



UFPB

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO ACADÊMICO**

ANA KATARINA DE ARAÚJO

**SERVIÇO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA DOS TRABALHOS PUBLICADOS NO CBAS**

**JOÃO PESSOA
2019**

ANA KATARINA DE ARAÚJO

**SERVIÇO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA DOS TRABALHOS PUBLICADOS NO CBAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Coorientador: Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho

**JOÃO PESSOA
2019**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A663s Araujo, Ana Katarina de.

Serviço Social e a Intersectorialidade na Saúde Mental:
uma revisão integrativa dos trabalhos publicados no
CBAS / Ana Katarina de Araujo. - João Pessoa, 2019.
150 f. : il.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.

Coorientação: Rafael Nicolau Carvalho.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Intersectorialidade. Saúde Mental. Serviço Social. I.
Miranda, Ana Paula Rocha de Sales. II. Carvalho, Rafael
Nicolau. III. Título.

UFPB/CCHLA

ANA KATARINA DE ARAÚJO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Aprovada em 30 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Prof.^a Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora

Rafael Nicolau Carvalho

Prof.^o Dr. Rafael Nicolau Carvalho
Universidade Federal da Paraíba
Coorientador

Patrícia Barreto Cavalcanti

Prof.^a Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

Edna Tânia F. da Silva

Prof.^a Edna Tânia Ferreira da Silva
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos meus orixás de luz, pela sabedoria e discernimento para enfrentar os obstáculos e seguir em frente.

Ao meu filho Ícaro, por todo amor e compreensão, por ser o motivo das minhas lutas diárias, sempre. Te amo!

A Diego, meu amor, pelo apoio incondicional, companheirismo e paciência, por estar sempre ao meu lado. Por trazer leveza aos meus dias.

A minha mãe Djelza e minha irmã Ana Karolina. A minha avó Marina, aos meus tios, tias e primos, por todo o apoio e carinho de sempre.

A minha sogra Ísis e sogro Irinaldo por ser família, apoio e aconchego.

A todos os meus amigos, pela paciência, apoio e compreensão nos momentos que estive ausente, agradeço pelas palavras de incentivo e carinho. Em especial as minhas amigas/irmãs Juliana Mendes e Jéssica Vieira.

As minhas colegas de turma e professoras do mestrado 2017.1, pelas valiosas discussões e trocas de conhecimentos e de afetos.

As professoras doutora, Patrícia Barreto e Edna Tânia, pela disponibilidade em participar e contribuir com meu processo de qualificação e defesa final da dissertação.

A minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Rocha, que mesmo longe mostrou-se sempre dedicada e acessível. Gratidão pelos ensinamentos e por ter acreditado no meu potencial.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Rafael Nicolau Carvalho, por ter aceitado gentilmente me coorientar e por todo apoio, paciência e contribuições para a construção e qualidade desse trabalho. Meu eterno agradecimento!

E por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse trabalho, tão caro para mim.

A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos atender melhor a nossa realidade (KONDER, 1984, p. 37).

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o debate profissional sobre a intersetorialidade no âmbito da saúde mental a partir dos trabalhos publicados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Assim, buscou-se identificar quais as compreensões sobre a intersetorialidade, quais as demandas e como os assistentes sociais acionam a estratégia da intersetorialidade no âmbito da saúde mental e quais os desafios apontados para a construção das ações interssetoriais. No tocante aos procedimentos metodológicos, adotou-se a pesquisa bibliográfica narrativa, que tratou-se inicialmente do debate em torno da intersetorialidade e posteriormente da relação da intersetorialidade com o campo da saúde mental, bem como a discussão sobre a vinculação do Serviço Social com a intersetorialidade no campo da saúde mental e a pesquisa sistemática integrativa com base nos estudos de Botelho; Cunha e Macedo (2011) e de Lima e Miotto (2007) para leitura e análise dos artigos. Para a seleção dos dados, recorreu-se as bases dos Anais do 10º ao 15º CBAS no período de 2001 a 2016, que demarca o ano da lei da Reforma Psiquiátrica e o último CBAS ocorrido, no qual o Serviço Social completou 80 anos de existência. Os artigos foram selecionados com base nos descritores “saúde mental”, “intersetorialidade”, “saúde mental e intersetorialidade” e “intersetorialidade e saúde”, sendo selecionados 148 artigos, dos quais 37 foram incluídos para a construção das sínteses. O resultado da pesquisa demonstrou que a compreensão do Serviço Social na saúde mental sobre a intersetorialidade recebe influências do debate da literatura relacionado ao trabalho em rede, interdisciplinaridade e integralidade, mas também tem tentado imprimir novos sentidos relacionando a intersetorialidade ao enfrentamento das “questões sociais” e ao acolhimento das demandas dos usuários. Os assistentes sociais reconhecem os desafios existentes, relacionados principalmente com questões objetivas, que dizem respeito às restrições da configuração da própria política social em um contexto de neoliberalismo, mas ainda assim tem assumido essa atribuição no campo da saúde mental para ampliar a efetivação dos direitos sociais dos usuários. No entanto, considera-se que diante de tais dificuldades o assistente social ou não consegue operacionalizar ações interssetoriais ou a forma como essa articulação é materializada muitas vezes não expressa a capacidade profissional em articular as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, podendo ser abordada de maneira pontual e imediatista.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Saúde Mental. Serviço Social.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the professional debate on intersectorality in the field of mental health from the works published in the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS). Thus, we sought to identify which understandings about intersectorality, what the demands and how social workers trigger the strategy of intersectorality in the field of mental health and what challenges pointed to the construction of intersectoral actions. With regard to methodological procedures, we adopted the narrative of bibliographical research, which was initially about the debate around the intersectorality and later the relationship between the intersectorality and the field of mental health, as well as the discussion about the linkage of Social Service with the intersectorality in the field of mental health and systematic integrative research based on the studies of Botelho; Cunha and Macedo (2011) and Lima and Miotto (2007) for reading and analyzing the articles. For the selection of data, the bases of the Annals of the 10th to 15th CBAS were used in the period from 2001 to 2016, which marks the year of the Law of Psychiatric Reform and the last CBAS occurred, in which the Social Work completed 80 years of existence. The articles were selected based on the descriptors of "mental health", "intersectorality", "mental health and intersectorality" and "intersectorality and health", selecting 148 articles, of which 37 were included for the construction of the syntheses. The research results showed that the understanding of Social Service in mental health on intersectorality receives influences from the literature debate related to networking, interdisciplinarity and comprehensiveness, but has also tried to impress new meanings by relating intersectorality to the confrontation of "social issues" and the reception of the users' demands. Social workers recognize the existing challenges, related mainly to objective issues, which relate to the constraints of the configuration of social policy itself in a context of neoliberalism, but have nevertheless assumed this attribution in the field of mental health to extend the realization of social rights of users. However, it is considered that faced with such difficulties the social worker or is unable to operationalize intersectoral actions or the way this articulation is materialized often does not express the professional capacity in articulating the theoretical-methodological, ethical-political and technical-operative dimensions, and can be approached in a timely and immediate manner.

Keywords: Intersectorality. Mental health. Social service.

