

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL SOBRE A INTERSETORIALIDADE

Fátima Rafaella Silva Amaral¹

Rafael Nicolau Carvalho²

Alecsonia Pereira Araújo³

Ana Lúcia Batista Aurino⁴

Artigo

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo analisar as compreensões das equipes de saúde de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de João Pessoa – PB, sobre a estratégia da intersectorialidade e as contribuições dessa discussão para as práticas profissionais relacionadas ao cuidado em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de campo e de abordagem qualitativa, que contou com a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado para coleta dos dados. Para análise utilizou-se o método de análise de conteúdo, do tipo categorial temática, desenvolvida por Bardin. A pesquisa envolveu três (03) serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa, a saber: CAPS III; CAPS ad III e CAPS infantil. Foram entrevistados sete (07) profissionais distribuídos nos três serviços selecionados. Como resultados, observou-se que a equipe possui um entendimento sobre a intersectorialidade, orientada para as principais ideias do termo no âmbito da saúde mental, que se evidencia na composição das práticas sociais e na produção do cuidado em saúde. Depreendeu-se que os profissionais concebem a intersectorialidade como uma estratégia para desinstitucionalização das ações de saúde mental, orientada por meio da articulação da rede de serviços e a assistência integral. Todavia, reconhecem que sem a conexão com os demais setores, os CAPS não darão conta das suas demandas.

Palavras-chaves: Intersectorialidade. Saúde Mental. Produção do Cuidado.

THE PERCEPTION OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS ABOUT INTERSECTORIALITY

Abstract

The present study aims to analyze the understanding of the health team of three Psychosocial Care Centers in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil, on the

¹ Assistente Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Bolsista no Projeto “A complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental” desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB). E-mail: rafaellamaral6@gmail.com.

² Doutor em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Adjunto do Curso de Serviço Social da UFPB. Coordenador do Projeto “A complexa produção da intersectorialidade no campo da saúde mental” desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/UFPB). E-mail: rafaeljp.carvalho@gmail.com.

³ Professora Assistente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB. E-mail: alecsonia@hotmail.com.

⁴ Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora Adjunto do Curso de Serviço Social da UFPB. Colaboradora institucional. E-mail: anaurino@yahoo.com.br.

intersectorial strategy and the contributions of this discussion to the professional practices related to mental health care. This is a field research and qualitative approach, which included the application of a semi-structured interview script for data collection. For the analysis, the content analysis method, of the thematic category type, developed by Bardin was used. The research involved three (03) services of the Network of Psychosocial Care of João Pessoa, namely: CAPS III; CAPS ad III and childhood CAPS. We interviewed seven (07) professionals distributed in the three selected services. As results, it was observed that the team has an understanding about intersectoriality, oriented to the main ideas of the term in the field of mental health, evidenced in the composition of social practices and the production of health care. The professionals conceive of intersectoriality as a strategy for deinstitutionalization of mental health actions, guided through the articulation of the service network and integral care. However, they recognize that without the connection with the other sectors, the CAPS will not respond to their demands.

Keywords: Intersectoriality. Mental Health. Care Production.

1 INTRODUÇÃO

A intersetorialidade é um termo que, no contexto brasileiro, está ligado principalmente ao campo das políticas sociais, devido ao aprofundamento das discussões sobre o tema ter se dado, sobretudo, no período da inscrição do conceito de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988. Frente à concepção de proteção social dada pela Constituição, organizada no tripé composto pelas três políticas sociais (Saúde, Assistência Social e Previdência Social), o debate sobre a intersetorialidade avança, e esse termo, por conseguinte, tem sido considerado, muitas vezes, como uma estratégia que possibilitaria a integração entre as três políticas e a promoção da proteção social dos cidadãos. Haja vista, que a intersetorialidade está comumente relacionada à integralidade do atendimento (MONNERAT; SOUZA, 2010).

Contudo, a literatura sobre a intersetorialidade nos mostra o termo sendo empregado de diferentes formas, como: um mecanismo, uma estratégia ou mesmo como um modelo de gestão. Apesar das variações em sua forma de ser concebida, todas as ideias relacionadas ao termo demonstram similaridade sobre a efetividade alcançada pela intersetorialidade. É unânime a opinião entre os (as) autores (as), sobre sua capacidade em promover resultados positivos frente a desafios e problemas postos pela realidade social, os quais a lógica cotidiana setorial – das políticas públicas e instituições – não conseguem atender (SCHUTZ; MIOTO, 2011; AKERMAN et al., 2014).

