

A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE E OS REFLEXOS NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL



Josinês Barbosa Rabelo
Prefeitura do Recife/UFPE
josie.rabelo@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Brasil durante muitos anos foi omissos em relação à política de saúde mental direcionada à infância e adolescência. A rede de assistência era formada por instituições filantrópicas e privadas com forte componente de tutela (educandários, abrigos, escolas especiais, clínicas para autistas e institutos para deficientes mentais) que desempenharam um papel relevante na assistência às crianças e adolescentes com transtornos (BRASIL, 2005b; AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2010). Só em 2003, fundamentado nas diretrizes da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde orienta a construção coletiva e intersetorial de uma rede de base comunitária para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais. Em 2004 o Ministério da Saúde através da Portaria GM nº. 1.608 instituiu o *Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes* com o objetivo de fortalecer as iniciativas de atenção em saúde mental infanto-juvenil, bem como otimizar as ações propostas e desenvolvidas pelos setores governamentais e não-governamentais.

Grande parte das crianças e adolescentes que procuram os serviços de saúde mental tem como principais queixas da família, o mau desempenho escolar, o comportamento agressivo e desobediência em casa e na escola. Alguns trabalhos apontam que a demanda infantil nos serviços de saúde mental é consequência da falha das instituições onde as crianças e adolescentes estão inseridos, sobretudo a família e a escola ou ainda, dos serviços onde eles têm sido atendidos (BOARINI e BORGES, 1998). Assim, refletir sobre saúde mental para infância e adolescência implica em reconhecer que é uma questão que vai além das doenças e seus tratamentos, uma vez que essas fases da vida são etapas de desenvolvimento que envolve fatores sociais complexos exigindo uma articulação intersetorial.

Não é raro o termo saúde mental ser restrito ao atendimento psiquiátrico, desconsiderando-se sua abrangência e a contribuição de várias disciplinas no atendimento de crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. Nesse contexto, o poder público tem o desafio de construir uma política de saúde mental infanto-juvenil que seja capaz de enfrentar os problemas dessa parcela da população com

transtornos mentais, fazendo cumprir o que preconizam a Constituição de 1988 no seu artigo 227 e o Estatuto da Criança e do Adolescente promulgado em 1990, bem como os princípios estabelecidos pelos SUS. É necessário assegurar os bens de acesso à cidadania: a educação, proteção social, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e de sua família.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é o serviço público municipal especializado no atendimento de crianças e adolescentes comprometidos psiquicamente, a exemplo de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que por sua condição psíquica estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

A rede de assistência à saúde mental das crianças e adolescentes é formada pelas políticas setoriais (educação, assistência social) e as entidades sociais (ONGs, Clube de mães, associações, etc.). Porém, uma das maiores dificuldades da equipe técnica multiprofissional dos CAPSi é a articulação dos setores internos e a falta de serviços que dêem sustentação às necessidades postas pelo Projeto Terapêutico Individual – PTI que é elaborado quando a criança ou adolescente é inserido no serviço.

Sendo o CAPSi o local para tratar a crise é necessário que a rede intersetorial funcione no sentido de dar sustentação ao trabalho desenvolvido nesse serviço. O próprio Ministério da Saúde ressalta a importância da “rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade” (BRASIL, 2005b, p. 10). Essa concepção de rede intersetorial articula a noção do cuidado que extrapola os limites da instituição e dar ênfase a noção de território¹. Os CAPS se colocam como um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e é a porta de entrada na rede de serviços para as ações de saúde mental, principalmente para os egressos de hospitalização psiquiátrica.

Considerando a complexidade da saúde mental, especialmente infanto-juvenil, e o modelo de assistência a saúde mental, as expectativas das políticas públicas em relação aos CAPSi e a possibilidade de uma atuação intersetorial, é importante compreender o processo de intersetorialidade das políticas públicas e quais os reflexos no desenvolvimento das ações de saúde mental.

¹ A noção de território é um elemento fundamental no novo cenário da saúde mental. Sendo conceituado como “uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (GIOVANELLA e AMARANTE, 1994, p. 145).

2 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE E DE REDE INTERSETORIAL

As vicissitudes da implantação das políticas públicas têm evidenciado o insucesso das ações do poder público no que se refere aos objetivos estabelecidos no formato das políticas sociais. Esse problema põe em discussão o processo de formulação das políticas públicas que têm como objetivo a garantia da qualidade de vida da população.