LISTA DE SIGLAS

AIHs	Autorização de Internação Hospitalar
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CECOs	Centros de Convivência e Cultura
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EBSERH	Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRPB	Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-governamentais
PEPP	Projeto Ético-político Profissional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PSM	Política da Saúde Mental
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SRT	Serviços Residências Terapêuticas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Tipos de Revisão da Literatura.....	90
Figura 2 –	Etapas da Revisão Integrativa.....	91
Figura 3 –	Sistematização das compreensões sobre intersectorialidade.....	119
Figura 3 –	Sistematização das principais dificuldades na construção de ações intersectoriais.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro comparativo entre o Sistema de Saúde Tradicional e o SUS.....	46
Quadro 2 –	Descritores utilizados na coleta de dados da pesquisa.....	93
Quadro 3 –	Universo de artigos e estudos selecionados por CBAS.....	94
Quadro 4 –	Artigos incluídos por CBAS.....	94
Quadro 5 –	Artigos selecionados por descritores.....	96
Quadro 6 –	Tendências temáticas dos artigos selecionados por CBAS.....	99
Quadro 7 –	Artigos incluídos por descritores.....	107
Quadro 8 –	Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 1.....	111
Quadro 9 –	Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 2.....	121
Quadro 10 –	Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 3.....	128

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição dos artigos incluídos por tipo de estudo.....	108
Gráfico 2 –	Distribuição dos artigos incluídos por região.....	109

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: UMA NARRATIVA EM CONSTRUÇÃO.....	20
1.1 A intersectorialidade nas políticas sociais: entre mecanismos, modelos e práticas.....	21
1.2 A intersectorialidade na agenda da política de saúde: da garantia da integralidade à flexibilização do cuidado.....	33
1.3 A intersectorialidade enquanto modelo para as práticas profissionais em saúde: trabalho em rede e equipe multiprofissional.....	45
CAPÍTULO 2 – A RELAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE COM A SAÚDE MENTAL: POR DENTRO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	54
2.1 Apontamentos sobre a construção da política de saúde mental.....	55
2.2 A influência do debate sobre a intersectorialidade na construção da rede de cuidados em saúde mental.....	65
2.3. As “novas práticas de cuidado em saúde mental” e a questão da intersectorialidade.....	72
CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA NOS TRABALHOS PUBLICADOS NO CBAS DE 2001 A 2016.....	80
3.1 A intersectorialidade na atuação de assistentes sociais na saúde mental.....	80
3.2 Percurso metodológico da pesquisa bibliográfica sistemática.....	88
3.3 Tendências temáticas da produção do CBAS com os artigos selecionados.....	95
3.4 Sínteses Integradoras: uma revisão integrativa nos trabalhos publicados no CBAS de 2001 a 2016.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICES.....	145

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, intitulada “**Serviço Social e a Intersetorialidade na Saúde Mental**: uma revisão integrativa dos trabalhos publicados no CBAS”, tem por objetivo analisar o debate profissional sobre a intersectorialidade no âmbito da saúde mental a partir dos trabalhos publicados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). Dentre as intencionalidades específicas destacam-se: a) analisar quais as compreensões sobre a intersectorialidade presentes na produção dos assistentes sociais apresentadas no CBAS; b) sistematizar como os assistentes sociais acionam a estratégia da intersectorialidade no âmbito da saúde mental a partir dos relatos de experiência publicados no CBAS; c) identificar quais as demandas postas para os assistentes sociais na saúde mental que requerem o uso da estratégia da intersectorialidade a partir da produção do CBAS; d) identificar os desafios apontados pelos assistentes sociais, na produção do CBAS, para a construção das ações intersectoriais.

A motivação para estudar essa temática resulta da trajetória da pesquisadora na saúde mental, a partir do cotidiano profissional e em pesquisas desenvolvidas anteriormente. Graduada em Serviço Social, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi objeto do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Saúde Mental e o Cuidado dos Usuários de Drogas: um estudo a partir da Rede de Atenção Psicossocial do município de João Pessoa”. Além disso, a discussão sobre intersectorialidade também esteve presente no trabalho final da especialização em saúde mental realizada na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba, durante a qual se criou um grupo educativo com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de João Pessoa – PB visando discutir e implementar a inserção no trabalho pelo viés da intersectorialidade.

Como desdobramento do grupo educativo, foi realizado um estudo descritivo na modalidade relato de experiência, intitulado “Trabalho e Saúde Mental: relato de experiência em um CAPS ad III na cidade de João Pessoa, PB”. Os resultados da pesquisa demonstraram que as atividades desenvolvidas pelo grupo contribuíram de forma significativa para aumentar as condições de acesso dos usuários ao trabalho, tendo como fruto a implantação no referido CAPS do projeto “Brasil Alfabetizado” e o projeto de geração de renda da horta medicinal.

Em relação à experiência profissional, a pesquisadora tem atuado em serviços de saúde pública nos diferentes níveis de atenção. Tal experiência se iniciou na atenção básica, quando trabalhou como Apoiadora Matricial de equipes de saúde da família do município de João Pessoa/PB (2014-2015) e mais recentemente como assistente social residente em saúde mental, atuando em serviços de baixa, média e alta complexidades da RAPS, também no município de João Pessoa (2015-2017). Em ambas experiências foi possível perceber a importância e a potência da estratégia da intersetorialidade no campo da saúde mental para ampliar o escopo do atendimento ao usuário de forma integral e reduzir as desigualdades impostas pela produção e reprodução da sociedade capitalista, bem como as dificuldades para a sua implementação.

Tais vivências possibilitaram verificar que o Serviço Social tem desenvolvido trabalho intersetorial no âmbito da saúde mental com o intuito de articular a rede e estabelecer diálogo com outras políticas públicas para ampliar a efetivação dos direitos sociais dos usuários. Ademais, o Serviço Social também tem fomentado o debate e produzido conhecimento sobre esse tema. Nesse sentido, pretende-se com a dissertação de mestrado investigar como a intersetorialidade tem repercutido na produção científica da categoria, no âmbito da saúde mental, a partir de uma revisão integrativa dos artigos que tratam sobre a temática nos CBAS de 2001 a 2016. A escolha do evento se deu por considerá-lo um importante espaço de divulgação e difusão de conhecimento da profissão, reunindo uma quantidade expressiva de profissionais em formação e atuantes nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

A intersetorialidade é considerada um tema atual e complexo, estando no Brasil relacionado ao campo das políticas sociais, sobretudo, a partir da seguridade social inscrita na Constituição Federal (CF) de 1988. Considerada um eixo estruturante da integralidade, emerge como tentativa de superar práticas fragmentadas, reconhecendo-a como viés para facilitação do atendimento às demandas inerentes ao trabalho em políticas públicas, tendo em vista que estas não possuem, em si, capacidade para soluções unilaterais (CARVALHO, 2017).

Na área da saúde, a intersetorialidade se vincula ao projeto da Reforma Sanitária, ao conceito ampliado de saúde que a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília – DF, adquire novos aspectos biopsicossociais, passando a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego (BRASIL,

1986), e também ao conceito de promoção da saúde, todos eles materializados a partir da CF, na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990.

No campo da saúde mental, a intersectorialidade tem relação com a mudança no paradigma do cuidado, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB), que lutava pela progressiva substituição dos manicômios por serviços extra hospitalares inseridos na comunidade e por novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento mental. Nesse contexto, observa-se que a política da saúde mental (PSM) passa a ser estruturada com base na lógica da intersectorialidade, seja na legislação, com a instituição da Lei 10.216/2001, seja nos mecanismos de controle social, como foi o caso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, realizada em 2010, que teve como eixo norteador a proposta da intersectorialidade, seja na organização da rede de cuidado, com a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a RAPS.

Em se tratando do Serviço Social, o campo da saúde mental se configura como um espaço sócio ocupacional de atuação, dado que ali se expressa a “questão social”, objeto de intervenção do Serviço Social. Essa inserção se dá principalmente após a instituição do SUS e da expansão da rede substitutiva, com a abertura de CAPS em todo o território nacional, o que requereu maior número de assistentes sociais para atuar nas equipes multiprofissionais, a partir desse novo modelo assistencial, no território, entendendo a saúde como direito social e afirmando a necessidade de atender as demandas dos usuários na sua integralidade.

Dessa forma, percebe-se a vinculação dos assistentes sociais com a intersectorialidade, na medida em que estes estão inseridos nas diversas políticas sociais e atuam diretamente com as expressões da “questão social”, na tentativa de responder a essas demandas a partir de uma perspectiva de totalidade.

Para Cavalcanti e França (2013), a abordagem intersectorial está presente no debate sobre a integralidade na área da saúde, possibilitando ao assistente social o enriquecimento das discussões e propostas, dado seu arcabouço teórico e técnico-operativo desenvolvido no setor da saúde.

Cabe acrescentar ao debate que não é apenas ao Serviço Social que compete a materialização de arranjos intersectoriais, e sim a todas as profissões inseridas nas políticas sociais e serviços de saúde e saúde mental. Contudo, devido ao conhecimento acerca das políticas públicas e sociais, os assistentes sociais

acabam assumindo no cotidiano do exercício profissional o debate e até mesmo a “operacionalização” das ações intersetoriais (COSTA, 2010).

