteceu praticamente no âmbito de suas práticas e no processo de formação continuada por meio das especializações. Neste sentido, apesar de reconhecer a relevância do tema, não sabem informar com precisão se seus núcleos de formação fazem alguma discussão sobre a temática.

Enf: Não sei se minha profissão debate sobre esse tema. Sei que há um esforço para o atendimento humanizado, a questão do cuidado, mas sobre intersetorialidade eu não sei. Tudo que sei [referindo-se ao tema] foi visto nas reuniões técnicas, nas supervisões e nas especializações mesmo. De forma geral acho que foi o próprio campo da saúde mental que me deu embasamento sobre essa temática.

As: Eu acho que a intersetorialidade tem que fazer parte de todas as ações dos assistentes sociais; porque são a partir dessas intervenções nossas que vai haver essa mediação, que pode ter a integralidade das nossas ações. E, partindo do princípio que a gente não tem como trabalhar individualmente, olhar só para um problema, e sim abranger todas as outras ações necessárias, pois aqui não é aquela caixinha. Há eu só vou cuidar da saúde mental, tenho sim que articular todas as necessidades daquele usuário porque se não a gente vai nadar e morrer na praia.

Psi: Quando eu fiz meu curso essa discussão foi irrisória, muito pouco, então eu vi mais no âmbito das especializações que eu fiz duas: saúde mental e atenção psicossocial e atendimento individual em saúde mental. Mas nós hoje temos a oportunidade de estar ouvindo a necessidade, que é hoje nacional, de nesse atendimento à pessoa com sofrimento psíquico a gente não agir de maneira individual, de termos, claro, as especificidades individuais, mas buscarmos na abrangência das demais profissões, serviços, das outras áreas das ciências. Hoje eu

vejo vários registros, discussões sobre a atuação do psicólogo que promovem isso, mas só vim mesmo participar disso e ter entendimento teórico e prático apenas nas especializações.

Mesmo afirmando não terem visto conteúdos sobre a intersetorialidade em suas formações iniciais, esses relatos nos dão indicações que o contato com as discussões se deu mediante outros temas como o cuidado integral e humanizado, por exemplo. O campo assume um importante papel na mobilização destes profissionais, na formação dos próprios conteúdos do campo, o que leva, seguramente, alguns profissionais a buscarem especializações. É provável que o contato com a narrativa da reforma tenha “despertado” interesse nestes profissionais, seja por desejarem se apropriar das discussões do campo, ou mesmo pela novas subjetividades proporcionadas pela dimensão afetiva-emocional da reforma. De todo modo, este abertura promove o encontro de posturas que considera abordar o indivíduo a partir de várias dimensões ou olhares, um dos depoimentos nos traz elementos que exemplificam esta discussão:

Psi: Então, eu já tive a oportunidade de atender uma pessoa com fome, e tudo que eu perguntava... [pausa]. Eu não sabia que ela estava com fome, ela chegou e me chamaram porque ele não falava nada [pausa] eu fui perguntando e ela não respondia, aí me deu aquele estalo, e eu perguntei: você já comeu hoje? Aí ela balançou a cabeça para dizer que não, aí eu perguntei: você quer comer? Ela balançou a cabeça dizendo que sim. A coordenação queria levar ela para o médico primeiro para medicar e eu disse: não. Ela tinha que primeiro comer. Depois que ela comeu, ela começou a falar, começou a conversar, então, eu não atendi sozinho, chamei o médico, estava a assistente social, e cada um foi observando e dando sua opinião. E assim, como isso deu resultado, pois depois ela fez os atendimentos necessários e aceitou esse atendimento e antes ela não queria que ninguém chegasse perto que queria agredir.

A consideração da necessidade de acolher o usuário percebendo seu sofrimento e procurando manter uma relação de construção de vínculo, mediado pelo entendimento do profissional sobre a importância deste acolher por vários olhares, possibilitou um atendimento que conseguiu resgatar este usuário do seu sofrimento imediato. Talvez, nem fosse o fato da fome como o profissional pontuou, mas a disponibilidade e sua sensibilidade em acolher de forma diferenciada resultaram num atendimento, que provavelmente, evitou uma crise ou um surto agressivo.

Sobre os objetivos de atuação profissional, os participantes dentro de algumas particularidades do seu núcleo expressam satisfação e o sentimento de “dever” cumprido com as conquistas que os usuários conseguem a partir do engajamento no serviço. No entanto,

alguns objetivos diante o contexto político-administrativo são frustrantes para os profissionais, vejamos os exemplos nos depoimentos:

Enf: Acho que atender da melhor forma possível, me sinto realizada quando vejo que aquele usuário que chegou aqui em sofrimento, volta a ter uma vida, temos casos aqui de gente que fez concurso e hoje trabalha na própria prefeitura e de uma pessoa que voltou a estudar e hoje está fazendo faculdade, assim, é muito gratificante ver isso. Então sinto que cumpro com meu objetivo, colaborei um pouco com essas conquistas.

AS: Tentar contribuir para esses usuários tenham sua cidadania resgatada, pois muitos perderam a autoestima. Além da autoestima, perderam os vínculos comunitários, a vontade de sair e de ter essa interligação com a sociedade. E, assim meu objetivo é esse, trazer com minha intervenção, procurar trazê-lo de volta para essa sociedade para ele poder contribuir, construir, viver e ter as mesmas coisas que uma pessoa sem transtorno pode ter.

A realização dos objetivos se dá por meio da melhoria das condições de vida dos usuários gerando satisfação entre os profissionais. Percebemos um envolvimento modulado pela dimensão afetivo-emocional da reforma quando os profissionais projetam sua realização enquanto profissional na realização dos usuários do serviço, como se uma dependesse da outra e neste caso, parece-nos que sim. A dimensão afetiva-emocional atua na produção de novas subjetividades entre os atores, sejam eles técnicos usuários e familiares. Para os usuários, a construção destes vínculos pode provocar um processo de ressignificação na forma como se relacionam com suas limitações, possibilitando o vislumbrar de novos horizontes como poder voltar a estudar, trabalhar e ter acesso aos seus direitos mais básicos e fundamentais, negados pelo modelo tradicional. Para os profissionais esta modulação gera satisfação com seu trabalho, mesmo com tantas adversidades, esta satisfação é um ingrediente importante na realização dos objetivos profissionais (GUIMARÃES, et al. 2011).

Todavia, de acordo com os autores os trabalhadores de saúde mental estão expostos a diversas situações, que podem ocasionar maior ou menor satisfação, neste caso, a satisfação é determinada por aspectos intrínsecos e extrínsecos à gestão e ao ambiente trabalho. Em outras palavras, as condições negadas ou oferecidas pela forma de organização do trabalho podem resultar num aspecto de satisfação ou de insatisfação. A realização dos objetivos profissionais se relaciona com estes aspectos. Neste caso vejamos o depoimento de um dos entrevistados que reflete esta questão:

Psi: Então nesse sistema de plantões eu estou bem aquém de realizar meus objetivos, enquanto plantonista acho que cumpro minha função, mas enquanto trabalhador da saúde mental não. Então o meu objetivo hoje é participar, buscar colaborar com essa equipe e procurar assim não ficar tão insatisfeito com as dificuldades. Já trabalhei em muitos serviços CAPS, mas foi a primeira vez que trabalhei e que me deparei, assim, com coisas administrativas que interferem diretamente em nossa atuação, na minha atuação. Já pensei até de sair daqui, mas voltei atrás e resolvi lutar, e acho que esse é o desafio aqui promover saúde e estar saudável também.

O profissional reconhece o desempenho na função que foi colocado, mas não significa que a execução de determinadas atividades técnicas prescritas resulta na realização dos seus objetivos. Desta feita, a disposição da gestão na organização e condução de algumas atividades interfere na realização dos objetivos. Por outro lado, já evidenciamos exemplos em que os objetivos profissionais se confundem com os objetivos institucionais.

Sobre este respeito, indagamos dos entrevistados se os objetivos institucionais do CAPS são efetivados no âmbito daquele serviço.

Enf: Acho que sim, não plenamente ao ponto de mudar a realidade da saúde mental, mas à vista do que era com certeza e aos poucos a gente vai avançando e conquistando mais as coisas.

As: Acho que o objetivo do CAPS é parecido com o que eu quero, acho que diminuir o sofrimento mental dessas pessoas, preservar os vínculos familiares, colocar a família como centro do tratamento do usuário, além dele e acho que temos muitas dificuldades em alcançar esses objetivos.