Essa questão não passa por uma só política, mas pela relação que as diversas políticas estabelecem entre si na perspectiva de atendimento às demandas sociais. Porém, tradicionalmente as políticas sociais são setoriais e desarticuladas. Essa forma de elaborar políticas reflete o modelo burocrático de gestão das políticas públicas de caráter hierarquizado e centralizador, contribuindo para práticas que não geram a promoção humana. Cada organização pública de um campo de intervenção (saúde, educação, habitação, meio ambiente, cultura, etc.) possui sua rede de instituições e de serviços sociais que trabalham sem articulação das ações com outros setores. Um exemplo que ilustra essa situação é a Assistência Social que possui um conjunto de entidades estatais e filantrópicas que prestam serviços de forma paralela às demais políticas atendendo muitas vezes aos mesmos beneficiários (BOURGUIGNON, 2001).

Essa forma de gestão da política pública gera a fragmentação das ações; a centralização das decisões, das informações e recursos; divergências quanto aos objetivos de cada setor, além da deficiência no atendimento às necessidades dos beneficiários da política. Esse problema constitui-se num desafio das políticas públicas de caráter local. Uma vez que o objetivo de uma gestão municipal comprometida com a cidadania é ampliar as oportunidades de acesso a bens que melhorem as condições de vida da população, fortalecer o exercício dos direitos sociais e a promoção do compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social (INOJOSA, 1998; BOURGUIGNON, 2001).

As demandas só serão atendidas se as ações que compõem as diversas políticas sociais estiverem integradas, levando em consideração as particularidades e as necessidades de cada região da cidade com o objetivo de otimizar recursos. Esse desenho de política possibilita a identificação de soluções mais eficazes para atendimento às necessidades da população e potencializa o exercício da gestão compartilhada (JUNQUEIRA, 2000).

A intersetorialidade pode ser entendida como a articulação de saberes e experiências visando a superação de problemas complexos, bem como a elaboração de políticas que ultrapassem a fragmentação das ações governamentais e contribuam para garantir a eficiência e a eficácia quanto a participação do cidadão na gestão pública, na perspectiva da promoção do desenvolvimento social. “É uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas” (JUNQUEIRA, 1998, p. 15).

De acordo com Wesphal e Ziglio (1999) e Inojosa (2001) essa lógica representa uma alteração da forma como se pensa a solução dos problemas sociais e implica numa mudança de paradigmas, predispondo políticos, acadêmicos e técnicos visando a integração e interação dos saberes entre si e com a população, visando transitar para a compreensão da diversidade. A mudança de paradigma é um dos aspectos para se trabalhar na perspectiva da intersetorialidade. É preciso uma “reforma de pensamento para criar um paradigma com foco na complexidade, na compreensão da diversidade e, com certeza, na questão da comunicação” (INOJOSA, 2001, p.106-107). O segundo aspecto refere-se ao projeto político para as políticas públicas, as quais não se encaixam no modo de pensar intersetorial e possuem um caráter de compensação. O terceiro aspecto diz respeito ao planejamento que ainda é centralizado e burocrático, sem a participação da sociedade. Por fim, o quarto aspecto refere-se à superação da estrutura governamental hierarquizada, ou seja, a necessidade de uma reforma administrativa, necessária para viabilizar o olhar intersetorial das propostas de soluções para os problemas sociais.

A atuação em rede social faz parte dessa solução e significa que o estado vai abrindo-se à sociedade, trabalhando com parceiros que também têm o objetivo de prover e atender as necessidades e expectativas e que juntos resolver o problema. Fontes (2008) destaca que rede social implica em dar conta dos processos de interação dos atores sociais, de suas instituições e grupos a partir de seus processos de sociabilidade. Para o autor, a noção de rede significa mais que “um instrumento de análise de processos interativos: é um conceito central dos processos estruturadores da sociedade” (p. 122). Rede intersetorial é entendida por Bourguignon², (2001), aquelas que articulam o