A questão central que essa pesquisa pretendeu responder é: Quais as ressonâncias da intersetorialidade no debate do Serviço Social no campo da saúde mental? Com o intuito de responder à questão central, algumas questões específicas orientaram a tentativa de compreensão e análise do fenômeno exposto, quais sejam: Quais as compreensões sobre a intersetorialidade que estão presentes nos trabalhos publicados pelo Serviço Social no âmbito da saúde mental? Quais as principais demandas e como o Serviço Social tem incorporado a intersetorialidade na sua prática profissional, segundo os relatos de prática publicados no CBAS? Quais as dificuldades identificadas pelos assistentes sociais para a construção de ações intersetoriais?

Partiu-se da hipótese de que a intersetorialidade atua como uma possibilidade de minimizar a fragmentação da ação do Estado frente à complexidade das demandas sociais e que a atual configuração das políticas sociais setorializadas não consegue atender. Porém, por questões objetivas e subjetivas tal recurso ou não é apropriado pelos assistentes sociais na sua prática profissional, ou fica reduzido a atividades meramente pontuais e imediatistas.

A relevância desta temática se justifica ao se observar a configuração fragmentada e desarticulada da política pública brasileira que impõe obstáculos ao atendimento das demandas dos usuários na sua integralidade (SCHUTZ; MIOTO, 2011). Particularmente no campo da saúde mental, torna-se fundamental discutir a intersetorialidade, uma vez que, historicamente, o cuidado destinado às pessoas em sofrimento mental foi centrado na internação, no modelo biomédico e sem articulação com as demais políticas. Com o MRPB, alicerçado nos princípios da Reforma Sanitária e do SUS, a intersetorialidade passa a fazer parte do debate e influencia também a formulação da política de saúde mental. Atualmente está presente na forma como se estrutura e organiza o cuidado aos usuários, principalmente ao reconhecer os determinantes sociais da saúde e propor a proteção integral, além de se configurar como uma das diretrizes da RAPS. Ademais, a intersetorialidade está vinculada ao exercício profissional do assistente social, sendo considerada uma estratégia que está inserida na rotina do fazer profissional do assistente social na saúde, segundo os “Parâmetros para Atuação de

Assistentes Sociais na Política de Saúde” lançado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010.

O Serviço Social tem pesquisado e produzido trabalhos sobre a intersectorialidade (CARVALHO, 2017; CAVALCANTI, 2013; COSTA, 2010; MACÊDO, 2013; MIOTO; SCHUTZ, 2011; PEREIRA, 2015). Contudo, ao buscar na produção de conhecimento pesquisas relacionadas ao objeto deste estudo, deparou-se com um número pequeno de trabalhos, pois a maioria estava relacionada à intersectorialidade na área da saúde ou no âmbito do Serviço Social de forma genérica.

O trabalho tem relevância científica e acadêmica, e pretende contribuir com os estudos desenvolvidos relacionados à intersectorialidade no exercício profissional do assistente social no campo da saúde mental. Por fim, possui relevância social ao voltar-se para o fortalecimento de um exercício profissional comprometido com os usuários da saúde mental na sua totalidade que historicamente são estigmatizados e alijados dos seus direitos, e com a defesa da universalidade e integralidade das políticas sociais e do SUS.

Em termos metodológicos, este trabalho adota a pesquisa bibliográfica sistemática do tipo integrativa que, de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011) tem o objetivo de realizar uma síntese e análise do conhecimento científico já produzido em estudos anteriores acerca de um determinado tema, contribuindo para o desenvolvimento de novas teorias. Além da revisão bibliográfica sistemática adotou-se também a revisão narrativa que teve como objetivo construir o referencial teórico da pesquisa. Em relação ao método, configura-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e abordagem histórico-crítica marxista.

A estrutura deste trabalho encontra-se, didaticamente, disposta em três capítulos. No primeiro, analisa-se o debate mais atual e geral acerca da intersectorialidade, principalmente no bojo das políticas sociais. Depois apresenta-se sua inserção na área da saúde e a conseqüente incorporação nos processos de trabalho em saúde. No segundo capítulo, pretende-se compreender a relação da intersectorialidade com o campo da saúde mental, apontando sua influência para a construção dessa política e da rede de cuidados, bem como para o desenvolvimento de novas práticas em saúde mental. No terceiro, e último capítulo, faz-se uma discussão sobre a vinculação do Serviço Social com a intersectorialidade no campo da saúde mental, buscando analisar de que forma essa estratégia contribuiu com a

inserção da profissão nesse espaço sócio-ocupacional e quais são os desafios existentes para incorporá-lo nas suas práticas. Após esse primeiro momento, apresenta-se os resultados da pesquisa e a síntese integradora dos trabalhos analisados a partir da pesquisa bibliográfica sistemática, tomando como base a proposta de Lima e Miotto (2007).

CAPÍTULO 1 – O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: UMA NARRATIVA EM CONSTRUÇÃO

O debate sobre intersectorialidade, predominantemente fomentado no campo da saúde coletiva e da administração pública, apresenta uma diversidade de conceitos e enfoques (JUNQUEIRA, INOJOSA, KOMATSU, 1997; NASCIMENTO, 2010; SOUZA, MONNERAT, 2011; SCHUTZ, MIOTO, 2011; PEREIRA, TEIXEIRA, 2013; PEREIRA, 2015), sendo empregado como mecanismo, estratégia, modelo de gestão ou até mesmo ferramenta para a prática profissional.

No âmbito das políticas públicas no Brasil, a intersectorialidade emerge como tentativa de superar a histórica fragmentação das políticas sociais, principalmente pelo reconhecimento de que nenhuma área ou setor atuando de forma isolada é capaz de atender as demandas dos usuários integralmente. Neste sentido, é consenso entre diversos autores (SCHUTZ, MIOTO, 2011; SOUZA, MONNERAT, 2011; PEREIRA, 2015) a importância da intersectorialidade como uma possibilidade de minimizar a fragmentação da ação estatal frente as demandas que são complexas e que a atual configuração das políticas sociais setorializadas não conseguem atender.

A título de esclarecimento, a concepção de política pública adotada para este estudo está alinhada com a de Pereira (1996, p. 130), que a define como “[...] linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei”. Considera-se que embora prevaleça a primazia da responsabilidade do Estado na elaboração, gestão e financiamento, envolve a participação ativa da sociedade civil na formulação e controle social da execução (RAICHELIS, 2009).

Por sua vez, considera-se que o Serviço Social incorpora o debate sobre a intersectorialidade no campo da saúde mental, visto que se configura enquanto uma profissão que está inserida na trama das relações sociais e atua no âmbito das políticas sociais. Assim, essa revisão narrativa objetiva reunir elementos teóricos que permitam conhecer o debate atual e mais geral sobre a intersectorialidade e juntamente ao tipo de pesquisa adotada, a revisão sistemática integrativa, se possa compreender a abordagem ou o tratamento teórico impresso pelo Serviço Social a esse campo temático, principalmente na incorporação para a construção da sua prática profissional.

Em vista disso, explicitam-se alguns dos conceitos adotados por autores que problematizam a intersectorialidade no campo da administração pública, das políticas sociais e da saúde coletiva. Essa tarefa se justifica pelo fato de considerarmos ser este um conceito ainda em construção e pela necessidade de apreendermos de que forma tem sido analisado e integrado à realidade social brasileira, à política de saúde e aos processos de trabalho em saúde.

Neste primeiro capítulo, na seção 1.1 apresenta-se uma discussão sobre as concepções de intersectorialidade presentes no debate acadêmico atual, contextualizando sua emergência na agenda das políticas sociais públicas. Na seção 1.2, examina-se a inserção da intersectorialidade na política de saúde, analisando as contradições existentes e situando a sua importância para a efetivação dessa política, e por fim, na seção 1.3 aborda-se a incorporação da intersectorialidade nos processos de trabalho em saúde, a partir do trabalho em rede e das equipes multiprofissionais.

1.1 A intersectorialidade nas políticas sociais: entre mecanismos, modelos e práticas

Ao revisar a literatura que aborda o conceito de intersectorialidade, foi possível perceber que o mesmo não possui um único sentido, sendo empregado de diferentes formas. Alguns autores consideram a intersectorialidade como um modelo de gestão social (SOUZA, MONNERAT, 2011) outros, por sua vez, uma estratégia para construção de práticas profissionais (ANDRADE, 2006), ou ainda, como um princípio do trabalho com redes (BOURGUIGNON, 2001).