Psi: O objetivo básico do CAPS é a desinstitucionalização, mas eu fico um pouco inquieto. É que o município está buscando desinstitucionalizar sem abrir serviço, então assim, [...] a maioria desses usuários que são desinstitucionalizados do hospital psiquiátrico passaram muito tempo sem convívio social, não tem residências terapêuticas suficientes, não tem vagas suficientes, aí eles vão pra casa e a família sem nenhum tipo de vínculo mais, pois eles moravam no hospital, não quer o paciente lá, aí fica na porta do CAPS dizendo que não aguenta mais que o paciente dá muito trabalho, e realmente dá, pois ele tem um comportamento institucionalizado, ele fica aqui mais de mês dependendo da situação. Então eu vejo uma dificuldade em alcançar esse objetivo com meios que temos hoje principalmente em relação à rede de assistência à saúde mental no município.

Evidenciamos três situações diferentes nos depoimentos. No primeiro depoimento a entrevistada considera o atendimento dos objetivos institucionais do CAPS como um processo ainda em curso, com avanços e retrocessos, que tem provocado alguma mudança, não de forma global, mas na vida de alguns usuários. Já a assistente social faz uma modulação dos seus objetivos com os institucionais, colocando-os no campo das possibilidades, de algo que acontece, mas que também não acontece conforme o modelo ideal concebido pela profissional. Para Pitta (2011) os profissionais e suas profissões querem condições ideais de

atendimento aos usuários e também de condições de trabalho para si. No entanto, para a autora, muitos desses profissionais poderiam fazer a diferença em seu cotidiano, mas se veem limitados pelas restrições do seu território, da configuração das equipes e da ausência de compromisso ético-político com os princípios da reforma. O relato de *Psi.*, refere-se às dimensões políticas e técnico-assistencial da reforma. Os avanços prescritos nas normativas em nível nacional, diante a negação, exclusão e restrição da política dos governos municipais e estaduais, desconsideram estes avanços e, portanto, sem consenso na condução das políticas as ações governamentais de âmbito local diluem as conquistas, produzindo uma atenção frágil e sem resolutividade em equipes que estão sujeitas aos ditames dos prefeitos (PITTA, 2011). Neste sentido, as considerações do entrevistado são pertinentes, pois o que se considera ao se desinstitucionalizar uma população dos serviços manicomiais é garantir uma oferta diversificada de mecanismos de suporte. Não necessariamente leitos, mas vagas em centros de acolhidas, residências terapêuticas, nos próprios CAPS e nos hospitais gerais.

Questionados como procedem quando uma demanda atendida necessita de articulação com outros setores, os profissionais relatam que articulam com as condições de realização desses encaminhamentos que tem acesso, considerando novamente as particularidades dos núcleos. Vejamos os relatos:

Enf: Encaminhamos, procuramos saber da possibilidade de atendimento no outro serviço e entramos em contato, estando tudo certo a gente encaminha.

As: A gente conversa com a família, porque não podemos fazer nenhum encaminhamento sem antes conversar com a família. Até para trazer a família para o eixo do tratamento. Depois preenchemos a ficha de encaminhamento fazendo um breve relato da situação, fazemos contatos telefônicos e se necessário acompanhamos esse usuário até o serviço que ele está sendo encaminhado.

Os profissionais demonstram preocupação em compreender a demanda que se coloca para eles em todas as especificidades antes de proceder com o encaminhamento, há também o desdobramento na sondagem do serviço que pretendem encaminhar e da viabilidade desta ação. No entanto, consideramos que nem sempre essa sondagem é possível, até mesmo pelo volume de usuários que o serviço atende. Esta consideração decorre do que os profissionais definem como encaminhamento seguro, ou seja, o encaminhando que tenta minimizar as falhas e a negação do atendimento. Para os entrevistados a situação de negação do atendimento reforça no imaginário dos usuários a sua condição de exclusão.

Diante destas considerações indagamos dos participantes sobre as principais dificuldades em encaminhar os usuários para os serviços da rede de saúde. Os comentários colocam em destaque o preconceito dos profissionais com os usuários da saúde mental e o fato de muitos desses usuários não terem família o que inviabiliza alguns encaminhamentos, como podemos observar nos depoimentos:

Enf: Preconceitos às vezes só por saberem que é usuário da saúde mental, não querem atender a pessoa, dizem que não é lá, que ele tem que ficar no CAPS ou num hospital psiquiátrico. Parece mentira, isso entre profissionais de saúde. Enfim, é uma luta combater isso, porque a gente tem que sensibilizar e até brigar, mas estamos aí na luta mesmo, quem entra nessa área tem que saber disso, é matar um leão por dia.

As: Muitos desses usuários são sozinhos e quando tem um familiar esse não tem um entendimento do que é necessário para eles, e por vezes se encontrarem sozinhos esse encaminhamento se perde, então essa articulação se perde, então sabemos da fragilidade dos serviços também de ir a busca ativa desses usuários e se ele [se referindo ao usuário] não efetivar essa articulação ela acaba se perdendo, mas por insistência da equipe esse encaminhamento termina se concretizando.

Psi: Nas reuniões recebemos reclamações, então, para mim é a maior dificuldade é em encaminhar para o PASM. Outro problema para encaminhar é com o próprio SAMU, que só que vir para o CAPS acompanhado pela polícia.

São muitas as dificuldades envolvidas neste processo de encaminhamento, inclusive entre os próprios dispositivos da rede, o que demonstra que os dissensos acabam por influenciar diferentes dimensões da produção do cuidado. Interfere na construção das subjetividades de usuários e profissionais, na realização de seus objetivos e principalmente na implementação mais efetiva da RAPS. Como já mencionamos os avanços em âmbito nacional, do modelo prescrito, se dilui em ações pulverizadas e pouco coordenadas das gestões locais produzindo um cuidado baixa qualidade. No entanto, o sucesso da reforma reside na construção de uma noção de cuidado que considere um amplo espectro de possibilidades com respostas não confinantes que deem possibilidades de suporte para estas pessoas que estariam fadadas a viverem abandonadas nas ruas ou nas instituições psiquiátricas.

Para finalizar, questionamos os participantes sobre as categorias profissionais que mais facilitam o trabalho em equipe na instituição. Os comentários reforçam alguns posicionamentos que temos identificado no decorrer das entrevistas quais sejam: a) a concepção que as dificuldades advêm não de uma categoria específica, mas sim do profissional; b) categorias com corte social que teoricamente estariam mais afeitas as discussões sobre a prática intersetorial como o Serviço Social e a Psicologia facilitam o

trabalho em equipe; 3) reconhecimento da participação de todas as categorias, mas faltam ainda espaços de aprendizagem e capacitações sobre a prática intersetorial como forma de sensibilizar estes agentes.

Enf: Essa é boa, todos na medida do possível colaboram, mas tenho afinidade mais com o Serviço Social, com os oficineiros, acho que eles facilitam o trabalho em equipe e se esforçam mesmo para fazer as coisas.

As: Acredito que a maioria facilita, agora tem algumas categorias que são mais difíceis, assim, não é nem tanto a categoria, tem alguns profissionais que não têm tanto conhecimento da intersectorialidade e que precisavam mais de capacitações e fóruns, oficinas.

Psi: Quanto à abertura acho o Serviço Social, pois temos várias demandas de ordem social, a pedagogia para entrar com essas questões básicas de ensinar como assinar o nome, limitações de leitura e escrita, a enfermagem com os cuidados básicos, e a própria terapia ocupacional.

Apesar das dificuldades entre os profissionais, é nesse processo que aumenta as possibilidades de construção de alternativas ao modelo asilar que ainda se incide no cotidiano de trabalho do campo da saúde mental. Pois é justamente pela configuração do campo com seus diferentes atores, perspectivas teóricas e noções diversificadas sobre o cuidado que não deixa o saber médico dominar todos os processos. Nessa conformação entre campo e os *habitus* individuais dos profissionais, por exemplo, podem surgir modulações tanto de identidades que facilitam processos e que assumem o compromisso ético-político com a reforma quanto identidades, que mesmo não admitindo o discurso do modelo asilar tomam algumas posturas deste modelo na construção de suas ações. O que se garante é a convivência desses perfis no mesmo ambiente, que impede a sobreposição da postura asilar sobre as demais. E nesta configuração a intersectorialidade participa como campo que ajuda a moldar o cuidado em saúde mental, tal como os profissionais orientam suas ações, sejam práticas ou arranjos.

Por fim, a construção das ações intersectoriais e dos arranjos emergem da convivência desses modelos no âmbito da rede, compondo um contexto multivariado de distintos desafios, mas também de inúmeras possibilidades.