² Além de rede intersetorial, Bourguignon classifica as redes sociais em: *rede social espontânea* - constituída pelo núcleo familiar, pela vizinhança, pela comunidade e pela igreja. São consideradas primárias, sustentadas em princípios como cooperação, afetividade e solidariedade; *redes sócio-comunitárias* - constituída por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros, entre outros que objetivam oferecer serviços assistenciais, organizar comunidades e grupos; *rede social*

conjunto de organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

A intersectorialidade a partir da construção das redes intersectoriais, constitui-se em estratégia para a implantação de políticas públicas capazes de responder as demandas sociais numa perspectiva de garantia dos direitos e da cidadania, sobretudo referentes às ações de saúde mental no município.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No final dos anos 60, nos Estados Unidos e Europa, surgiram vários movimentos que se posicionavam contra a psiquiatria tradicional sendo mais expressivo na Itália e Espanha. Esses movimentos criticavam o modelo hospitalocêntrico no tratamento de transtornos mentais, onde os grandes hospícios eram comparados aos campos de concentração nazistas. Birman e Costa (1994) apresentam uma divisão desses movimentos em dois períodos para ilustrar os campos teórico-assistenciais da psiquiatria:

1. Processo de críticas à estrutura asilar, uma vez que este é identificado como agente produtor e mantenedor da doença. Inicia-se com o Movimento das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e da Psicoterapia Institucional (França) e as Terapias de Família:
 - a) Comunidades Terapêuticas - T. H. Main utiliza o termo para caracterizar o trabalho que realizava conjuntamente com Bion e Reichman em um hospital em Birmingham, mas foi em 1959 através de Maxwell Jones que o termo é consagrado com base em experiências que desenvolvia em um hospital psiquiátrico embasado nos trabalhos de Simon, Sullivam, Menninger, Bion e Reichman. Assim, o termo passa a ser utilizado para caracterizar as atividades

movimentalista - constituída por movimentos sociais de luta pela garantia dos direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, etc.). Caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular; *redes setoriais públicas* - são aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.; *redes de serviços privados* - constituída por serviços especializados na área de educação, saúde, habitação, previdência, e outros que se destinam a atender aos que podem pagar por eles; *redes regionais* - constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região.

- realizadas com os pacientes de forma coletivas, democráticas e participativas com o objetivo de resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional asilar (BIRMAN e COSTA, 1994; AMARANTE, 1995);
- b) Psicoterapia Institucional (França) – em 1952 o termo é utilizado por Daumezon e Koechlin para definir o trabalho iniciado por François Tosquelles que tinha como objetivo resgatar o potencial terapêutico do hospital psiquiátrico que possibilitaria a cura da doença mental e o retorno do doente à sociedade. A psicoterapia institucional questionava a instituição psiquiátrica como espaço de segregação, de crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais (BIRMAN e COSTA, 1994; AMARANTE, 1995);
 - c) Terapias de Família – nasceram no marco do novo hospital psiquiátrico, objetivando evitar o distanciamento do paciente com a sua família no ato do internamento. Parte do princípio de que não é só a pessoa com transtorno que está doente, mas também os grupos. Nesse contexto, uma família que tem no seu seio um doente psicótico torna-se também uma família doente, sendo necessário o tratamento do grupo familiar para que “seja ativamente reestruturada para adaptar-se ao seu doente (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 52).
2. Movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) ou de Psiquiatria de Setor (França):
- a) A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva surgiu nos EUA na década de 60, no governo do Presidente Kennedy que formulou a política para lidar com as doenças mentais, o programa foi chamado de Saúde Mental e apresenta as bases políticas e jurídicas da assistência psiquiátrica que se tornou referência para o mundo. O programa preconiza a comunidade como espaço da ação da psiquiatria (BIRMAN e COSTA, 1994);
 - b) Psiquiatria de Setor - inspirada nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas no pós-guerra. Buscavam uma transformação das condições asilares. O termo setor é para designar os vários setores de um hospital, onde cada um correspondia a uma região da comunidade. Essa divisão tinha o objetivo de manter os hábitos e costumes de cada região dos pacientes internos, o que possibilitaria a continuidade do tratamento, mantendo a mesma equipe após a saída do hospital (AMARANTE, 1995).

De acordo com Amarante (1995, p. 22), esses dois momentos limitam-se às reformas do modelo psiquiátrico enquanto que a antipsiquiatria³ e a psiquiatria democrática⁴, operam uma ruptura referente “a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o campo da epistemologia e da fenomenologia [...] buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico [...]” Tanto a antipsiquiatria como a psiquiatria democrática, são movimentos instauradores de rupturas na constituição do saber médico sobre a loucura.