Em relação ao significado léxico da palavra intersectorialidade, esta deriva da união do prefixo *inter* (que significa “no interior de dois”; “entre”; “no espaço de”; “posição intermediária”) e um conjunto de setores. Dessa forma, “a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores” (CAVALCANTI, et al, 2013, p. 192), que ao articularem entre si, podem ofertar uma atenção mais integral e totalizante. Nesta perspectiva, o termo intersectorialidade está vinculado à articulação e gestão das políticas sociais com o

intuito de impactar positivamente nas condições de vida dos usuários frente à complexidade das expressões da “questão social”¹.

Com base em tais prerrogativas, considera-se ser necessário, para um melhor entendimento de como o tema da intersectorialidade tem repercutido no âmbito das políticas sociais, realizar uma breve contextualização do período em que esse debate emerge na conjuntura brasileira e seus desdobramentos, bem como apreender as distintas abordagens que a intersectorialidade vem sendo utilizada nesse campo. Cabe advertir que não se pretende esgotar o tema e nem os aspectos conceituais, mas contribuir com as discussões existentes.

O debate sobre a intersectorialidade no Brasil é considerado recente, iniciando-se no âmbito das políticas sociais² com a promulgação da CF de 1988, em um contexto em que o cenário político era de grandes transformações, com o fim da ditadura civil-militar que perdurou por 21 anos (1964-1985) e a volta da democracia. Essa reabertura democrática do país é fruto das inúmeras manifestações e reivindicações dos movimentos sociais, populares e da classe trabalhadora, que através da inscrição da seguridade social³, têm seus direitos sociais garantidos pelo Estado na Carta Magna.

Contudo, embora a seguridade social represente uma conquista, situando as políticas sociais da saúde, assistência e previdência nos marcos dos direitos sociais universais e de cidadania, há uma refuncionalização do papel do Estado no contexto político e social da década de 1990, então marcado pela hegemonia da política neoliberal, sob a justificativa de que aquele não poderia mais atender, como antes, as demandas oriundas da classe trabalhadora para sua reprodução devido à crise econômica que se encontrava (BRAVO, 2009).

¹ De acordo com Netto (2001), a expressão “questão social” tem sua origem no fenômeno do pauperismo generalizado ocorrido na Europa Ocidental durante a terceira década do século XIX, decorrente da instauração do Capitalismo industrial-concorrencial, onde a pobreza crescia em razão direta a capacidade social de produzir riquezas. Para ele, a “questão social” designou-se dos desdobramentos sócio-políticos, dos protestos e confrontos de uma massa de pauperizados contra a ordem burguesa que se consolidava.

² Para Netto (2001), as políticas sociais, se configuram enquanto uma intervenção do Estado monopolista nas sequelas da “questão social”. Nesse contexto, a fim de manter a ordem vigente, o Estado passou a ter novos papéis, imbricando suas funções econômicas com as políticas para assegurar os superlucros dos monopólios. Visando sua legitimação política, o Estado passa a usar da coesão através de respostas às demandas das classes subalternas que se tornam objeto de intervenção, através das políticas sociais.

³ Aqui 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, 2002, art. 194).

Ou seja, os efeitos da crise estrutural do capital iniciada nos anos de 1970 nos países centrais alcançam também, a partir de meados da década de 1980, os países periféricos da América Latina. Assim, devido aos efeitos da crise e o crescimento da dívida externa, o Brasil passa a implementar as reformas estruturais “recomendadas” pelos organismos internacionais como o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial⁴.

Para Behring (2008), esse processo se configura como uma contrarreforma do Estado, posto que se trata de um retrocesso no que tange às condições de vida, de trabalho e de participação política da maioria da população, com a degradação dos serviços públicos e cortes dos gastos sociais, impactando sobremaneira na seguridade social.

Dessa forma, a intervenção no tratamento às demandas, sequelas da “questão social”, tem aumentado sua fragmentação e parcialização, visto que se fosse considerada em sua totalidade colocaria em xeque a ordem burguesa e sobre isto, Behring (2009) traz uma importante contribuição para pensar a questão das políticas sociais em um contexto de ofensiva neoliberal, onde estas têm sofrido uma restrição, principalmente as políticas de caráter universal. Em contrapartida, assiste-se a uma expansão de políticas paternalistas, pontuais e compensatórias voltadas a situações de extrema pobreza.

Em relação a esse debate, Mauriel (2012) aponta algumas tendências no que tange às políticas sociais na atualidade, que contribuem com o desmonte da seguridade social na perspectiva do direito e da universalidade, bem como imprimem esse caráter de combate à pobreza:

- 1) A desresponsabilização do Estado em relação ao enfrentamento da “questão social”;
- 2) O fomento à filantropia empresarial e a ações das Organizações Não Governamentais (ONG's) para assumir a execução das atividades antes assumidas pelo poder público;
- 3) A ampliação de ações de combate à pobreza concomitante ao desmonte da seguridade social.

⁴ Essas reformas são implementadas a partir do Consenso de Washington e são impostas como condicionalidades para a concessão de empréstimos, centrando-se na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira, privatização do setor público e redução do Estado na área social (SANTOS, 2016).

Seguindo essa lógica, Pereira e Teixeira (2013) sustentam a tese de que, com o avanço das reformas neoliberais, o fortalecimento do trabalho com redes nas políticas sociais é uma nova forma de legitimar a proteção social, substituindo o Estado de Bem-Estar Social pelo pluralismo de Bem-Estar Social.

O Estado de Bem Estar Social proposto como um pacto social entre as classes “industriais” derivado da articulação do fordismo e do keynesianismo com a finalidade de promover o desenvolvimento industrial/comercial. Com isso o Estado passa a intervir nas relações capital-trabalho a partir de um novo padrão de acumulação e regime de regulação “[...] ancorado na relação ‘salarial’ de trabalho, nos direitos políticos, sociais e trabalhistas, no estímulo ao consumo em massa, no reinvestimento produtivo do capital, nos sistemas de crédito e juros baixos [...]” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 161).

Já o chamado pluralismo de Bem-Estar Social, é definido por Pereira e Teixeira (2013, p. 115) como:

[...] uma modalidade de intervenção social que envolve o *mix* público/privado tem por fundamento uma nova visão de Estado, não mais como gestor, administrador e executor dos serviços; ao contrário, parte de uma visão liberal do Estado como normatizador, regulador e coordenador de uma rede de serviços executada e ofertada pela sociedade. Trata-se de um ataque ao Estado Social intervencionista com políticas universalistas, redistributivistas e garantidora de direitos de cidadania. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 115).

As autoras entendem que o Estado, por meio da descentralização político-administrativa, passa a adotar a gestão das políticas sociais em redes com o intuito de flexibilizar os impactos dos ajustes neoliberais e como uma alternativa desburocratizante às formas centralizadoras, sem participação popular e com altos custos e baixa eficácia (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013), o que as faz concluir que a gestão das políticas sociais em redes é precursora da intersectorialidade.

A noção de intersectorialidade surgiu ligada ao conceito de rede, a qual emergiu como uma nova concepção de gestão contrária à setorização e à especialização, propondo, por outro lado, integração, articulação dos saberes e dos serviços ou mesmo a formação de redes de parcerias entre os sujeitos coletivos no atendimento às demandas dos cidadãos. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 121).

Portanto, pode-se considerar que é nesse cenário de contradições e cortes de direitos sociais, somadas ao fortalecimento da lógica privatista e da não observância da eficiência, eficácia e efetividade das políticas sociais setoriais para responder à complexidade dos problemas sociais, que emerge o debate sobre a intersectorialidade (NASCIMENTO, 2010; SCHUTZ; MIOTO, 2011; PEREIRA; TEIXEIRA, 2013), passando a funcionar como uma lógica de gestão das políticas sociais e incidindo também na organização das instituições e nas relações e práticas profissionais.

Para Schutz e Miotto (2011), a configuração atual das políticas sociais setoriais é um obstáculo para o atendimento integral das necessidades dos usuários. A intersectorialidade passa a ser acionada como uma alternativa para a integração dos diversos setores e como uma forma de qualificar as políticas sociais na contramão da sua fragmentação e desarticulação. Assim, as estruturas institucionais e posturas profissionais estanques são ineficientes, ou seja, as políticas públicas funcionando de forma setorializada, fragmentada, parcializada e desarticulada não são capazes de atender às demandas da população na sua totalidade. “Não é possível garantir o direito à saúde, por exemplo, sem que sejam contempladas necessidades relacionadas ao lazer, educação, saneamento básico, entre outras” (SCHUTZ; MIOTO, 2011, p. 3).