A intersectorialidade não pertence a um campo específico do conhecimento, mas estar presente, sobretudo, no das políticas sociais e também tem se desenvolvido em outros âmbitos, como Saúde Coletiva, Saúde Mental, Educação, Assistência Social e da Administração Pública, entre outros. No campo da, a noção da intersectorialidade está intrinsecamente relacionada ao princípio de integralidade, postulado no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal princípio foi consubstanciado na VIII Conferência Nacional de Saúde e inscrito na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

Sabe-se que a principal bandeira de luta do Movimento Sanitário estava pautada no lema “Saúde direito de todos e dever do Estado”. Esse movimento constituiu-se em meados dos anos setenta, em decorrência da preocupação de seus participantes com a questão social da saúde, os quais lutaram, sobretudo, pela democratização da saúde visto que o modelo instituído pelo governo militar era excludente. Essa mobilização culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que teve ampla participação social e foi fundamental para a inscrição da saúde enquanto direito social na constituinte.

Como corolário da VIII CNS, tivemos o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: 1) o conceito abrangente de saúde; 2) saúde como direito de cidadania e 3) dever do Estado - a instituição de um Sistema Único de Saúde. Assim, com a Constituição Federal de 1988, incorpora conceitos, princípios, e uma nova lógica de organização passa a definir a saúde como um dos eixos da Seguridade Social, a qual é entendida como “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2012, p. 115).

O texto da Seguridade Social define a saúde como um “conjunto integrado de ações”, ou seja, há requisição para uma articulação entre as políticas públicas que a constituem. No entanto, as três políticas da Seguridade Social foram tratadas de forma específicas, o que fez com que cada uma delas fosse construída sob pilares diferentes.

Nessa acepção, a política de saúde foi construída tendo como alicerces os princípios da universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização, participação popular e regionalização. Concebida como um direito social, em que o Estado ficou com a obrigatoriedade de possibilitar seu acesso a todos, de forma que houvesse a promoção e prevenção da saúde. Entretanto, na percepção de Mioto e Schutz (2010) e Andrade (2006), o setor da saúde não consegue assegurar a promoção e

prevenção da saúde, haja vista que outros determinantes perpassam estas questões, que não estão necessariamente ligados ao setor da saúde.

Considerando a participação dos determinantes sociais no processo saúde-doença, os autores destacam que a saúde, em seu conceito ampliado, não pode ser promovida por um único setor, e é a essa concepção que a noção de intersetorialidade está relacionada. Na verdade, a intersetorialidade é requisitada pela Seguridade Social, à medida que é definida como um conjunto de ações integradas, pois como afirma Garcia et al (2014, p. 968), “Setores isolados não dão conta do que está tecido em conjunto, da complexidade ou da diversidade articulada”.

Desse modo, a intersetorialidade no campo da saúde requisita a participação das outras políticas sociais no processo de promoção da saúde, possibilitando o comprometimento de outros setores com as questões relacionadas ao referido campo. Nessa perspectiva, a ideia de intersetorialidade rompe com a visão que fragmenta não só as ações das políticas públicas, mas também os sujeitos e suas necessidades (MIOTO, SCHUTZ, 2010).

No concernente a saúde mental, esta é um campo que vem ao longo dos anos sofrendo profundas transformações, as quais estão relacionadas diversos atores sociopolíticos, principalmente os que integraram o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Vale destacar, que esse mobilização surgiu dentro do movimento sanitário, posteriormente, se distanciando e formando uma agenda específica para a saúde mental.

O MNLA atuou fortemente na sociedade buscando meios para garantir a cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, assim como proporcionar tratamento digno. Ancorados em ideais como a defesa dos direitos humanos, os atores do MNLA passaram a lutar contra os manicômios e toda forma de desrespeito, opressão e violência que a lógica das instituições está assentada, cuja luta consolidou-se com a promulgação da Lei nº 10.216/01, que criou os serviços substitutivos e reorientou o modelo de cuidado proposto às pessoas com transtornos mentais.