6.6 Modelos de práticas intersectoriais no campo da Saúde Mental: uma tipologia

Consideramos que a forma como os profissionais processam as ideias de intersectorialidade em seu cotidiano profissional é uma síntese das determinações políticas,

sociais, culturais e simbólicas que estão presentes no ajustamento dos diferentes *habitus* com o campo. Diante desse entendimento, produzido no conjunto das análises, nos parece pertinente retomar um dos nossos objetivos: desvendar os modelos concretos de implementação da intersectorialidade no âmbito das práticas no campo da saúde mental.

Para isto, se faz necessário considerar esta tese como um empreendimento conceitual e metodológico que tenta favorecer a compreensão, por meio das várias mediações, da complexidade de nosso objeto que transita no campo da gestão de políticas públicas e no campo mais geral da saúde. Desse modo, desenvolvemos um modelo de leitura dessa realidade particular que certamente produzirá novas abordagens e formas de se observar o fenômeno da intersectorialidade.

No caso específico desta análise, realizada a partir do confronto dos dados produzidos na pesquisa empírica com o modelo de interpretação da intersectorialidade desenvolvido na pesquisa bibliográfica, apresentamos as principais interpretações das relações que se processam no interior das equipes analisadas.

No conjunto dessas análises, fica evidente que as equipes possuem configurações distintas, embora com quadros distribuídos por categorias profissionais mais ou menos uniformes. A configuração mencionada refere-se à capacidade, em particular, de cada equipe ou serviço construir ações ou arranjos intersectoriais.

Estas configurações estão atreladas a processos que evidenciamos no decorrer do estudo, e sobre os quais elaboramos algumas considerações, que enumeramos a seguir:

1) A natureza do serviço tem um papel na correlação de forças dentro da equipe: em todos os serviços encontramos posturas afeitas tanto ao modelo psicossocial quanto ao modelo asilar, mas a correlação de forças não foi a mesma em todos os espaços. Nos CAPS, a tendência predominante entre os profissionais foi a de valorização do modelo psicossocial, com algumas posturas híbridas, enquanto no PASM, pela natureza do objeto de intervenção daquele serviço, a correlação de força pesou mais para o lado do modelo asilar. Entretanto, esta explicação é apenas uma maneira de compreender parte do processo, obviamente que a convivência entre os dois modelos e entre os diferentes profissionais produzem diversos arranjos;

2) A importância das coordenações e da gestão: as coordenações dos serviços em certa medida determinam a condução do trabalho em equipe de modo formal, ou seja, a postura institucional que a equipe deve reproduzir, além de assumir a interlocução das

demandas com a gestão. Portanto, uma coordenação mais “fechada” aos processos participativos e de integração da equipe reduz as possibilidades de efetivação das práticas com base no cuidado, priorizando assim o cumprimento de metas, fluxos e protocolos;

3) **A compreensão sobre a intersetorialidade:** o entendimento dos profissionais sobre o tema está determinado na forma como ele se expressa no campo, ou seja, mediante as redes e o trabalho em rede que induz o processo de internalização de certos princípios, valores e saberes. Esta internalização produz uma noção alargada de cuidado que passa a orientar a maioria das práticas nos diferentes contextos;

4) **Compartilhamento dos princípios da Reforma:** mesmo que em cada caso analisado os profissionais tenham produzido formas distintas de se perceber o desenvolvimento da reforma, eles acabam incorporando às suas práticas, valores e posicionamentos que traduzem a narrativa da reforma para dentro do campo. Mesmo nos posicionamentos mais críticos e contrários, os profissionais se veem obrigados a confrontar as diferentes formas de cuidar;

5) **Posição dos profissionais na configuração do serviço:** Todos os profissionais são importantes na realização dos objetivos institucionais do serviço (prescrito ou interpretado), mas seu desempenho e consequentemente realização de seus objetivos profissionais dependem da sua capacidade de realizar determinadas ações considerando os recursos disponíveis, o capital social que possuem, assim como a posição dentro da equipe. Desta maneira, o profissional da ponta tem maior liberdade na condução do seu atendimento direto aos usuários, fácil acesso a rede social desses indivíduos podendo articular sua rede de relações para garantir atendimentos em outros serviços e setores. Alguns profissionais quando estão na responsabilidade por um plantão exercem uma liderança na pactuação dos atendimentos de forma mais participativa e preservando os princípios da reforma, ao contrário do que faria um profissional menos afeito aos valores do campo, caso estivesse na mesma posição. Os profissionais que compartilham dos princípios da saúde mental, ao assumirem as coordenações e direções conseguem fazer mediações entre a equipe e a gestão de forma a tentar proteger os interesses do campo.

Diante do exposto, cabe-nos retomar alguns conceitos do nosso modelo explicativo:

1) **Ação intersetorial:** tipo de ação social que ocorre quando o sentido assume as características atribuídas à intersetorialidade e são desenvolvidas a partir do seu

compartilhamento. O encadeamento dessas ações intersetoriais se conformam numa *prática intersetorial* daquela equipe.

2) **Arranjo intersetorial:** iniciativa individual do profissional, motivada pelas características atribuídas à intersectorialidade. Entretanto, o sentido não é compartilhado pelos membros da equipe no estabelecimento da parceria ou da ação de cooperação. Por várias razões, demonstradas pelos profissionais nos grupos e nas entrevistas, eles realizam arranjos intersetoriais para dar continuidade ao cuidado. Denominamos de *táticas intersetoriais* o conjunto desses arranjos. As táticas fazem parte de uma estratégia profissional e podem ser compreendidas como os caminhos que devem ser trilhados para a execução de um determinado projeto, combinando ações e recursos com características diferentes. Ficou claro que os profissionais utilizam das táticas como forma de viabilizar a integralidade das ações, combinando o uso das ideias da intersectorialidade com os laços de amizade e solidariedade que efetivam este tipo de arranjo.

No entanto, há algo que sobrepõe às práticas e as táticas intersetoriais: a produção do cuidado. Diante da pluralidade de leituras do contexto de análise podemos dizer que há duas noções de cuidado que orientam as equipes analisadas:

Cuidado instrumental: refere-se ao cuidado produzido por meio das intervenções clínicas e procedimentos técnicos que emergem da pulverização das perspectivas dos agentes profissionais. Este tipo de cuidado se apresenta de forma ambígua expressando a tensão permanente entre aqueles que defendem os princípios da reforma e os que refutam suas conquistas.

Ethos do cuidado: noção alargada do cuidado que toma a integralidade da assistência e do cuidado como um valor, e parte do reconhecimento inalienável da interação entre as diferentes políticas, setores e atores na construção de alternativas que superem a exclusão das pessoas em sofrimento mental e que viabilize o principal princípio da reforma: a desinstitucionalização. Portanto, este *ethos* não se restringe apenas as competências e tarefas técnicas, mas considera os vínculos subjetivos, a cultura do território e os elementos simbólicos dos usuários, familiares e comunidade. O *ethos* tomado na sua constituição entre os valores dos campos da intersectorialidade e da saúde mental se converte na produção de relações intersubjetivas e se desenvolve no campo de forma contínua superando as limitações presentes nos núcleos profissionais e da fragilidade dos recursos institucionais.

A forma como a intersectorialidade modelou esta compreensão de cuidado permite reconhecer a importância das subjetividades presentes na implementação de uma política pública. Nesse sentido, a formação das redes institucionais, pessoais, colaborativas e solidárias surge como uma possibilidade concreta de efetivação dos princípios da reforma psiquiátrica, onde os mecanismos técnico-burocráticos já não respondem mais.

Desta feita, afirmamos que a intersectorialidade se afirma como um campo de possibilidades que viabiliza processos de construção de novas identidades, novas formas de pensar a construção das políticas de saúde mental considerando o universo simbólico de seus agentes.

O nosso modelo de interpretação demonstrou-se profícuo. No entanto, o confronto com a realidade mediatizada pelas vivências e experiências relatadas pelos profissionais conformaram uma tipologia de realização das práticas de cuidado com algumas particularidades.

Consideramos que a prática intersectorial, como a descrevemos, é um tipo ideal e como tal não existe de forma concreta no contexto da análise, mas a partir de sua definição novas tipologias foram identificadas que nos permitiram agrupar as experiências das equipes estudadas:

- **Prática intersectorial residual:** Este tipo de prática preserva algumas características do “tipo puro”, principalmente o compartilhamento do sentido das ações entre os profissionais no encadeamento da prática. Porém, esta prática é realizada de modo informal, sem o apoio da gestão, por meio das relações pessoais e de solidariedade da rede entre os diversos profissionais espalhados pela rede institucional. Tem como horizonte o *ethos do cuidado* que integra o campo, mas envolve também a satisfação pessoal (forjada na dimensão afetivo-emocional) de realização a partir da melhoria das condições de vida da população. Os profissionais tentam recompor por meio desta prática a fragilidade da rede e a inoperância da gestão na oferta dos serviços públicos. No seu desenvolvimento o sentido é compartilhado por todos os envolvidos. Porém, vale destacarmos que dentro do serviço nem todos os membros realizam este tipo de prática, que coexistem com as práticas híbridas, com os arranjos intersectoriais e com outras formas de operar o trabalho na saúde mental.