Do mesmo modo, Schutz e Miotto (2011), identificam três aproximações conceituais em relação à intersectorialidade, a saber:

- 1) intersectorialidade como complementaridade de setores;
- 2) intersectorialidade como prática;
- 3) intersectorialidade como princípio do trabalho com redes.

Partindo dessas três aproximações, pretende-se introduzir algumas perspectivas teóricas existentes sobre o tema da intersectorialidade a partir de autores que fomentam esse debate no entorno das políticas sociais.

Na lógica da *intersectorialidade como complementaridade de setores*, a intersectorialidade é vista como uma forma de atender as necessidades da população na sua integralidade, a partir da integração e complementaridade de vários setores, superando a lógica da fragmentação das políticas públicas. Nessa lógica, são destacados os trabalhos de Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997), Junqueira (1997, 1998, 2000) e Rede Unida (2000).

Ao discutir o tema no campo da gestão pública, Junqueira (1997) associa a intersetorialidade à descentralização. Para o autor, a descentralização administrativa ocorrida nos países da América Latina como no Brasil, pós reabertura democrática, possibilitou uma alteração na gestão das políticas setoriais a fim de propiciar a integração das mesmas. Dessa forma, a intersetorialidade é vista como uma nova lógica de gestão para resolver os problemas da população em um dado território, considerando a totalidade das suas demandas. “Nessa perspectiva a cidade constitui um espaço privilegiado para realizar a ação intersetorial” (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

Por sua vez, Inojosa (2001) fundamentada na teoria da complexidade de Edgar Morin⁵, relaciona a intersetorialidade com a transdisciplinaridade, podendo também ser chamada de transetorialidade. Para a autora, é necessário que se supere a fragmentação do conhecimento (algo que é muito próprio das ciências modernas⁶) a partir do agrupamento dos saberes, e só assim seria possível enxergar os problemas sociais na sua totalidade. Trazendo para o âmbito das políticas públicas, a intersetorialidade seria pensada a partir da complementaridade entre os setores.

Com base nesse entendimento, Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997, p. 24) definem o conceito de intersetorialidade como:

[...] A articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.

Segundo Souza e Monnerat (2009), os estudos oriundos do campo da administração pública focam o debate no planejamento de ações, mas não na perspectiva normativa e prescritiva, e sim na negociação de interesses para

⁵ “Sociólogo francês, considerado pai do pensamento complexo, que inclui o pensamento não pertencente aos círculos acadêmicos convencionais. Tal teoria pauta-se por uma visão transdisciplinar de sistemas complexos e diversos”. (PEREIRA, 2015, p. 11).

⁶ O projeto de modernidade emerge durante o século XVIII e consiste em um esforço dos pensadores iluministas para desenvolver a ciência objetiva, a moralidade, as leis universais e artes autônomas de acordo com sua própria lógica interna. “O domínio científico da natureza prometia liberdade da escassez, da necessidade e da arbitrariedade das calamidades naturais. O desenvolvimento das formas racionais de organização social e modos racionais de pensamento prometia a libertação das irracionalidades do mito, da religião, da superstição, liberação do uso arbitrário do poder, bem como do lado sombrio da nossa própria natureza humana”. (HARVEY, 1992, p. 23).

construir sinergias entre diferentes atores e áreas políticas. Sendo assim, funciona como uma síntese de saberes e setores para atuar sobre problemas diversos em um determinado território. Outro aspecto evidenciado é o diálogo e os fluxos de informação e comunicação como mecanismo para concretizar as ações intersetoriais frente as disputas de poder. Para esse campo, a intersectorialidade constitui uma nova forma de gerenciar as cidades e otimizar recursos humanos e financeiros para combater a ineficiência das políticas sociais.

Já na conceituação da Rede Unida (2000), a intersectorialidade é definida como uma nova forma de “trabalhar, governar e construir políticas públicas”, envolve a articulação de sujeitos dos diversos setores sociais no enfrentamento dos “problemas sociais” e da fragmentação dos conhecimentos e estruturas sociais, e portanto, envolve vontade, disputa de poderes e saberes.

Abreu (2016) ao realizar uma reflexão crítica sobre o significado da intersectorialidade em Junqueira e Inojosa, aponta que há em seus trabalhos um reforço para a reprodução da setorização das políticas sociais focalizadas e em consonância com os pressupostos da ideologia neoliberal. Para ela, apesar de considerar a importância do Estado, Junqueira defende a transferência da responsabilidade da execução das políticas sociais do estado para a sociedade “solidária” (organizações do terceiro setor⁷) com o argumento de que a crise econômica e social demanda maior eficácia na gestão dessas políticas e que apenas as organizações públicas gestoras não conseguem suprir essa tarefa, ou seja, pela lógica da má administração pública, contribuindo assim, para restringir a análise da gestão das políticas públicas a uma condição meramente técnica e operativa, desconsiderando a dimensão política.

Assim, o significado de intersectorialidade aparece não como uma forma de articular políticas sociais de responsabilidade do Estado para a efetivação de direitos sociais, mas como uma forma de transferir essa responsabilidade para as organizações sociais privadas, focalizando as intervenções em “alguns de seus segmentos”. (ABREU, 2016, p. 6).

Outra crítica apontada pela autora citada anteriormente é que nos trabalhos de Junqueira (1997), ao focar na descentralização administrativa com transferência

⁷ Aqui entendidas como as Organizações Não-Governamentais (ONGs). Sobre essa temática consultar Carlos Montano (2007) e Andrade (2017).

de responsabilidade para os municípios na gestão das políticas públicas intersetoriais visando resolver os problemas locais, sem vinculação com os Estados e a União, desconsidera os processos históricos de estrangulamento em relação ao aumento de responsabilidade e pouco recurso dos municípios.

Concordando com a autora, entende-se ser necessário considerar os aspectos contraditórios existentes nas políticas sociais que incidem no fato de atenderem a interesses opostos, devem ser analisadas dentro da totalidade histórica e social da sociedade burguesa e concebida enquanto resultado das contradições que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, engendradas pela luta de classes no marco do processo de produção e reprodução do capitalismo (BEHRING, 2009). Dessa forma, a análise desenvolvida é interessante para se pensar o papel do Estado⁸ na gestão e execução das políticas públicas e sociais.

Ainda em relação ao caráter contraditório das políticas sociais e compreendendo que é pela perspectiva dialética que a intersetorialidade deve se pautar, Pereira (2015) faz uma discussão vinculando-a ao conceito da interdisciplinaridade, por considerar esse conceito epistemologicamente mais analisado. Japiassu (1976) define a interdisciplinaridade como um novo recurso que aglutina saberes desconexos e independentes, uma nova maneira de encarar a repartição dos saberes disciplinares⁹, sem contudo, propor sua aniquilação.

Nesse sentido, ao vincular a intersetorialidade com a interdisciplinaridade, Pereira (2015) considera que ambas apresentam a partir do prefixo “*inter*” uma relação dialética que remonta a um todo unido, que se liga organicamente, apresentando características de reciprocidade e contradição.

A partir dessa reflexão, considera-se que essa ideia se diferencia da adotada por Inojosa (2001) por ir além da “justaposição de saberes” e “integração de setores”, propondo a “[...] reciprocidade entre saberes distintos, com suas contradições específicas e inerentes, tendo em vista à recomposição da unidade segmentada do conhecimento, que, na realidade, não é compartimentalizado” (PEREIRA, 2015, p. 16).

⁸ Sobre o papel do Estado e as funções assumidas por este no bojo da sociedade capitalista consultar Mandel (1985), Coutinho (1989), Mézaros (2011), Montão e Duriguetto (2011), Paula (2016).

⁹ “A exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias, [com vista a] fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos (JAPIASSU, 1976, p. 72).