Os serviços substitutivos surgiram buscando promover novas práticas de cuidados, a fim de possibilitar a inserção social dos indivíduos com transtornos mentais. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica trouxe os ideais de cidadania e humanização para aqueles que eram tratados com violência, encarcerados e esquecidos pela sociedade, defendendo principalmente a ideia de que o cuidado deve levar em consideração o indivíduo inserido em seu contexto social e familiar.

Portanto, a partir do novo de assistência à saúde mental e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tornou-se perceptível a impossibilidade desses serviços ofertarem sozinho o cuidado necessário aos seus usuários (as). Nessa lógica, centralizou-se o debate na "interdisciplinaridade", colocando-a como o caminho a ser trilhado para ultrapassar estes reveses. Essa postulação consubstanciou a homologação da Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de promover “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011, p.09).

Diante do exposto, buscou-se com esse estudo analisar as compreensões da equipe de saúde de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de João Pessoa – PB, sobre a estratégia da intersetorialidade e as contribuições dessa discussão para as práticas profissionais relacionadas ao cuidado em saúde mental.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo qualitativa. A proposta investigativa centrou-se na interpretação dos participantes do estudo sobre as ações de saúde desenvolvidas na RAPS, levando em consideração as dimensões da intersetorialidade, dos modelos formais que regulamentam o campo e o processo de produção de cuidado.

O estudo foi desenvolvido em três (03) serviços da RAPS de João Pessoa, mais especificamente aqueles que compõem a Atenção Psicossocial Estratégica, a saber: CAPS III; CAPS ad III e CAPS i, no período de agosto de 2016 a julho de 2017. Cabe ressaltar, que os serviços pesquisados fazem parte do novo modelo de assistência à saúde mental do país, proposto pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) e instituídos pela Lei Federal nº 10.216/2001.

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde de nível superior, lotados nos serviços selecionados e que tiveram disponibilidade em participar da pesquisa. Foram entrevistados sete (07) profissionais distribuídos nos três serviços selecionados conforme descrição: CAPS Ad (03 profissionais); CAPS i (03 profissionais); CAPS III Caminhar (01 profissional).

Para a coleta dos dados utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, previamente autorizada pelos participantes, bem como o diário de

campo para os registros importantes da pesquisa, de modo a possibilitar a compreensão das ações intersetoriais desenvolvidas pelos entrevistados, bem como o grau de importância destas para a Política de Saúde Mental.

Para exploração dos dados qualitativos, empregou-se a técnica análise de conteúdo, do tipo categorial temática, proposta por Bardin (2009). Os dados foram sistematizados e posteriormente categorizados com o auxílio do software *Nvivo10*. Ainda para análise, os entrevistados foram identificados pela letra “D” (depoentes) e numerados de 01 a 07, sendo representados pela sigla D1, D2, D3 e assim sucessivamente até D7.

Esta análise levou em consideração as definições encontradas na literatura sobre a intersetorialidade e sua interface com a saúde mental, bem como os documentos em que foram encontradas referências ao cuidado em saúde mediante o uso da intersetorialidade como estratégia de produção de cuidado.

O estudo seguiu os procedimentos éticos adotados na Resolução nº 466/2012 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética através do CAAE: 20778713.6.0000.5188.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da ampla requisição da intersetorialidade, Akerman (2014), chamou atenção para que a intersetorialidade não se limite ao plano das discussões e conceituações, pois é mediante sua transformação em práxis que benefícios sociais serão alcançados. Foi mediante as expressivas contribuições da intersetorialidade – principalmente no processo de desinstitucionalização – que a Política de Saúde Mental não pode dissociar seu modelo de assistência à saúde das práticas intersetoriais.

As práticas intersetoriais são feitas por meio dos sujeitos que atuam nas políticas sociais. Dada à complexidade do campo da saúde mental, a intersetorialidade se tornou um dos princípios mais importantes da Política de Saúde Mental brasileira. Diante desse fato, é fundamental que os profissionais dessa área tenham um bom nível de afinidade com o termo, e estejam cientes das contribuições que as ações intersetoriais trazem à vida dos usuários da referida política.