- **Prática intersectorial híbrida:** consiste na alternância do acesso à rede e aos recursos disponíveis nos territórios, utilizando tanto dos mecanismos formais e burocráticos quanto das relações pessoais e de solidariedade. Todavia, por razões subjetivas, nem todas as

demandas recebem o mesmo esforço na construção desta prática, podendo haver apenas a utilização dos mecanismos formais da rede institucionalizada sem acesso à rede de relações da equipe. Nem todos os profissionais da equipe realizam este tipo de prática. Porém, diante da negação do *ethos do cuidado* em qualquer nível ou setor, há recorrência ao Ministério Público e à Justiça na busca da efetivação do objetivo.

Em ambos os tipos, as práticas não envolvem todos os membros da equipe, por isso, dependendo da organização do serviço, da posição que a equipe ocupa, podem se configurar núcleos onde essas práticas aconteçam, o que não determina o perfil do serviço. No entanto, observamos que essas práticas são processadas por profissionais que têm uma compreensão mais elaborada do debate da intersetorialidade e do campo da saúde mental, onde os objetivos dos núcleos profissionais se integram à rede discursiva do campo. Há tendência para consideração da interdisciplinaridade dos processos de trabalho, da integralidade enquanto valor a ser sustentado e como modo de organizar os processos de trabalho.

O encadeamento dos arranjos intersetoriais sofre também, face às questões levantadas, modulações para dar conta dos processos vivenciados pelas equipes analisadas. Neste caso, como já mencionamos, o encadeamento dos arranjos produz táticas intersetoriais que consiste na escolha de elementos que compõem a busca do cuidado, mas que o sentido da intersetorialidade não é partilhado. As táticas são definidas pelos tipos de arranjo estabelecidos, dependendo do contexto e do caso, assumem algumas características:

- **Táticas intersetoriais puras:** consiste no encadeamento de arranjos intersetoriais quando um profissional ou equipe imbuída do sentido dado pela intersetorialidade acessa sua rede de relações para efetivar o sentido de sua ação. Porém, o profissional que estabelece a continuidade da ação a ser realizada não compartilha do mesmo sentido. Geralmente são os laços de amizade e a trocas de favores que favorece este tipo de arranjo.

- **Táticas “intersetoriais” difusas:** o fator intersetorial só é considerado neste tipo de tática por conter a disposição dos atores em diferentes setores das políticas públicas. Todavia, não há a reprodução dos valores atrelados à intersetorialidade e a noção de cuidado não se refere à noção alargada considerada pelo campo. Os arranjos difusos são realizados para fortalecer o mecanismo de troca de favores, ou de casos “indicados” onde nem sempre a prioridade é o cuidado do usuário. Além da troca de favores este tipo de tática pode fortalecer determinados projetos de poder dentro das instituições, para demonstrar a supremacia de

argumentos do conhecimento médico, e de seu poder diante dos demais profissionais reafirmando determinado projeto profissional.

A partir da análise empreendida com a realização dos grupos focais e aprofundada pelas entrevistas, foi possível verificar outras formas de composição de práticas e ações no interior da equipe, que necessariamente não articulam elementos próprios da intersectorialidade, mas que preservam determinadas características dos conhecimentos de campo e de núcleo:

- **Práticas permeáveis:** os profissionais no interior do serviço realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas de atuação, mas estas intervenções são permeáveis com os conteúdos do campo e orientadas pela noção de cuidado. Por exemplo, esta prática se expressa em ações, tais como: o atendimento social realizado pela assistente social; a escuta psicológica ou psicoterapia realizada pelo psicólogo; a consulta com diagnóstico e prescrição pelos médicos/psiquiatras; as ações técnicas do corpo de enfermagem. Contudo, os profissionais também realizam ações comuns a todos outros, sem estarem relacionados com nenhum campo profissional em particular, mas mesclam características do seu núcleo profissional com os conteúdos do campo. Por exemplo, um assistente social realiza uma oficina terapêutica, e nessa atividade imprime características de seu campo como a questão da autonomia, liberdade e defesa dos direitos; ou uma enfermeira que no conjunto de suas ações específicas, as desenvolve com ênfase nas escutas aos usuários e familiares; ou um psicólogo que realiza reuniões com famílias e tendem a trazer elementos do arsenal psicológico para esses espaços. Portanto, dentro desta permeabilidade mesclam elementos do campo com a do seu núcleo profissional;

- **Práticas núcleo centradas:** se expressam naqueles profissionais que pautam suas ações apenas nos seus conhecimentos de núcleo. Que tentam produzir uma atenção de qualidade, mas não se coadunam com certos princípios do campo. Integram quase que grupos autônomos no interior das equipes, não participando das reuniões e se excluindo dos processos comunicativos da equipe. Podemos citar como exemplo o atendimento realizado por alguns médicos: centrado no diagnóstico, nos recursos de suporte e na prescrição. Identificamos também este tipo de prática entre os farmacêuticos, que se isolam em seu núcleo, realizando atividades meramente técnicas.

Podemos ainda dispor que nos serviços analisados, a estrutura social que os envolve, as características destas relações e dos indivíduos são cristalizações dos movimentos de trocas

que produzem encontros e desencontros na rede de saúde mental. Portanto, essas múltiplas relações moldam as diversas redes evidenciando a complexidade de se trabalhar neste campo.

Vale destacarmos que essas múltiplas relações são moldadas na interação dos conteúdos simbólicos dos atores sociais, com as experiências e conteúdos do campo, delimitadas pelos contornos políticos, culturais e sociais do contexto que a circundam. A partir dessas interações emergem diversos processos intersubjetivos que caracterizam as redes de trocas no âmbito do campo. Referimo-nos aos processos entre os agentes, os usuários e as famílias; as intersubjetividades entre os agentes/agentes que configuram as relações no interior das equipes; as intersubjetividades entre agente/gestão, que determina o desencadeamento de entendimentos e de diversas ações e, por fim, e não menos importante, as intersubjetividades entre a equipe/comunidade como forma de legitimidade do trabalho e afirmação dos valores do campo.

Estas subjetividades que permeiam as relações na rede se expressam alternando a forma de agir dos profissionais, entre uma interação de base comunicativa, e uma ação instrumental. As ações de interação e comunicação favorecem a construção de um projeto assistencial comum a todos da equipe, diferente das ações centradas apenas no saber instrumental dos núcleos. Estas relações colocam a equipe em constante processo de reflexão sobre seus valores, suas práticas e assume a função de componente fundamental das ações em saúde mental, que reverte à noção de trabalho individual e coletivo pragmático, conservador e estereotipado.

Podemos inferir que ação da política de saúde mental e da consolidação institucional da RAPS, realiza-se a partir dessas relações no campo que passam também pelos vínculos entre os indivíduos. E o que isto significa? Significa dizer que para a implementação da política de saúde mental deve-se considerar que essas relações estão na base de uma rede independente que estabelece valores e estratégias diferentes dos modelos prescritos adotados pela gestão, ou dos sistemas formalizados, combinando-os ou negando-os de acordo com seus próprios valores. Essa consideração nos permite entender que a dimensão subjetiva e simbólica dos sujeitos e dos grupos sociais compõe o desenho das práticas em políticas públicas.

Desta feita, como já observou Goldberg (1998), há a transição no contexto analisado do modelo de processamento das práticas centrado na tarefa, no qual o cumprimento da meta, da execução da atividade prevalece a todo custo. Para o modelo de prática centrado no indivíduo, que considera suas necessidades, seu diagnóstico e no atendimento de suas

demandas. Entretanto, com a perspectiva de análise que aventamos para efetivação das práticas que objetivam o cuidado integral como valor, a transição se fará por meio de modelo centrado nas relações que considere as intersubjetividades já elencadas. Em outras palavras, a RAPS, a narrativa da reforma e a intersectorialidade são processadas nas redes de relações do campo. Portanto, a compreensão do campo e a consideração dessas redes são determinantes para efetivação de uma política.

Os modelos das práticas expressas nesta tipologia se aplicam num determinado contexto não sendo possível sua reprodução ou replicação para outra realidade. Os contextos são múltiplos e variados e podem esconder diversas formas de processamento das práticas sociais de cuidado permeadas pelas ideias da intersectorialidade. No entanto, o modelo traz à tona a consideração que as políticas públicas de saúde mental se materializam mediante as interações dos atores políticos (gestores, usuários, familiares) e profissionais (técnicos, trabalhadores, equipe) com seus respectivos capitais tendo como contexto o campo da saúde mental.