Com relação à intersetorialidade, a autora entende os “setores” como políticas particulares que envolvem decisões e ações resultantes das relações de conflitos entre interesses opostos, configurando-se enquanto uma representação objetivada da unidade dessas decisões e ações, emergindo não apenas como uma alternativa de gestão social, mas como uma ruptura epistemológica com os modelos disciplinares prevaletentes. Contudo, tal entendimento não possui como finalidade romper com o modelo de políticas particulares (setores), apenas pretende fortalecer e universalizar tais políticas. Para Pereira (2015) há uma tendência, oriunda da área da administração pública, em pensar a intersetorialidade de forma pragmática, como uma estratégia técnica de gestão competente e eficaz. Essa tendência é criticada pela autora,

A intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente gerencial. É um processo eminentemente político. Ela envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, muitas vezes, se fortalecem cultivando castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. (PEREIRA, 2015, p. 17).

Desse modo, a partir dos diversos entendimentos acerca da intersetorialidade arrolados acima, é possível perceber que há uma convergência entre alguns conceitos no que tange à ideia de complementaridade entre os saberes, setores e sujeitos, partindo de uma perspectiva da intersetorialidade como uma nova proposta de modelo de gestão das cidades para combater a ineficácia e ineficiência das políticas públicas, bem como, conceitos que analisam a intersetorialidade por uma tendência mais totalizante, considerando as contradições existentes na estrutura do Estado e das políticas sociais.

Ademais, também é percebida a partir da conceituação da Rede Unida, uma ênfase no protagonismo dos sujeitos na construção de ações intersetoriais, remetendo à segunda aproximação conceitual adotada por Schutz e Miotto (2010), que é a intersetorialidade como prática.

A *intersetorialidade como prática* está relacionada com a construção de práticas intersetoriais para o atendimento conjunto dos problemas da população. Sobre essa questão, Cavalcanti et al (2013) lembram que superar a barreira da setorialização que é própria das condições sócio-históricas da proteção social brasileira é algo ainda muito difícil, pois envolve fatores estruturais de ordem da

gestão administrativa, bem como aspectos culturais. Dessa forma, a vontade política dos indivíduos é um elemento importante para o processo de mudança.

De acordo com Machado (2008), a construção de práticas intersetoriais envolve a articulação entre diversos atores e setores, configurando-se como uma nova forma de trabalhar e construir políticas públicas para o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais.

Comungando com essa perspectiva, Andrade (2006) também relaciona a intersetorialidade com a construção de práticas intersetoriais. Para ele, a articulação entre os setores mobiliza os profissionais que ali atuam a compartilharem seus conhecimentos e dessa forma potencializam a intervenção frente aos problemas sociais. A grande contribuição desse autor para o debate da intersetorialidade reside na defesa de que para construção de uma integração intersetorial, há a necessidade de construir um objeto comum de intervenção que atravesse diferentes setores que lidam com a “questão social”. Assim, seria necessário construir objeto e objetivos comuns entre diferentes políticas setoriais, fomentando o engendramento de uma prática intersetorial.

A partir desses conceitos fica evidente a importância de fortalecer as práticas intersetoriais dos sujeitos, profissionais e gestores que atuam e operam a gestão das políticas setoriais, pois estes são peças fundamentais para a democratização de tais políticas. Contudo, é necessário levar em consideração as condições de trabalho existentes e as dificuldades encontradas para a construção de tais práticas em uma conjuntura adversa de desmonte da seguridade social, evitando a culpabilização dos trabalhadores.

A intersetorialidade como princípio do trabalho com redes está relacionada com a discussão da construção das redes. Nessa aproximação conceitual ganha destaque o trabalho de Bourguignon (2001). Para a autora, a intersetorialidade é concebida enquanto um princípio que deve nortear a construção de redes intersetoriais, sobretudo as municipais, e que vai dar direcionamento às políticas públicas setoriais, dessa forma, relaciona o conceito de redes com articulação, conexões e ações complementares, sendo as redes sociais alternativas vinculadas ao conhecimento da realidade local e da cultura para o enfrentamento das expressões da “questão social”.

Com base nas classificações dos tipos de redes sociais locais de Guará et al (1998), quais sejam: rede social espontânea; redes sócio-comunitárias; rede social

movimentalista; redes setoriais públicas; e redes de serviços privados, Bourguignon (2001) acrescenta dois tipos que devem estar articulados a essas, que são as redes regionais e as redes intersetoriais. Para a autora:

As primeiras são formadas pela articulação “entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região”. As segundas se constituem da articulação do “conjunto das 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. (SCHULTZ; MIOTO, 2010, p. 64).

Acerca dessa discussão, Pereira e Teixeira (2013) consideram que a abordagem do tema das redes e intersectorialidade que envolve as parcerias público/privado na responsabilidade das políticas sociais configura-se como uma nova modalidade de proteção social, incluindo uma intervenção estatal mínima centrada no combate à pobreza e a rede de serviços sendo executada na sua maioria por instituições não governamentais e da sociedade civil, caracterizando, dessa forma, “[...] um quadro de ataque aos princípios universalistas, redistributivistas e de garantia de direitos de cidadania defendidos na Constituição Federal de 1988”. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 125).

Para Carvalho (2015), a intersectorialidade se constitui enquanto um campo que consolida inúmeras experiências que convergem para um modelo de superação do atual modo de se fazer política pública. O seu estudo sociológico mostra que há diferentes formas de incorporar a intersectorialidade em seus aspectos “conceituais”, metodológicos e práticos, sendo fundamentais para sua análise a ideia de *setorialidade* e o conceito de *problemas sociais complexos*. Para este autor, a intersectorialidade está mais próxima das discussões sobre os problemas sociais complexos, sendo vista comumente como uma possibilidade de abordar esses problemas por meio da interação entre as políticas e os atores sociais e na “[...] capacidade de produção de um sentido comum entre os diferentes atores”. (CARVALHO, 2015, p. 98).

O autor prossegue identificando a partir do atual debate em torno da intersectorialidade, três modelos ideais que vêm sendo incorporados às práticas no âmbito da gestão e pelos profissionais que atuam nas políticas:

- a) Modelos de gestão: nessa perspectiva a intersetorialidade aparece nas agendas políticas partidárias e no discurso de quem formula as políticas públicas de diferentes áreas, estando presente nos documentos oficiais dessas políticas;
- b) Modelo técnico: assume uma perspectiva gerencial no âmbito de operacionalizar as políticas onde é proposto um conjunto de práticas para se implementar tal modelo tais como grupo de discussões, câmaras técnicas, fóruns de gestores, etc.;
- c) Modelo estratégico-profissional: se expressa na incorporação dos outros dois modelos nas ações profissionais dos atores que executam as políticas, se constituindo em práticas intersetoriais.

A rigor, para o referido autor, há um “desencontro” entre esses modelos ideais e o contexto onde se multiplicam os problemas sociais complexos, relacionados à questões objetivas e subjetivas. Assim, o mesmo concorda com Andrade (2006) e Akerman et al. (2014) quando estes sugerem que, em relação à intersetorialidade, há um consenso teórico e político-estratégico e um dissenso prático na operacionalização desses modelos no conjunto das práticas profissionais.

Levando em consideração as diferentes abordagens dadas ao debate sobre a intersetorialidade, acredita-se que estas refletem, de certa forma, os descaminhos da seguridade social brasileira e a persistência da fragmentação das políticas públicas na história de nossa gestão pública. A falta de consolidação da seguridade e a excessiva fragmentação da ação do Estado, associados ao contexto de avanço de políticas neoliberais têm feito com que o debate sobre a intersetorialidade assuma perspectivas diversas.

Contudo, compreende-se que há certo consenso na literatura atual que, para enfrentar a complexidade da “questão social” e as contradições da gestão da política social, há a necessidade de construção de uma rede de proteção social pública, universal e integrativa e que essa construção pode ser favorecida pelos diferentes processos de gestão e práticas intersetoriais.

Para o presente estudo, partilha-se da perspectiva teórica de Pereira (2015), pois analisa-se a intersetorialidade não apenas como uma “integração e justaposição entre setores”, visto que a realidade em si não é setORIZADA, mas como um processo de interação e articulação entre as políticas (setores) e os sujeitos que nelas atuam para dar resposta às expressões da “questão social” que no cotidiano

profissionais são complexas. Portanto, compreende-se a intersectorialidade enquanto uma diretriz que direciona a construção e a organização das políticas sociais, sendo articulada por meio das práticas profissionais.