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica inicia no final dos anos setenta, no Regime Militar, no governo de Geisel, no contexto das lutas sociais por direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais e pela democratização da sociedade. Em 1978 esses movimentos mobilizam a sociedade e surgem como novos atores na luta política como os sindicatos, associações profissionais, movimentos por moradia e o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, entre outros. É nesse contexto que a questão urbana e a saúde ganham visibilidade política (VASCONCELOS, 2000; ROSA, 2003).

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM é um dos movimentos de maior relevância para a discussão da reforma psiquiátrica. Questionava a política de assistência psiquiátrica e apontava as inconveniências do modelo hospitalocêntrico como única alternativa para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Esse movimento ganha força com a visita de Franco Basaglia, em 1978, após a aprovação da Lei 180 que estabeleceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália, (Movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática).

A trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil é marcada pela noção da desinstitucionalização que tem início na década de 80, momento em que aconteciam no país vários eventos importantes de participação e de luta pela construção da democracia na sociedade brasileira⁵. Merecem destaques os eventos relacionados à saúde mental: a

³ A antipsiquiatria nasceu nos anos 60 em meio aos movimentos *underground* da contracultura e tinha como principais teóricos Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. O ponto principal da antipsiquiatria está relacionado às críticas, ao objeto, às teorias e aos métodos da psiquiatria e psicopatologia que denunciavam as concepções da loucura e seus recursos de tratamento como violentos (AMARANTE, 1995).

⁴ A psiquiatria democrática nasceu com Franco Basaglia que preconiza a demolição do aparato manicomial na Itália e propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Essa nova forma buscava entender, tratar e lidar com a loucura. Sugeriu que na medida em que os serviços tradicionais fossem desativados fossem substituídos por Centros de Saúde Mental funcionando 24 horas por dia (AMARANTE, 1995).

⁵ Nesse período muitos movimentos aconteciam no Brasil: movimentos pela anistia, pelas eleições diretas, busca pelos desaparecidos, organização de associações comunitárias de moradores, etc.

8ª Conferência Nacional de Saúde⁶ e da I Conferência nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental com a participação de usuários e familiares (foi nesse congresso que surgiu o Movimento Antimanicomial com o lema: “Por uma sociedade sem Manicômios”), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), apresentação do Projeto Paulo Delgado⁷, entre outros. Para Amarante (1995, p. 75),

Essa trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, (sic.) a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.

Rotelli (1994, p. 152) destaca que a palavra desinstitucionalização passou a ser usada significando processos de desospitalização na perspectiva de uma rede de serviços externos, mas antes é preciso “desinstitucionalizar a psiquiatria, mudar substancialmente a relação entre o médico e o paciente.” Para o autor, o processo de desinstitucionalização não implica só no fechamento do manicômio, ele continua no território. É uma estratégia terapêutica na comunidade, e nesse processo trata de modificar as relações de poder destrutivas que se criaram dentro da família e dos manicômios. Assim, está relacionado à criação de mecanismos que ajudem as famílias a conviver com a doença sem destruir o membro da família com transtorno mental e implica trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Nessa direção, Amarante (1994, p. 81) concordando com Rotelli, diz que a desinstitucionalização “implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.” Destarte, a questão principal da desinstitucionalização é o envolvimento de todas as organizações presentes no território e a responsabilização em relação aos doentes mentais e aos seus conflitos, sem que o estado se imiscua da sua responsabilidade, desenvolvendo ações que possibilitem a

⁶ É dessa conferência que surge uma nova concepção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como os princípios básicos: universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização. A participação social teve um grande impulso com a introdução do capítulo da saúde na Constituição de 1988 e em 1990 a instituição do SUS regulamentado pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Em seguida a Lei 8.147 estabelece a participação da sociedade na gestão do sistema e controle social.

⁷ O Projeto de Lei 3.657/89 que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

pessoa com transtorno mental exercer a sua cidadania, a reprodução da vida, de subjetividades. E nesse contexto que os CAPS são criados como dispositivos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Porém, não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Na rede de cuidado estão incluídos a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, além de leitos em hospitais gerais, ambulatórios.