Por sua vez, as interações e suas articulações entre esses atores ocorrem na extensa rede de trocas simbólicas que se engendra pela rede institucional, como elemento humano vivo, complexo e contraditório. Essas articulações ao se mobilizarem em torno do cuidado do usuário da saúde mental, na conjugação de esforços, utilizando-se de todos os recursos disponíveis nesta grande rede de relações, produz um trabalho em rede, por meio da articulação destas diferentes práticas preservando assim os valores do campo.

Desta feita, a intersectorialidade se afirma como um campo de disputa e de produção de experiências no âmbito da saúde mental que talvez seja menos determinado por sua configuração institucional e mais constituído por suas relações simbólicas e culturais que se estabelecem entre os indivíduos e as instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das nossas reflexões, propomos formas de abordagem do objeto que se combinam num movimento de aproximação conceitual e metodológica da intersectorialidade no campo da saúde mental. Este movimento de sucessivas aproximações foi delimitado pela abordagem compreensiva das relações sociais que elegemos para este trabalho.

A conformação do nosso modelo de interpretação se deu a partir da necessidade de construir conceitos para analisar os dados empíricos. Os conceitos foram produzidos a partir de uma lacuna na produção do conhecimento sobre os temas abordados neste trabalho, os quais, na maioria das vezes, são reduzidos em suas dimensões técnicas escondendo as relações que dão sentido e moldam as práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde.

Por meio da análise bibliográfica foi possível desvelar, por exemplo, as principais abordagens que os atores sociais atribuíam à intersectorialidade em suas investigações empíricas, documentais, interventivas e teóricas. Os próprios atores que participam destes estudos contribuindo com a discussão do tema, ganharam visibilidade quando pudemos perceber suas configurações e interesses tanto no campo da gestão pública, quanto da saúde coletiva. A intersectorialidade se converte em um campo polifônico, onde muitas vozes tentam imprimir determinadas características ao termo, tomando-o muitas vezes apenas como uma estratégia de gestão, modelo político ou prática profissional. Quando o elemento comum que costura o debate em torno da intersectorialidade emerge da sua capacidade de processamento dos problemas complexos, extraindo dos diferentes contextos soluções para as questões contemporâneas. Neste sentido, se dilui a ideia de setor, de integração entre políticas e de eficácia das políticas públicas para se perceber que a intersectorialidade é um campo, e não podendo ser conceituada de outra forma. Um campo político de produção de sentidos e significados que dá conta de inúmeras experiências no âmbito da gestão das políticas públicas e das práticas sociais. Experiências das quais partem os principais temas, valores e conceitos que se integram ao campo discursivo da intersectorialidade, para definir as formas de processamento das dimensões da política e das práticas sociais que o termo comporta. Estas dimensões, num processo de imbrincamento orientam diferentes práticas e definem características próprias e ideias que compõem o leque semântico relacionado ao termo.

Portanto, delimitado o principal conceito do nosso quadro de análise, nos defrontamos com outro desafio: compreender a constituição do campo da saúde mental e

como a intersetorialidade se incidiu nesta formação. A análise bibliográfica sobre a saúde mental nos revelou uma profusão esquizofrênica de temas, vertentes e tipos de estudos que são comportados pelo termo. Entretanto, a resposta racionalizadora desta etapa se deu mediante a constatação de que o campo da saúde mental é relativamente novo, e, portanto, demarcado por movimentos conjuntários também recentes. Desta feita, o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil delimitou os contornos da saúde mental, embora seus conteúdos não sejam recentes, por agregarem também diversas perspectivas inclusive da psiquiatria. Também não há consenso entre os autores analisados sobre uma definição mais precisa para a saúde mental, então a partir da escolha de conceitos bourdieusianos pudemos reconstituir a formação do campo a partir das forças que o compõe, dos grupos que o integram, das discussões que se entrelaçam e das correlações de força entre os atores que agem a partir da busca de determinados capitais.

Contudo, nessa conformação participa de forma decisiva o movimento da reforma psiquiátrica que com sua narrativa faz a interlocução das ideias do campo da intersetorialidade com o da saúde mental. Por sua vez, a narrativa da reforma moldada por experiências nacionais e internacionais de desinstitucionalização da loucura, constituída a partir do substrato de reforma psiquiátrica da Itália, reforçou significativamente a ideia de intersetorialidade.

A partir da colaboração da produção teórica sobre a reforma psiquiátrica e da análise das dimensões em que a reforma é processada, foi possível construir uma definição para o campo da saúde mental. Assim, a definição foi elaborada a partir da interação com os conceitos mencionados e como se percebe a constituição da própria reforma enquanto um processo social complexo, produtor de uma narrativa que molda e dá forma ao campo da saúde mental.

Nesta modulação, os conteúdos da intersetorialidade são processados nas experiências dentro do campo, assumindo os valores presente na narrativa da reforma, criando novas possibilidades práticas e teóricas que confirmou num novo tipo de cuidado que passou a ser objeto do campo. Um cuidado não apenas como resultado de um arsenal teórico-prático oriundo de uma saber instrumental, mas um cuidado como categoria cultural que sintetiza os valores de um determinado grupo, que se torna um *ethos*. A efetivação desse cuidado, portanto, passa pela integração e interação dos atores sociais, por meio de suas relações que se espalham compondo ou integrando as redes.

A rede e o trabalho em rede emergem como as principais formas de processamento desse cuidado, pois representam também as modulações no âmbito das práticas sociais, porém delimitadas pelas noções do campo da intersectorialidade.

Esses conceitos se relacionam e se integram ao nosso modelo teórico de análise, a partir das várias leituras, da decupagem realizada por intermédio dos conceitos da abordagem compreensiva. Assim, por meio da nossa análise bibliográfica, pudemos conhecer os modelos de gestão que impactam a saúde mental a partir das diversas experiências destacadas pelos artigos analisados; os embates no cotidiano de trabalho dos CAPS; a composição e disposição das equipes e a contribuição de núcleos profissionais ao debate mais geral do campo e as especificidades para determinadas categorias. Todos esses movimentos e temas foram revelados a partir desta análise compondo um quadro rico de vivências e experiências que o campo tem abrigado.

Desta feita, de posse do nosso modelo que considera a intersectorialidade como um campo que estrutura as ações de saúde dando evidencia as práticas e arranjos intersectoriais, passamos a olhar para os nossos dados empíricos de modo a revelar a composição dessas práticas nas equipes pesquisadas. Os dados empíricos foram coletados por meio de estratégias de pesquisa diferentes, mas os seus resultados de inter cruzam para a construção da presente análise.

Inicialmente, adentramos os serviços considerando dois caminhos: 1) a via de relacionamento já estabelecida pelo pesquisador com o campo, por participar de projetos institucionais no âmbito da saúde mental, tais como o Pet- Rede de Atenção Psicossocial e o Pró-Saúde; 2) o debate sobre a pesquisa no âmbito dos serviços que garantiu o envolvimento e a participação dos profissionais e fortaleceu o diálogo com as equipes.

A partir dessa interação e das observações empreendidas começamos com o processo de pesquisa de campo, inicialmente com as observações, seguidas pelo desenvolvimento dos grupos focais, aplicação dos questionários, e por último a realização das entrevistas.

A partir do nosso modelo e tendo como horizonte os objetivos do estudo passamos a construir a nossa interpretação, associando as dimensões de processamento da intersectorialidade com os nossos objetivos. Essas dimensões foram contempladas nos instrumentos de coleta e refletem as disposições do modelo.

Portanto, as dimensões do modelo contempladas nos grupos focais expressam a relação da saúde mental e as discussões sobre a rede tendo como pano de fundo as

características da intersectorialidade. Essas dimensões auxiliaram na compreensão da organização das dinâmicas das equipes e do envolvimento do trabalho dos profissionais com a dimensão política da reforma, e com o perfil da gestão. Ao considerar as dimensões do processamento da intersectorialidade facilitou a percepção de vários conceitos, no âmbito das práticas, tendo como cenário o próprio serviço e o discurso em interação dos participantes nos grupos focais realizados.

As dimensões contempladas nas entrevistas ajudaram a perceber o modo como os profissionais interpretavam os conteúdos da intersectorialidade tendo como referência o próprio campo de atuação. As opiniões expressas nas dimensões política, técnica e profissional delimitam suas percepções e revelam a forma como essas concepções se convertem em atividades práticas. Neste sentido, a partir das interpretações foi possível desenvolver um modelo que explica as práticas desenvolvidas no contexto analisado.