Além dos debates oriundos da administração pública, merecem destaque as produções teóricas do campo da saúde coletiva que, de acordo com Souza e Monnerat (2011), entendem a intersectorialidade a partir de uma perspectiva bem específica. Posto que interessa problematizar a intersectorialidade no campo da saúde mental, tratar-se-á adiante sobre a inserção da intersectorialidade na política de saúde, analisando as contradições existentes e situando a sua importância para a efetivação dessa política.

1.2 A intersectorialidade na agenda da política de saúde: da garantia da integralidade à flexibilização do cuidado

Viu-se que a intersectorialidade apresenta distintas abordagens no âmbito das políticas públicas, sendo defendida a partir da seguridade social como uma possibilidade de superar a fragmentação das políticas sociais e viabilizar a proteção integral aos usuários.

No campo da saúde coletiva, apesar de considerar as contribuições oriundas da administração pública, o que prevalece é a concepção definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para Souza e Monnerat (2011), a saúde coletiva apresenta uma visão bastante endógena da intersectorialidade, pois para este setor são as outras áreas das políticas públicas que devem articular-se àquela para intervir nos problemas de saúde da população.

Ações intersectoriais 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. (OMS, 1997, apud TEIXEIRA; PAIM, 2000, p. 64).

Partindo desta perspectiva de articulação das outras áreas com o setor saúde com o objetivo de ofertar uma atenção mais integral aos usuários, considera-se que o debate sobre a intersectorialidade na saúde tem relação com o conceito ampliado

de saúde que foi inserido pelo Movimento da Reforma Sanitária nos anos de 1970, sendo aprofundado e sistematizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, apontando no seu relatório final a conceituação de saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. [...] Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986, p. 04).

Portanto, pode-se inferir que, a partir do entendimento da saúde como expressão de um conjunto de determinantes e condicionantes sociais, para além da saúde como ausência de doença, fica evidente que o setor, de forma isolada, não consegue dar conta de todas as demandas dos usuários, sendo necessária a articulação de políticas sociais e econômicas. Dessa forma, a intersectorialidade passa a ser considerada fundamental para aumentar a resolutividade da política de saúde, para a efetivação do princípio da integralidade no cuidado dos usuários e para a consolidação do SUS.

Postas essas considerações iniciais e com o intuito de compreender como se dá o processo de inserção da intersectorialidade no setor saúde, julga-se ser necessário uma breve contextualização dos marcos que contribuíram com a construção da política de saúde no Brasil, tal qual inscrita na CF de 1988 e na Lei 8.080/1990.

Para iniciar essa contextualização, parte-se do entendimento de que é a partir da década de 1930 que, a fim de manter a ordem vigente e de mediar as relações entre as classe sociais, o Estado amplia sua interferência com a elaboração de políticas sociais, entre elas a política de saúde, sendo a assistência à saúde no século anterior baseada na filantropia e na prática liberal.

Nesse período, a política de saúde tem caráter nacional, organizada em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. As ações de saúde pública são predominantes até meados da década de 1960 e estão centradas na criação de condições sanitárias mínimas para a população, como a realização de campanhas

sanitárias, a criação de serviços de combates a endemias e a interiorização de ações para as áreas de endemias rurais (BRAVO, 2009).

A medicina previdenciária também surge na década de 1930 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sendo destinada à parcela de trabalhadores assalariados urbanos. Para Bravo (2009) o modelo previdenciário que norteia os anos de 1930 a 1945 é de “orientação contencionista”, voltado à diminuição de gastos, sem preocupar-se com a ampla prestação de serviços.

No período de 1945-50, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a Política Nacional de Saúde passa a se consolidar. Em 1948, o plano econômico elaborado pelo presidente Eurico Gaspar Dutra denominado Plano Salte prevê o aumento do investimento nesse setor. Contudo, como esse plano não consegue ser implementado, ocorre uma diminuição do investimento do Estado em gastos com saúde pública e o início da organização de uma estrutura de atendimento hospitalar privado com fins lucrativos ligada aos interesses capitalistas do setor médico (BRAVO, 2009).

Assim em 1966, o setor de saúde previdenciário sobrepuja o da saúde pública, cuja mudança se justifica pelo momento político vivenciado no país com a ditadura civil-militar imposta em 1964, período em que há um privilegiamento do setor privado e uma intenção de conter possíveis reivindicações e ganhar legitimidade para o regime, sem necessariamente ofertar uma cobertura de saúde ampla. Desse modo, o que se observa é uma dicotomia entre a saúde pública e a curativa, ficando a saúde coletiva à margem das ações de saúde voltadas a população. “A área da saúde passou a assumir uma diferenciação que foi orientada por valores, tais como a lucratividade e o controle da força de trabalho”. (BRAVO, 2011, p. 63).

A partir dessas premissas, analisa-se que a política de saúde no Brasil até esse momento é marginalizada e tratada por uma perspectiva filantrópica, assistencialista, campanhista, previdenciária, privatista e securitária. Somente a partir do final da década de 1970 e início de 1980, com a reabertura democrática do país, que esse modelo passa a ser questionado e começa a ser pautado o direito à saúde e a qualidade de vida. Essas discussões são possibilitadas devido ao surgimento e à organização dos movimentos sociais e da classe trabalhadora, com destaque para a participação dos estudantes, professores universitários, setores populares e entidades profissionais de saúde (PAIM, 2008).

Esse movimento de politização e ampliação do debate sobre as questões de saúde fica conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Para Paim (2008), a Reforma Sanitária surge concomitante à luta contra a ditadura militar, apresentando um forte caráter progressista, em consonância com a construção de um projeto societário contra-hegemônico. Dentre as principais propostas pautadas por esse movimento, Bravo (2009) aponta:

- a) A universalização do acesso;
- b) A concepção de saúde como direito social do cidadão e dever do Estado;
- c) A reestruturação do setor saúde com a criação do SUS;
- d) A descentralização administrativa para os estados e municípios;
- e) Efetivação no financiamento e democratização da participação social com os conselhos.

Como marcos viabilizados por essa mudança ética e política na concepção da saúde, destaca-se a realização da 8ª Conferência nacional de Saúde, em março de 1986, e a criação do SUS, em 1990, possível a partir da CF de 1988. Considerada uma Constituição progressista no que se refere ao tripé da seguridade social, a política de saúde é tratada nos artigos 196 ao 200 como direito universal e dever do Estado, porém, é possível perceber que já nesses mesmos artigos, mais precisamente no art. 199, deixa a saúde aberta para a livre concorrência do mercado, passando a iniciativa privada a participar do SUS de forma complementar.

Ainda assentada nas reflexões de Bravo (2009) sobre as mudanças ocorridas na política de saúde a partir da década de 1980, tem-se como principal característica a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Contudo, assiste-se já no final dessa mesma década a uma burocratização da Reforma Sanitária devido ao avanço de setores conservadores contrários ao processo da reforma.

Nesse contexto, embora haja avanços no tocante aos direitos sociais com a promulgação da Constituição, culminando na instituição do SUS e na criação de leis e portarias em prol da universalidade e da equidade, o que se visualiza na década de 1990, com a contrarreforma do Estado brasileiro é a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2009). Dessa

forma, tem-se um cenário onde a política de saúde, construída com base nas propostas do Movimento da Reforma Sanitária, sofre diversas inflexões.

A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. [...] Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90. (BRAVO, 2009, p. 100-101).

Sobre essa questão, Miranda (2010) sinaliza que essas mudanças advindas com a CF de 1988 e o SUS acontecem na contramão do que vem sendo proposto nos países da América Latina pelas agências reguladoras internacionais como o FMI e o Banco Mundial. Para a autora, o SUS desde o início da sua implementação é alvo de críticas relacionadas a sua baixa eficiência, eficácia e qualidade dos serviços oferecidos, sendo ignoradas as dificuldades que enfrenta, tais como baixo financiamento e os impactos da minimização do Estado na responsabilidade das políticas públicas.

Boschetti e Salvador (2009), ao analisarem o financiamento da seguridade social brasileira no final da década de 1990 e início dos anos 2000 afirmam que boa parte dos recursos que deveriam estar sendo utilizados para financiar as políticas da saúde, assistência e previdência são direcionadas pela União ao superávit primário¹⁰ para pagamento de juros e amortizações da dívida pública, gerando uma não implementação do orçamento como previsto pela CF. Tal reflexão é interessante para se pensar a respeito das dificuldades em se efetivar de fato as propostas formuladas pelo SUS em uma conjuntura política e econômica adversa à implementação de políticas sociais mais universais e abrangentes.