No tocante ao estudo em tela, o primeiro aspecto analisado refere-se à compreensão sobre a intersetorialidade, que teve por objetivos: analisar a percepção *sobre a intersetorialidade* utilizada pelos profissionais e compreender a *relação que os*

(as) profissionais fazem entre a intersectorialidade e o cuidado em saúde. Desse modo, as respostas foram consideradas globalmente, sem detalhar a categoria profissional dos entrevistados e o serviço, que serão apresentadas subseqüentemente:

3.1 Percepção dos profissionais sobre a intersectorialidade

No conjunto das respostas, os (as) entrevistados (as) demonstraram ter certo conhecimento do debate acadêmico sobre a intersectorialidade, trazendo elementos peculiares desta relação, como a ideia de interseção e/ou integração entre as políticas e setores, conforme depoimentos,

D1: Interseção entre as políticas (saúde, assistência, previdência e etc....).

D7: A intersectorialidade é o diálogo entre as políticas públicas existentes.

Apesar do pouco aprofundamento acerca da temática, as respostas apresentam elementos que coadunam com a conceituação elaborada por alguns autores sobre o termo, principalmente quando relacionam a intersectorialidade às políticas públicas. Podemos visualizar a similitude entre as respostas apresentadas com a definição tecida por Nascimento (2010) e Cavalcanti et al., (2013).

De acordo com Nascimento (2010, p. 101), “a intersectorialidade contribui para a criação e reconhecimento de saberes resultante da integração entre as áreas setoriais” (grifo nosso). Ou seja, há um estímulo para o desenvolvimento de trabalhos conjuntos. Ao definir a intersectorialidade Cavalcanti et al., (2013), afirmam que:

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de *ações integradas* que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. (CAVALCANTI et al, 2013, p. 1-2).

Nas respostas exibidas evidencia-se que esta discussão apresenta interface com o campo da saúde mental, pois articula as definições com o trabalho em rede e a integralidade do cuidado. Esse entendimento é ratificado pelo depoimento, a seguir:

D6: O que eu entendo como intersectorialidade é o trabalho de rede, é a gente trabalhar junto, com as outras [políticas] dispositivos da rede [...] o que [...] o estado, o governo, o município dispõe para a gente trabalhar juntos.

Nas análises dos dados evidenciam-se também depoimentos com uma compreensão limitada e superficial sobre a intersetorialidade, os quais revelam que mesmo sem profundidade analítica, o termo consegue se integrar ao discurso profissional, conforme expressa o depoimento seguinte:

D2: É, a Saúde Mental com a força maior, de toda a equipe multiprofissional.

Na expressão acima se observa, que apesar do pouco conhecimento do entrevistado sobre o assunto, há um ponto na fala de D2 que merece destaque, o trabalho realizado pela equipe multiprofissional, cuja execução é importante para a consecução da intersetorialidade. Assim, a troca de conhecimentos possibilitados pelo trabalho em equipe, fundado na interdisciplinaridade estão intrinsecamente ligados às ações interssetoriais.

Destaca-se ainda, um depoimento mais crítico sobre o tema, demonstrando sua impossibilidade de efetivação diante das condições objetivas dos serviços.

D4: Como a gente vai falar de setores, de intersetorialidade se a gente não tem uma base? Como a gente vai tá entrando em contato com as outras coisas se a gente não tá dando nem conta nem do nosso? Acho que já é uma questão estrutural, o CAPS como serviço especializado ele centraliza muito. É tão pouca essa relação de intersetorialidade, porque o básico não tem, então se a gente não tem um básico, como a gente vai ter tempo, disposição, pra tá acionando outros serviços, entendeu?

O relato exposto revela que para os (as) entrevistados (as), a ideia de intersetorialidade está relacionada com o conceito de setor, ou seja, esta 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. No entanto, o depoimento em tela faz uma análise mais explícita sobre as dificuldades de efetivação da intersetorialidade, por considerar a inexistência de condições estruturais dos serviços, bem como a falta de comunicação e articulação entre as políticas públicas e os demais serviços da rede. Elementos estes, que estão na base do entendimento construído pelos pesquisados sobre a temática, fortemente presente na literatura e nos documentos normativos.