O conhecimento do perfil da equipe, por meio dos questionários, trouxeram importantes elementos que demarcam o comprometimento dos profissionais com os valores do campo. Pois os elementos de ordem estrutural, das condições de trabalho interagem com os elementos simbólicos e culturais dos agentes e do campo produzindo determinados tipos de práticas.

Portanto, ao confrontar os produtos dessas análises, foi possível descrever os tipos de práticas que processam a intersectorialidade no âmbito da saúde mental no município pesquisado. Além disso, possibilitou compreender as relações de forças nesse contexto, e revelar outros arranjos de organização do trabalho em saúde mental, que emergiram a partir do olhar impresso por nossa interpretação.

Reiteremos que os modelos identificados não podem ser reproduzidos de maneira direta para outros contextos, tendo em vista as particularidades da rede de saúde mental de João Pessoa. Todavia, podem servir de parâmetro analítico para perceber as variações entre as práticas de cuidado desenvolvidas em outras situações. O nosso modelo teórico, carece de aprofundamento, mas não nega a sua capacidade de fomentar outras abordagens que reconheçam a dimensão simbólica de processamento das práticas sociais.

Consideramos a dimensão subjetiva, cultural e simbólica como inerente ao desenvolvimento das ações de saúde de caráter intersectorial, pois a partir delas podemos desmitificar a apropriação do social, do político e do cultural, na construção de repostas que atendam adequadamente os problemas de saúde. Pois as ações em saúde devem considerar as

experiências, o mundo da vida, os sentimentos e valores do que estão envolvidos na construção dessas práticas.

Acreditamos que a abordagem utilizada, com a combinação e triangulação dos resultados da análise de diferentes técnicas de pesquisa, tenta superar as metodologias próprias de análise da gestão das políticas públicas e da saúde que partem da ótica dos processos objetivos e que seriam mais apropriadas para análise de êxito técnico de uma ação ou programa. Nossa abordagem fomenta propostas interpretativas capazes de compreender os diferentes arranjos e práticas que se realizam tanto no âmbito político quanto institucional.

Neste sentido, consideramos algumas proposições nesses âmbitos, que surgem a partir do debate levantado nesta tese:

Âmbito político: o trabalho levanta a discussão para se compreender a intersectorialidade como um campo político de transição que produz sentidos e significados sobre as políticas públicas e suas práticas. Esta consideração decorre do reconhecimento da produção das intersubjetividades, do conteúdo simbólico e cultural dos agentes sociais, com forma de consolidação e efetivação das políticas públicas. Tais conteúdos podem ser contemplados no desenho das políticas e aparecem associados com outros temas como a participação social, os espaços de comunicação e construção de objetivos partilhados entre outros. O termo “transição” surge na capacidade que a intersectorialidade imprime nesse âmbito, que pode fomentar novas formas de fazer política pública no Brasil.

Âmbito das práticas: a discussão possibilita compreender que a dimensão simbólica, afetiva e cultural é determinante no processamento dos modelos práticos, ou seja, determinam a vida e a duração do modelo. A intersectorialidade se converte num conjunto de práticas que superam um agir instrumental e burocrático para a construção de práticas que compartilham os conteúdo simbólicos e afetivos do campo.

Âmbito do Cuidado em Saúde: neste âmbito o estudo propõe uma compreensão de cuidado que é moldada pelos saberes e práticas construídos sob os valores do campo. No caso da saúde mental, o cuidado que orienta boa parte das práticas é produzido pela interação das ideias relacionadas com intersectorialidade com os princípios do campo, que tomam a

desinstitucionalização e o cuidado integral como um valor, pautado tanto na dimensão do direito à vida, à dignidade e da saúde como uma forma de ética profissional.

Não obstante as estes desdobramentos, a partir da análise dos dados empíricos foi possível também descrever processos particulares que integram o nosso contexto. Assim, tecemos algumas considerações sobre os processos no âmbito da rede de saúde mental de João Pessoa:

Sobre a Gestão: A gestão tem assumido uma postura contraditória nas questões relativas à implementação da rede. Notadamente, atua por interesses políticos partidários desconstruindo algumas das conquistas dos trabalhadores da saúde mental. A adesão à RAPS foi firmada pela gestão anterior, mas os processos decorrentes desta adesão não estão sendo garantidos, o que tem resultado no baixo potencial dos serviços em atender as demandas. Por um lado se estimula a redução dos leitos psiquiátricos, mas não se garante a ampliação das vagas nos CAPS e nem na estruturação de outros serviços de suporte. Neste sentido, a gestão desconsidera os valores do campo, recusa o diálogo com os profissionais, usuários e comunidade, imprimindo um modelo de gestão controlador.

Sobre os usuários: Considerando a dimensão intersubjetiva de efetivação das práticas de cuidado é preciso desnaturalizar a condição de subalternidade dos usuários, de incapazes e perigosos, ou do indivíduo em constante sofrimento. Devemos compreendê-los enquanto indivíduos relacionais, que possuem recursos simbólicos, culturais e subjetivos que moldam a forma com se relacionam com os serviços, políticas e práticas. A emergência da possibilidade de pensar os usuários enquanto produtor de relações evita a redução de sua existência à dimensão da pobreza ou do seu diagnóstico.

Sobre as Redes: As redes constituem-se modelos diversos, que combinam a presença da rede-institucional, rede sociotécnica com a rede de relações. O gerenciamento da rede é realizado formalmente pela gestão, mas é operado pela rede de relações dos profissionais que a utilizam para atender tanto o cuidado da atenção em saúde quanto interesses particulares de alguns agentes. Contudo, podemos resumir a composição da rede de

saúde no contexto analisado em dois tipos: a **rede visível** e a **rede invisível**. A rede visível agrupa tanto redes institucionais quanto relacionais de forma que sua articulação fica explícita para a equipe. A rede invisível é composta pelas trocas simbólicas entre usuários e profissionais que são geridas e reproduzidas pela intensidade e volume das relações e se tornam invisíveis para a gestão. Podem também serem configuradas pelas trocas de favores que produz uma rede paralela de atendimento à saúde.

Ao considerar esses aspectos no âmbito da rede de saúde mental de João Pessoa, foi possível realizar o detalhamento das relações que se estabelecem entre os profissionais, a gestão e os usuários no interior dos serviços mediante a atualização do nosso modelo de análise. Além disso, sem perder de vista os padrões mais gerais do campo, pode-se introduzir novas possibilidades de compreensão de sua formação, da implementação da política e do papel da gestão.

Tomamos como ponto de partida o debate sobre os temas da intersetorialidade, saúde mental e reforma psiquiátrica, em suas inter-relações para a construção do nosso modelo. Em seguida, partimos para a identificação dos atores e de suas posições na construção das práticas dentro do campo. A partir do confronto do modelo interpretativo com os padrões de práticas identificadas nas equipes foi possível analisar e explicar vários processos relativos à implementação da política de saúde mental no município.

Este processo nos indica formas particulares de se realizar a prática intersetorial, formas específicas de relacionamento entre os agentes envolvidos na construção da política, articulados numa rede de trocas simbólicas.

Por fim, sugerimos que as questões tratadas neste trabalho podem e devem ser aprofundadas em estudos futuros. Essas pesquisas devem abordar outras categorias e teorias, que possam contribuir com a compreensão da intersetorialidade como campo, ampliando também o reconhecimento de sua participação na composição das práticas profissionais, bem como categoria de análise que recupera a relação entre ação e pensamento na constituição das práticas sociais de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, M. D. L.; AMARANTE, P. D. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 964-975, 2013. ISSN 1414-9893. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&nrm=iso>.
- AKERMAN, M. et al. Intersectoriality? IntersectorialitieS! **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-300, 2014-Nov 2014. Disponível em: <<Go to ISI>://MEDLINE:25351296>.
- ALMEIDA, K. S. D.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 577-592, 2010. ISSN 1414-3283. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300009&nrm=iso>.
- ALMEIDA, P. F. D.; SANTOS, N. S. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, p. 20-29, 2001. ISSN 1414-9893. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000300004&nrm=iso>.
- ALVERGA, A. R. D.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 299-316, 2006. ISSN 1414-3283. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&nrm=iso>.
- ALVES, F. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.
- ALVES, L. H. D. S.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 401-408, 2012. ISSN 0104-0707. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200019&nrm=iso>.
- AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. GIOVANELA, Lígia. (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- ANDRADE, L.O.M. de. **A Saúde e o dilema da intersectorialidade**. Tese de Doutorado, Campinas, 2004.
- ANTUNES, S. M. M. D. O.; QUEIROZ, M. D. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 207-215, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100022&nrm=iso>.

ARAÚJO, F.M. de B. et al. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. **Revista Perspectiva da Ciência e Tecnologia**. 2009; 01: 32-40.