3 A REDE INTERSETORIAL E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nasceram do processo de descentralização da assistência em saúde mental com o objetivo de diversificar os métodos de tratamento das pessoas com transtornos mentais. Constituem-se na principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica como um serviço de saúde aberto e comunitário. São lugares de referência para pessoas que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num espaço de cuidado personalizado e promotor de vida.

Os CAPS são instituições que têm como objetivo além de acolher as pessoas com transtornos mentais, incentivar iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, bem como estimular sua integração social e familiar. Tem como principal característica a integração dos usuários⁸ a seu um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, local onde desenvolve a sua vida cotidiana. Constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

A noção de território busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e às suas famílias. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer devem ser estimulados a participar para potencializar as equipes de saúde, na perspectiva do cuidado e da reabilitação psicossocial. Nesse contexto, os CAPS são dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde “e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 11). Destarte, o CAPS é um local/serviço onde são realizadas práticas específicas, bem

⁸ O termo usuário foi introduzido pela legislação do SUS – Lei 8.080/90 e 8.142/90, sugerindo o protagonismo em contraposição ao termo paciente (AMARANTE, 2007).

como o comando de um conjunto de ações, programas, procedimentos e interfaces intersetoriais.

Como são os articuladores da rede de atenção de saúde mental no território, tem a posição estratégica de promotor de autonomia, uma vez que deve articular os recursos disponíveis em várias redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. Tem também a tarefa de promover a reinserção social o que exige uma ampla articulação com a assistência social para a promoção da vida na comunidade e da autonomia dos usuários (BRASIL, 2005a).

Os CAPS para desenvolver suas habilidades e atuar no território precisa construir relações com os vários recursos no âmbito da comunidade. O desafio está em encontrar instituições que estejam dispostas a “participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas” (AMARANTE, 2007, p. 85).

É nesse contexto que a intersetorialidade aparece como estratégia para que a política de saúde mental cumpra os seus princípios e objetivos, abandone a ideia setorializada e partir para a articulação com outras políticas públicas criando vínculos com a sociedade para complementar ou ampliar os recursos existentes, pois, “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p. 86). Porém, o cotidiano no CAPSi de adolescentes tem evidenciado uma dificuldade de estabelecer parceria com serviços externos visando a sustentação do trabalho da instituição. As dificuldades vão desde o acompanhamento do adolescente em ambulatórios psiquiátricos e no Programa de Saúde da Família – PSF.

O PSF é aqui ressaltado visto que a Reforma Psiquiátrica destaca a necessidade de articular a saúde mental com a atenção básica partindo de um modelo de intervenção de atenção integral e territorializada, na direção de propiciar a co-responsabilização dos casos e a implantação do apoio matricial (dispositivo articulador da Assistência em Saúde Mental. É uma estratégia de gestão que visa a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental numa lógica de co-responsabilização dos diversos atores). O PSF pode ser o responsável pelo adolescente após a sua alta do CAPSi, mas a articulação com os PSF precisa ser fortalecida.

O trabalho cotidiano no CAPSi evidencia a complexidade da saúde mental infanto-juvenil e exige a participação das famílias e de outros atores sociais, a exemplo

dos professores, visto que é necessário a articulação com outras formas de assistência à saúde que envolve, além da escola, as atividades de esporte, lazer e a cultura, bem como as instâncias jurídico-legais para garantir os direitos sociais (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2010). Nesse sentido, o CAPSi tem buscado parcerias com as escolas, ONGs, Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e em alguns casos, com aos Conselhos Tutelares na perspectiva do cuidado e de inserir os adolescentes no território em que vivem e na possibilidade de uma construção coletiva dos projetos terapêuticos individuais.

Destaque pode ser dado ao papel da escola que se constitui em um dispositivo fundamental para o desenvolvimento físico, social e mental dos adolescentes. Com frequência o CAPSi acolhe adolescentes encaminhados pelas escolas com queixas que vão do baixo rendimento escolar à apatia e agitação e em muitos casos, o adolescente precisa de um outro tipo de atendimento. Esse fato evidencia a necessidade do CAPSi e a escola de atuarem de forma mais integrada para que possam contribuir no diagnóstico precoce bem como, potencializar a ideia de que a escola é um espaço que propicia a reinserção social do adolescente com transtorno, além de que, juntos, CAPSi e escola, podem produzir informações para os gestores de saúde mental visando contribuir no processo de (re)construção da política de saúde mental infanto-juvenil.