As equipes que atuam nos serviços de saúde mental pesquisados enfrentam dificuldades tanto em relação ao âmbito interno das instituições, dado a questões como: estrutura precária; falta de recursos para realizar visitas; desenvolver atividades externas de lazer com os usuários, pois nem todos os serviços contam com programa de educação permanente para os profissionais, e há ainda os problemas advindos da rede. A RAPS não é operacionalizada de acordo com o preconizado na legislação, visto que os pontos de atenção à saúde mental, estabelecidos nos demais serviços da política de saúde não atuam como o que está prescrito na Portaria nº 3.088/11.

Corroborando esses resultados, estudos realizados por Sampaio et al., (2011), sobre os serviços da rede substitutiva de saúde mental do estado do Ceará, apontaram dificuldades semelhantes por parte dos profissionais.

[...] as condições de trabalho são insatisfatórias, do ponto de vista das instalações físicas, com espaços pequenos e/ou inadequados para o desenvolvimento das atividades, da escassez de materiais e equipamentos, da carência de profissionais ocasionando a formação de equipes pequenas e a sobrecarga de trabalho, dos baixos salários e dos vínculos empregatícios precarizados, com insuficiência de formação continuada em serviço. (SAMPAIO et al, 2011, p. 4691).

3.2 Relação entre a intersetorialidade e o cuidado em saúde

Indagaram-se os (as) participantes sobre a importância da intersetorialidade para o campo da saúde mental e a sua relação com as práticas profissionais. Nos depoimentos, podemos visualizar duas modalidades de discursos, a primeira que reforça a importância da intersetorialidade no âmbito geral das políticas públicas e a segunda faz uma relação do termo com a questão social, haja vista, que os (as) profissionais reconhecem que a saúde mental está perpassada por questões que estão para além do setor da saúde. Seguem-se os depoimentos da primeira modalidade de discurso,

D1: É de suma importância, pois a saúde mental não trabalha sozinha, precisa de outras políticas para estar desempenhando seu trabalho de forma completa e contínua.

D7: Ela se torna importante para promoção integral que é ofertada ao usuário.

Os (as) entrevistados (as) afirmam que a intersetorialidade é um componente importante para se garantir a continuidade do cuidado e melhorar a atenção ao usuário. Este, por sua vez, seria também uma forma do CAPS evitar o fechamento em si mesmo, favorecendo a ampliação das ações em saúde mental, não só dentro do setor saúde, mas também fora, através de articulações com outros setores.

As explanações supracitadas se assemelham ao pensamento de Schutz e Mioto (2010) ao criticar a fragmentação e desarticulação das políticas sociais brasileiras. Pois, a medida que cada setor ou política atua isoladamente, não conseguem produzir “o atendimento das necessidades da população em sua integralidade” (SCHUTZ; MIOTO, 2010, p. 60). Assim, o que foi respondido pelas depoentes é ratificado pela literatura – a intersectorialidade é conceituada como o “elemento” que faz a articulação entre as políticas sociais, produzindo, desse modo, a integralidade do cuidado, à medida que outras necessidades sociais são supridas.

A segunda modalidade de discurso traz no seu domínio a intersectorialidade como uma forma de compreender as expressões da questão social no âmbito da saúde mental, que se encontra relacionada ao fato dos sujeitos com transtornos psíquicos estarem inseridos numa realidade mediada por vulnerabilidades sociais, como: pobreza, desemprego, violência, analfabetismo, dentre outras, conforme é apontado por Silva e Rosa (2014). Nesse sentido, a intersectorialidade atuaria como uma estratégia possibilitadora da integralidade do cuidado a estes sujeitos. Sobre essa questão, temos a seguinte elucidação:

E5: É, a intersectorialidade, ela é fundamental, ela é de extrema importância, porque [...] já dizia um autor, que antes da Saúde mental vem à desigualdade social. Então a gente não trabalha só, [...] a Saúde Mental ela é inerente às expressões da questão social. Então, por isso, que a intersectorialidade ela é bastante importante para dar sua autonomia ao sujeito.