ARGILES, C. T. L. et al. Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2049-2058, 2013. ISSN 1413-8123.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700020&nrm=iso >.

AZEVEDO, E. D.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1333-1356, 2012. ISSN 0103-7331. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005&nrm=iso >.

BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S. D.; FUENTES, A. C. D. R. C. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 726-737, 2010. ISSN 1414-9893. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400005&nrm=iso >.

BARBA, P. C. D. S. D.; MARTINEZ, C. M. S.; CARRASCO, B. G. Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, p. 141-146, 2003. ISSN 0103-863X. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000300002&nrm=iso >.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo. Edição revista e actualizada**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, R. D. O.; PAULA, A. P. P. D.; GONTIJO, F. M. C. As limitações das políticas de habitação portuguesas: reflexões sobre a importância da intersetorialidade. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 8, p. 627-643, 2010. ISSN 1679-3951. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000400005&nrm=iso >.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. D. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. S71-S77, 2010. ISSN 1516-4446. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&nrm=iso >.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1780-1785, 2011. ISSN 0080-6234.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025&nrm=iso >.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, p. 21-28, 2008. ISSN 1415-4714. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000100003&nrm=iso >.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&nrm=iso >.

BOURGUINON, J.A. **Concepção de Rede Intersetorial**. São Paulo: PUC – SP, 2001.
Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. Rio de Janeiro: Ática, 1983. p.46-81.

_____. **Poder Simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

_____. **A Economia das trocas simbólicas**. Introdução. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Coisas Ditas**. A codificação. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

_____. **Questões de Sociologia** (algumas propriedades dos campos – pgs. 119). Lisboa: Fim de Século, 2003.

BITTENCOURT, I. G. D. S.; FRANCISCO, D. J.; MERCADO, L. P. L. Autoria em blog por pessoas em sofrimento psíquico: aprendizagem compartilhada, reconhecimento e promoção da saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 988-999, 2013. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400016&nrm=iso >.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 227-236, 2012. ISSN 1413-7372. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200006&nrm=iso >.

BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 227-233, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200004&nrm=iso >.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. D. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 456-468, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&nrm=iso >.

BORYSOW, I. D. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 33-50, 2013. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100003&nrm=iso >.

BOTTI, N. C. L.; TORRÉZIO, M. C. S. Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 212-221, 2014. ISSN 0102-7182. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500022&nrm=iso >.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 7**. Brasília: Ministério da Saúde, n.7, 2010a.

_____. **Saúde Mental em Dados 10**. Brasília: Ministério da Saúde, n.10, 2012.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2013.

_____. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 851-860, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300020&nrm=iso>.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1), p. 163-177, 2000.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4405-4414, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200013&nrm=iso>.

CAMPOS, C. J. G. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 5: 611-614 p. 2004.

CAMPOS, G. W. D. S. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.4, p. 393, 1999.

_____. DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>.

_____. ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2797-2805, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&nrm=iso>.

CARNEIRO, A. D. C. et al. Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 462-474, 2010. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200021&nrm=iso>.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. D.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 709-716, 2010a. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902010000300021&nrm=iso >.

CARVALHO, R.N. CAVALCANTI, P.B. O debate recente sobre as políticas públicas: o caso da intersectorialidade numa perspectiva compreensiva. *Revistas de Políticas Públicas*, v. 17, n.1, p. 161-170, 2013. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1735>

CARVALHO, A. I. BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

CARVALHO, M. C. D. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 313-326, 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200006&nrm=iso >.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CASSANDRI, J. L.; ARANHA E SILVA, A. L. Contribuições da Copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 384-392, 2009. ISSN 0080-6234. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200018&nrm=iso >.

CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N.; MIRANDA, A. P. R. S. D. **Saúde em Foco: visibilidades no contexto atual**. João Pessoa-PB Brasil.: Editora Universitária UFPB, 2010. 254.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálisis**, v. 10, p. 265-271, 2007. ISSN 1414-4980. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200015&nrm=iso >.

COOPER, H.; HEDGES, L.V.; VALENTINE, J.C (Eds.). The handbook of research synthesis and meta-analysis. 2^a ed. New York: Russel Sage Fundation, 2009.

CORDEIRO, L. R. O.; OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, R. C. D. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 119-123, 2012. ISSN 0080-6234. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100016&nrm=iso >.

CORTE-REAL, I. **Administração Pública e Problemas Complexos**. Problemas sociais Complexos: Desafios e Respostas Conferência Internacional. Lisboa, Portugal 2014.

COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar**. In: AMARANTE, Paulo. (org.) Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 47-55, 2006. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006&nrm=iso >.

COSTA, D. F. C. D.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 572-582, 2012. ISSN 0103-1104. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&nrm=iso >.

DIAS, M. S. D. A. et al. Intersectoriality and the Family Health Strategy: highly relevant or almost irrelevant? **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-82, 2014-Nov 2014. Disponível em: < <Go to ISI>://MEDLINE:25351304 >.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, p. 112-117, 2004. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&nrm=iso >.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 63-74, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&nrm=iso >.

DUARTE, E. O. S. et al. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 191-199, 2012. ISSN 1983-1447. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400024&nrm=iso >.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, p. 116-125, 2004. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100013&nrm=iso >.

FERNANDES, J. D. et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 962-968, 2009. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031&nrm=iso >.

FERREIRA, I. D. R. C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, p. 61-76, 2014a. ISSN 1413-2478. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004&nrm=iso >.

FONTES, B; MARTINS, Paulo Henrique. **Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública**. Recife: UFPE, 2006

FURTADO, J. P. CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. n.1: 109-122, 2005.

FRACOLLI, L. A. et al. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 184-192, 2008. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200017&nrm=iso >.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et

al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 55-124.

FRANCO, M.L.P.B. O que é análise de conteúdo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC): São Paulo, 1986.

FERREIRA, S. OLIVEIRA, J.F. A Reforma da Educação Superior no Governo Lula da Silva: concepções, contradições e desafios. In: GOMES, A.M. OLIVEIRA, J.F (Org). **Reconfiguração do Campo da educação Superior**. Campinas: Mercado das Letras, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783-794, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&nrm=iso >.

GOMES, A. L. C. **A Reforma psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa/PB**. 2013. 263 (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

GOMES, R. Análise e interpretação dos dados na pesquisa qualitativa. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. São Paulo: Vozes, 2010.

GREGORIO, S. Teaching grounded theory with QSR NVivo. **Qualitative Research Journal** (special issue), 2003. 79-94.

GUERRA, I. C. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo -sentido e formas de uso**. Lisboa: Princípia Editora, 2006.

GUIMARAES, J. et al. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400014&lng=en&nrm=iso>.

GÓES, F. T.; MACHADO, L. R. D. S. Políticas educativas, intersectorialidade e desenvolvimento local. **Educação & Realidade**, v. 38, p. 627-648, 2013. ISSN 2175-6236. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362013000200016&nrm=iso >.

GOLDBERG, J. **Cotidiano e instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituição pública. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 297-305, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&nrm=iso >.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. A. P. Práticas e Saberes: desafios e inovações em Gestão social. **Organizações e Sociedade**. Salvador/BA. 15: 170-180 p. 2008.

_____. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com Intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

_____. **Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 32(2): 35-48, mar./abr. 1998.

JARDIM, V. M. D. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, p. 241-248, 2009. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006&nrm=iso >.

JOÃO PESSOA. Plano Municipal de Saúde (2010-2013). Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde: João Pessoa, 2010.

_____. Plano de Governo da Cidade de João Pessoa (2013-2016). Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento: João Pessoa, 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 25-36, 2004. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&nrm=iso >.

_____. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. In: **Saúde e Sociedade**, 6(2):31-46, 1997.

LANCETTI, A. AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 95-106, 2008. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&nrm=iso >.

LEÃO, L. H. D. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. D. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, p. 107-121, 2013. ISSN 0303-7657. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100013&nrm=iso >.

LIMA, E. M. F. A.; GHIRARDI, M. I. G. **Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo. 19: 153-158 p. 2008.

LIMA, T.C. MIOTTO, R.C. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

LUZ, Terezinha Madel. A história de uma marginalização: a política de saúde mental, ontem, hoje, alternativas e possibilidade. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** MARANTE, Paulo. (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 1145-1158, 2011. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000400014&nrm=iso >.