Nesse sentido, a construção da rede nem sempre é uma tarefa fácil. Faltam os equipamentos sociais necessários para atender as demandas dos adolescentes com transtornos e esse fato nega o princípio da rede intersetorial de atenção à saúde. Pode-se dizer que o CAPSi como agenciador do cuidado do adolescente no território enfrenta dificuldades de construir pontes para dar sustentação aos adolescentes e às suas famílias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a intersetorialidade da política de saúde mental e o CAPSi como dispositivo da rede de atenção à saúde mental dos adolescentes, foi a intenção desse trabalho. Quando se fala na inserção social do adolescente com transtorno mental, remete-nos ao trabalho em rede. Esse trabalho é caracterizado pelo papel do CAPSi enquanto articulador e promotor das correlações entre as diversas políticas setoriais e dos projetos sociais desenvolvidos no território pela sociedade civil onde os adolescentes experenciam as suas relações sociais.

A prática cotidiana tem evidenciado a necessidade de publicização dos serviços que são oferecidos pela rede aos adolescentes visando potencializar a ação do CAPSi no território no processo de implementação do apoio matricial. Nessa direção, como os fios que tecem a rede precisam ser revitalizados, a equipe do CAPSi, por entender que a sua tarefa não é burocrática, mas de fortalecimento do direito de cidadania, tem a preocupação com os encaminhamentos dos adolescentes que precisam de atendimento em um outro tipo de serviço. Muitas vezes precisam de serem acompanhados em ambulatorios, mas há a carência de psiquiatras na rede. Nesse contexto, as equipes do PSF podem dar apoio. Contudo, os serviços de saúde mental precisam ser fortalecidos no PSF, instrumentalizando as equipes, tornando-as mais aptas para prestar os cuidados ao adolescente e à sua família.

No trabalho em rede, merece destaque a importância da escola enquanto mecanismo de inclusão e como um espaço de promoção de laços sociais. É interlocutora e parceira da promoção de saúde mental a partir da lógica da intersetorialidade. Mas não é assim que a saúde mental aparece na escola. Há a dificuldade de convivência com o diferente e também o despreparo dos professores para lidar com os adolescentes com transtornos mentais. É preciso dialogar mais com a escola, pois é através do diálogo que se traçam ideias e transformam práticas. As mudanças só são efetivadas através de processos.

É importante ressaltar o papel do controle social, da participação das comunidades e do seu conhecimento dos princípios do SUS, do PSF e da Reforma Psiquiátrica, de modo que os conselhos, associações e demais entidades organizativas da sociedade civil possam garantir a continuidade das conquistas no âmbito da política de saúde e da possibilidade de construir novas demandas que garantam o cuidado integral aos adolescentes, bem como reafirme a responsabilidade de todos os atores sociais na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes com transtornos mentais. Por fim, pode-se dizer que a compreensão da complexidade do trabalho territorial evidencia que o caminho para a sua construção da rede de assistência de assistência à saúde mental infanto-juvenil é longo e exige novos olhares e novas práticas sociopolíticas.

REFERÊNCIAS



3

ABROMOVAY, Ricardo. A formação de capital social para o desenvolvimento local sustentável. In: II Fórum CONTAG de Cooperação Técnica. *Anais...* São Luiz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Asilo, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (Coord.). *Loucos ela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maia. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir, Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRUYNE, Paul; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. 5. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1991.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. *Concepção de rede intersetorial*. 2001. Disponível em: < <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm> >. Acesso em: 25 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005-a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005-b.

GIOVANELLA, Lúgia; AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a construção de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, n. 32 (2), p. 35-48 mar./abr. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP*, n. 22, p. 102-110, São Paulo, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, vol. 32 (2), p. 11-22, mar/abr. Rio de Janeiro, 1998.

JUNQUEIRA, Rodrigo Cravina Prates. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública*, n. 34(6), p. 117-30, nov./ dez. Rio de Janeiro, 2000.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

WESTPHAL, Maria Faria; ZIGLIO, Erio. *Políticas públicas e investimentos: a intersectorialidade*. Disponível em: <
http://www.cepam.sp.gov.br/pp_1/cepam30_07/pdf/Cap%205/2artigo%205%20-%20Marcia%20e%20Erio%20Ziglio.pdf > Acesso em: 25 maio de 2007.