Essas considerações remetem aos achados de Scheffer e Silva (2014, p. 372), ao assegurarem que “a saúde mental deve ser articulada sempre com a intersectorialidade, pois supera a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social”. Posto isto, depreende-se que o elemento comum aos dois tipos de discursos, e que faz ambos confluírem na mesma direção é a compreensão da intersectorialidade como promotora da integralidade do cuidado, que, por conseguinte, faz dela uma estratégia voltada para a oferta do cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, a intersectorialidade interpretada pela ótica da saúde mental consegue aglutinar um conjunto de aspectos inerentes ao termo que convergem para a criação de um objetivo comum – a desinstitucionalização da loucura e o bem-estar dos usuários, a autonomia, a liberdade, o exercício da cidadania e a inserção social. Ademais, possibilita a humanização dos usuários dos serviços dos CAPS, constituindo-

se, portanto, um forte instrumento de enfrentamento da questão social, na qual grande parte dos (as) usuários (as) vivenciam várias de suas expressões.

A intersectorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário. (SCHEFFER, SILVA, 2014, p. 372).

Na continuidade das entrevistas, inquiriu-se sobre a relação da intersectorialidade com o trabalho em rede. Os (as) participantes apresentaram opiniões diversificadas sobre o assunto. Observaram-se depoimentos que apontam para uma relação quase que recíproca entre os dois processos, como se um fosse condição de outro,

D1: Para a efetivação da intersectorialidade, a rede precisa estar em articulação para o desenvolvimento eficaz das atividades desenvolvidas, é através dela que é feito os encaminhamentos para a rede intersectorial.

D5: Ela é importante para o trabalho em rede, porque se não houvesse o trabalho em rede com a intersectorialidade, as ações que serão feitas são ações apenas pontuais que naquele momento vai resolver aquela situação. Porém, depois, vai gerar um círculo vicioso.

Os enunciados expostos apontam a intrínseca relação que os entrevistados fazem entre rede e intersectorialidade, evidenciando que a ideia e estratégia de se trabalhar em rede é um modulador do cuidado em saúde mental. Outros depoimentos demonstram que a articulação da intersectorialidade com o trabalho em rede promove a própria efetivação do cuidado em saúde mental.

D7: A importância se dá pela efetivação da continuidade do cuidado.

Para Carvalho (2015) o conceito e a metodologia do trabalho em rede são estratégicos para pensar a formação na atenção psicossocial. Na concepção do autor, a articulação desse conceito com a intersectorialidade pode favorecer a construção de políticas sociais que abordem os processos de exclusão social, garantindo assim, uma perspectiva mais integral do cuidado.

Outra questão tratada refere-se às articulações intersectoriais que os profissionais realizavam em seus atendimentos. Alguns relatos apontam como principal atividade os diversos encaminhamentos que podem ser realizados para os (as) usuários (as) no âmbito das atividades do CAPS, para serviços/setores de dentro da política de saúde e para outras políticas, revelando assim o caráter intersectorial da ação.

D1: Encaminhamentos à rede (benefício assistencial - Política da Assistência (auxílio doença - Previdência), Saúde (CAIS, PSF, Hospitais Gerais, Referência e contra referência) e etc.

D6: O tempo todo a gente tá precisando da rede, então, se por exemplo, chega um usuário aqui em crise, eu tô falando da nossa demanda, da nossa realidade, a gente aqui não tem suporte, pra [...] essa demanda específica quando ele tá em crise, então a gente vai tá encaminhando ele pra um outro hospital de urgência e emergência, onde ele vai ser urgenciado, e após fazer esse tratamento lá inicial, é que ele vem pra cá fazer o tratamento dele aqui, então a gente trabalha com a rede o tempo todo.

As exposições acima revelam que a efetividade do encaminhamento se dá, sobretudo, pelo entendimento que os (as) profissionais possuem acerca da ação intersetorial. Estes, por sua vez, pautam suas ações no processo de corresponsabilização do cuidado para com os (as) usuários (as).

Sobre essa questão, os estudos desenvolvidos por Gonzaga e Nakamura (2015, p. 239) com profissionais de um CAPS III em Santos-SP, evidenciaram que ao abordar a como resultado “a falta de escuta por parte dos profissionais que encaminham o paciente, causando o seu vai-e-vem pelos serviços, tornando-o um paciente ‘rodador’”. Por isso classificam alguns encaminhamentos como “equivocados” ou “indevidos”. (Ibidem). Destarte, as falas dos profissionais, entrevistados reforçam o caráter muitas vezes empregado aos encaminhamentos – desresponsabilização pelos (as) usuários (as).