- MACEDO, J. Q. D. et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, p. 999-1006, 2013. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400016&nrm=iso >.
- MACHADO, K; DOMINGUEZ, B. A palavra é Intersetorialidade: para além da saúde mental. Rio de Janeiro: **RADIS Comunicação em Saúde**, n.97, 2010.
- MACHADO, L. A. **Construindo a intersectorialidade**. Disponível em: portalses.saude.sc.gov.br. acesso em 21/06/2012
- MADURO, M. P. **Resposta a problemas complexos: uma nova cultura institucional. Problemas sociais Complexos: Desafios e Respostas Conferência Internacional**. Lisboa 2014.
- MARQUES, E.C.L. Estado e Redes Sociais: Permeabilidade e Coesão nas Políticas Urbanas no Rio de Janeiro. São Paulo: FAPESP, 2000.
- MARTINS, P.H; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: UFPE, 2008.
- MELLO, A. L. S. F. D.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 683-692, 2010. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300017&nrm=iso >.
- MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO-GOMEZ, C. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3361-3368, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900002&nrm=iso >.
- MINAYO, M.C. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- _____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. São Paulo: Vozes, 2010.
- _____. Contribuição da Antropologia para pensar a saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS, G.W S et al. São Paulo: Hucitec, 2009.
- _____. (org.) **Avaliação por triangulação de Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MONDONI, D.; ROSA, A. D. C. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, p. 39-47, 2010. ISSN 0102-3772. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100006&nrm=iso >.
- MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Primeira edição. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. D. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, v. 14, p. 41-49, 2011. ISSN 1414-4980. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

49802011000100005&nrm=iso >.

MONTAGNER, M.A; MONTAGNER, M.I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009; 24: 255-273.

_____. Pierre Bourdieu e a saúde_ uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1588-1598, jul, 2008.

MOTA, I. **Há respostas para os problemas complexos - mesmo que imperfeitas.** Problemas sociais Complexos: Desafios e Respostas Conferência Internacional. Lisboa, Portugal 2014.

MOURÃO, M. A. **A institucionalização da intersectorialidade na produção das Políticas Sociais: a experiência da Prefeitura de Belo Horizonte (2000-2010).** 2011. 192 (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG.

MURAMOTO, M. T.; MANGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-66282010000100006&nrm=iso)

NASCIMENTO, S. D. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010. ISSN 0101-6628. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&nrm=iso >.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação.** XXIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, Minas Gerais: 1-26 p. 2002.

_____. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. São Paulo: Vozes, 2010.

NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** 2002. 213 p. Tese (doutorado em Medicina Preventiva e Social). Universidade de Campinas, São Paulo, 2002.

NOBRE, L. C. D. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 963-971, 2003. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400018&nrm=iso >.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2375-2384, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&nrm=iso >.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2889-2898, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&nrm=iso >.

ORTIZ, R. **A procura de uma sociologia da prática.** In: _____. (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1983, n. 39, p. 7-37. (Coleção Grandes Cientistas Sociais)

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 13-31, 2013. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100002&nrm=iso >.

PAULON, S. M. et al. Práticas clínicas dos profissionais 'PSI' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 109-119, 2011. ISSN 0102-7182. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400014&nrm=iso >.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. D. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 1035-1043, 2012. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400020&nrm=iso >.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: (Ed.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014.

PERRUSI, Artur. A Lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. In: **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. FONTES, Breno Augusto Souto maior. FONTE, Eliane Maria Monteiro. Recife: Editora Universitária, 2010.

PIERUCCI, Antônio Flávio. Economia e Sociedade: últimos achados sobre a grande obra de Max Weber. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. n.23, 2008.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. ABRASCO. Rio de Janeiro/RJ: CEPESC/ABRASCO: 228 p. 2007.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PINHO, L. B. D.; BAÑON HERNÁNDEZ, A. M.; KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 260-267, 2010. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200008&nrm=iso >.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&nrm=iso >.

PIOVESAN, A. TEMPORANI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública** vol.29 no.4 São Paulo Aug. 1995

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, Dec. 2001.

RANDEMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 13, p. 543-550, 2004. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400006&nrm=iso >.

RIBEIRO, V. M. D. C. A intersectorialidade -Prefácio. In: (Ed.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014.

ROBERTS, N. **Lições Aprendidas na área dos problemas complexos**. Problemas sociais Complexos: Desafios e Respostas Conferência Internacional. Lisboa, Portugal 2014.

RODRIGUES, E. D. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 599-611, 2012. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300007&nrm=iso >.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1615-1625, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073&nrm=iso >.

RUHM, C. Healthy living in hard times. **Journal of Health Economics**, v. 24, p. 341-363, 2005. Disponível em: http://www.nber.org/papers/w9468.pdf?new_window=1

SALES, K.H.S. Análise da Política de Saúde Mental na Paraíba na concepção dos trabalhadores em saúde mental. 2009. 261p. (dissertação de mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa/PB, 2009.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4685-4694, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&nrm=iso >.

SANTOS, N. N. D. **A intersectorialidade como modelo de gestão das Políticas de combate à pobreza no Brasil**. 2011. 166 (Mestrado). Escola de Administração de empresas de São Paulo

Mestrado em administração Pública e Governo Fundação Getúlio Vargas, São Paulo/SP.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 366-393, 2014. ISSN 0101-6628. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&nrm=iso >.

SERAPIONE, M.; MATOS, A. R. **Ciências Sociais e Saúde: Desafios e temas críticos dos sistemas de Saúde**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais 2014.

SETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**. 2002; 20: 60-69.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 340-349, 2011a. ISSN 0102-7182. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000200015&nrm=iso >.

_____. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, p. 640-655, 2011b. ISSN 1414-9893. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&nrm=iso >.

SEVERO, A. K. D. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 14, p. 59-67, 2009. ISSN 1413-294X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100008&nrm=iso >.

SEVERO, A. K. D. S.; L ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 545-556, 2014. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300545&nrm=iso >.

SILVA, A. L. A. E.; FONSECA, R. M. G. S. D. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 441-449, 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&nrm=iso >.

SILVA, A. T. M. D. et al. Formação de Enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 675-678, 2004. ISSN 0034-7167. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600008&nrm=iso >.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. D. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 587-594, 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300021&nrm=iso >.

SILVA, J. C. B. D.; OLIVEIRA FILHO, P. D. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, p. 609-617, 2013. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000400014&nrm=iso >.

SILVA, M. B. B. E. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 149-158, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&nrm=iso >.

SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 30, p. 275-282, 2013. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200014&nrm=iso >.

SOARES, I. D. A. Comunicação e saúde mental: a democratização dos meios comunicacionais como veículo de reconstrução identitária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, p. 12-21, 2004. ISSN 1414-9893. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400003&nrm=iso >.

SOMMERMAN, A. **A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como novas formas de conhecimento para a articulação de saberes no contexto da ciência e do conhecimento em geral**. 2012. 853 (Doutorado). Doutorado multi-institucional e multidisciplinar em difusão do conhecimento, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA.

SOUZA, J. D. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 729-738, 2012. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400002&nrm=iso >.

SPOSATI, A. Gestão Pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. 2006. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.85, p. 133-141, mar. 2006

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM, M. A.; COLVERO, L. D. A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 102-110, 2007. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300010&nrm=iso >.

STUCKLER, D. et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **The Lancet**, v.37(4), p. 315-323, 2009. Disponível: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/abstract)

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 25-59, 2002. ISSN 0104-5970. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&nrm=iso >.

VALLE, Ione Ribeiro. A obra do sociólogo Pierre Bourdieu: uma irradiação incontestável. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 117-134, jan./abr. 2007

VANDENBROECK, P. **Para Além do Plano: trabalhar com os Problemas Complexos Tropeçando numa nova era. Problemas sociais Complexos: Desafios e Respostas Conferência Internacional**. Lisboa, Portugal 2014.

VASCONCELLOS, V. C. D.; AZEVEDO, C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 659-668, 2012. ISSN 1413-7372. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000400012&nrm=iso >.

VASCONCELOS, M.D. Pierre Bourdieu: a herança sociológica. **Educação & Sociedade**, ano XXIII, no 78, Abril/2002.

VENTURA, Miriam et al . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

VENTURINI, E. O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 22, p. 471-480, 2010. ISSN 1984-0292. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000900002&nrm=iso >.

VIEIRA, C. M. et al. Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, p. 407-413, 2013. ISSN 1414-462X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400008&nrm=iso >.

WACHS, F. et al. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 895-912, 2010. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300011&nrm=iso >.

WEBER, M. Conceitos Sociológicos Fundamentais. In: (Ed.). Brasília: Universidade de Brasília, 1991.

_____. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 635-667.

WELSH, E. Dealing with data: Using NVivo in the qualitative Data Analysis Process. **Qualitative Social Research** v. 3, n. 2. 2002

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. D. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 145-154, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022&nrm=iso >.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 334-345, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200016&nrm=iso >.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 277-293, 2008. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005&nrm=iso >.