As análises destacam ainda, relatos que conseguem visualizar a estratégia da intersetorialidade se materializando no cotidiano do serviço como encaminhamentos, reuniões, triagens e outros.

D2: [...] a inclusão social de cada usuário, é [...] quando chega no CAPS e vê essa parte do acolhimento e da triagem. E no serviço do dia a dia dele aqui, [...] se precisar de um atendimento psicológico a gente tem a terapia, e tem a parte médica com a clínica geral os encaminhamentos etc.

Percebe-se nestes depoimentos, certa diluição das discussões em torno da intersetorialidade na condução das atividades cotidianas, haja vista que não se considerou a articulação com os outros serviços. A esse respeito, é importante indagar se essa dissolvência deve-se à própria incorporação da intersetorialidade como princípio norteador da desinstitucionalização, ou pela dificuldade de materializar e até mesmo de visualizar seus efeitos ou modos de processamento no âmbito da prática.

Portanto, apesar da intersetorialidade constituir-se um dos princípios da Política de Saúde Mental mais importante, nem todos os profissionais que atuam nesse campo possuem a compreensão do termo, ou até mesmo conseguem percebê-la em sua prática cotidiana e nos serviços. Todavia, é importante ressaltar, que a pouca compreensão da matéria por parte dos profissionais pode comprometer a concretização da prática intersetorial.

Por fim, depreendeu-se que a maior parte dos participantes do estudo relaciona a intersetorialidade ao trabalho em rede, que, por conseguinte, pode ter corroborado o entendimento de que à medida que os profissionais visualizam as falhas na rede, compreendem que a intersetorialidade torna-se de difícil realização.

4 CONCLUSÕES

A partir das análises empreendidas, pode-se inferir que os (as) profissionais reconhecem a importância do CAPS, bem como de seu serviço. No entanto, compreendem que mesmo investindo na ampliação e estruturação do mesmo, sozinho ele nunca dará conta das demandas de saúde mental.

Em geral, os (as) profissionais possuem um entendimento sobre intersetorialidade que preserva as principais ideias do termo aludidas no campo da saúde mental. De modo que, apesar das distintas formas de interpretação, os (as) participantes do estudo demonstraram possuir percepções avultadas da atenção quando se insere a intersetorialidade na composição das práticas sociais e na produção do cuidado em saúde. Essa diversidade de apreensões são consequentes de apreciações dos (as) profissionais e dos recursos disponíveis para construir as ações intersetoriais.

Apesar dos impasses e das dificuldades estruturais e de operacionalização do cuidado, a intersetorialidade fortalece as discussões em torno da desinstitucionalização da loucura e do trabalho em rede. No entanto, ainda necessita de esforços objetivos e subjetivos para a realização de ações mais consistentes, que articulem os diversos serviços e equipes na RAPS e fora dela.

Ademais, a baixa articulação com as demais políticas sociais, que se constitui a base para o cuidado integral, fragiliza a atenção ofertada aos (as) usuários (as), pois as demandas dos indivíduos com transtornos mentais estão para além do setor saúde. Não obstante, a integralidade do atendimento não é o único fundamento a requerer arranjos

intersetoriais, haja vista que estes são indispensáveis para a efetivação dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. A saúde e o dilema da intersetorialidade. *In: Saúde em debate*. São Paulo:Hucitec, 2006.

AKERMAN, Marco et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4291-4300, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.088** de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10/05/2017.

_____. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10/05/2017.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10/05/2017.

CARVALHO, R. N. **A complexa produção da intersetorialidade no campo da saúde mental**. 2015. 463p. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.

CAVALCANTI, P. B. et al. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. *In: Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Anais...* Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013.

GARCIA, LMT et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *In: Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014.

GONZAGA, N; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **In: Saúde Sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p.232-243, 2015.

MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. D. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **In: R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2010.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **In: Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, janeiro, 2010.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **In: Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4685-4694, 2011.

SCHEFFER, G; SILVA, LG. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **In: Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SCHUTZ, F; MIOTO, RCT. Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate. **In: Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 59-75, 2010.

SILVA, EKBD; ROSA, LCDS. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **In: R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.