Essa contextualização prévia do cenário político e social em que se constrói a política de saúde, como é conhecida na atualidade, mune de bases teóricas e analíticas para se compreender como a intersectorialidade passa a inserir-se nesse setor e a ser requisitada nos processos de trabalho em saúde.

Como dito anteriormente, a intersectorialidade na área da saúde está intrinsecamente relacionada com o conceito ampliado de saúde, de promoção da

¹⁰ É a diferença, que pode ser positiva ou negativa, entre as receitas não-financeiras e as despesas não-financeiras, arrecadadas no exercício fiscal. Se a diferença for positiva trata-se de um superávit primário e se for negativa haverá um déficit primário (BOSCHETTI; SALVADOR, 2009).

saúde e com o reconhecimento dos determinantes sociais, pois parte-se do entendimento que o setor de forma isolada não consegue atender a todas as demandas dos usuários, como por exemplo as necessidades relacionadas a trabalho, habitação, alimentação e educação visando um atendimento integral.

Cavalcanti e França (2013) situam o início do debate da intersectorialidade na saúde a partir de meados de 1970, no interior do Movimento da Reforma Sanitária, como possibilidade de potencializar as ações desenvolvidas de forma setorializadas. Contudo, é com a regulamentação da política de saúde pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/1990, que essa lógica passa a ser materializada, sendo o Estado responsabilizado pela garantia do direito à saúde da população, através de políticas econômicas e sociais que visem à “[...] redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, p.22).

Portanto, compreende-se que a intersectorialidade passa a ser requisita pela política de saúde à medida que há uma ampliação no entendimento do conceito de saúde oportunizada pela luta do Movimento da Reforma Sanitária em um contexto de democratização da sociedade. Ao considerar que outros determinantes e condicionantes sociais também influenciam no processo saúde-doença fica evidente que esse setor não é capaz de garantir as necessidades da população na sua totalidade, sendo necessária a articulação com outras políticas sociais e econômicas.

É oportuno reconhecer que, tal qual o debate mais amplo, a saúde também requisita a intersectorialidade como uma tentativa de superar a lógica fragmentária das políticas públicas, principalmente em um contexto de contrarreforma do Estado e de tensões e disputas entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista¹¹.

Santos (2009, apud COSTA, 2010) ao analisar a política de saúde a partir da década de 1990, aponta que houve um subfinanciamento do sistema público ao longo dos 20 anos de construção do SUS ao passo que houve um fortalecimento do setor privado. Para o autor, o modelo vigente de gestão, somado ao

¹¹ No projeto da Reforma Sanitária – “a preocupação central é de que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde [...]. Já o projeto privatista é pautado na política de ajuste neoliberal, tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (COSTA, 2010, p. 85).

subfinanciamento e outras problemáticas, foi de inibição nas iniciativas de políticas intersetoriais e na permanência da fragmentação setorial. Em 2018, com 30 anos do SUS, pode-se considerar que essa situação permanece e até tem se aprofundado com as políticas de congelamento dos recursos destinados ao investimento em políticas sociais.

Assim, desde o início da implantação do SUS, em vez de esforços pró – articulação intersetorial, pelo menos entre as três políticas que compõe o tripé da seguridade, vem ocorrendo uma deliberada desarticulação, tendo a disputa por recursos como a aparente razão para tamanho estranhamento, quando na verdade o desfinanciamento constitui um dos indícios da opção governamental e das resistências políticas, afetas à correlação de forças estabelecidas, que tem marcado a Reforma do Estado Brasileiro pós-CF de 1988. (COSTA, 2010, p. 93).

A rigor, pensar a intersectorialidade no campo da saúde em uma conjuntura de ataque às políticas universais e dos ideais da Reforma Sanitária requer considerar seu caráter de contradição e de resistência, pois nesse contexto, a gestão do SUS tem se voltado mais à uma perspectiva de conter e cortar gastos com o privilegiamento de ações pontuais e curativas do que para as medidas de prevenção e promoção da saúde, objetivando a integralidade da atenção.

Dessa forma, analisa-se que a intersectorialidade pode ser pensada a partir de uma lógica privatista e de flexibilização da saúde, visando otimizar gastos e a pouca responsabilização do Estado na oferta das políticas sociais a partir da participação do terceiro setor, ou, embora em uma sociedade capitalista desigual, pode-se considerar a intersectorialidade como “[...] condição estratégica para produzir impactos positivos na melhoria dos níveis de saúde e para a consolidação do SUS como política de Seguridade Social” (COSTA, 2010, p. 18).

Para fins deste estudo, considera-se que tais perspectivas em disputa no setor saúde expressam as diferentes narrativas existentes sobre o tema. Uma que reflete a narrativa que emerge no âmbito da gestão e administração pública e a outra vinculada a uma perspectiva mais crítica, diluída em vários campos como o próprio campo da saúde coletiva, das ciências sociais, etc.

Nessa direção, pode-se concluir que ações intersectoriais na política de saúde são fundamentais para assegurar a integralidade do direito à saúde. De acordo com Cecílio (2001, apud COSTA, 2010, p. 27-28) para que a integralidade da atenção

seja alcançada de forma mais completa, precisa ser trabalhada em várias dimensões:

Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde [...], denominando-a “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Numa segunda, a integralidade deve ser fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja uma UBS, Unidade de Saúde da Família (USF), ambulatório especializado, hospital, uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde ou por outras instituições e serviços não necessariamente do setor saúde. Trata-se da integralidade pensada na totalidade.

No SUS, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária vem tentando fortalecer o debate sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e a intersectorialidade como uma ferramenta que possibilita romper com uma visão fragmentária, curativa e emergencial do cuidado. Contudo, durante a década de 1990 esse movimento e a política de saúde passa por um momento de recuo devido às medidas de ajustes macroeconômicas e com isso percebe-se um enfoque maior na assistência médico-hospitalar privatista.

Esse cenário passa a ser considerado mais progressista com o primeiro mandato do governo do presidente Luís Inácio da Silva em 2003 onde há um ressurgimento das ideias do Movimento da Reforma Sanitária. Para Paim (2008), o governo convoca dirigentes na saúde comprometidos com esse movimento e contempla uma gestão participativa, permitindo uma maior participação da sociedade na política de saúde, o que possibilita a mobilização da sociedade em torno da antecipação da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde que tem como objetivo pressionar o governo a assumir compromissos e propostas com teor mais progressistas.

Essa conferência traz como tema central *“Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos”* e contempla eixos temáticos antes negligenciados como a seguridade social e a saúde; controle social e gestão participativa; e **a intersectorialidade das ações em saúde**. No que se refere ao eixo sobre a intersectorialidade das ações em saúde, o seu relatório final busca valorizar a intersectorialidade como:

[...] O caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, a articulação intersetorial mais próxima do setor Saúde é a constituição de um sistema de seguridade social. Como prática de ação política e de gestão, a intersetorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. (BRASIL, 2004, p. 28).

Assim, entre avanços e recuos na política de saúde brasileira durante esse período, considera-se que a retomada dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira propicia o ressurgimento do debate em torno dos determinantes sociais e da necessidade de combater as iniquidades sociais em saúde.

No âmbito internacional ocorre em 2005 a criação pela OMS da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) e no Brasil em 2006 a criação por decreto presidencial da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Essa comissão define os DSS como os “[...] fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Para Buss e Filho (2007), as atividades da comissão estão assentadas no conceito de saúde da OMS e da CF de 1988 e apresentam como principais objetivos:

- 1) Produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil;
- 2) Apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde (para concretizar esse objetivo a comissão conta com o apoio de um GT Intersetorial);
- 3) Promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS.

Embora o termo intersetorialidade não apareça textualmente nos relatórios da CNDSS, ao analisar o conceito adotado e os objetivos propostos, pode-se inferir que está presente na relação com o conceito ampliando em saúde, do direto à saúde a partir da seguridade social e na promoção da equidade.

Outra política que se destaca em prol do fortalecimento da intersetorialidade no interior do setor saúde é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria nº 687 de março de 2006, que assume o compromisso de ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e gestão do SUS.

Posteriormente revisada em 2014 pela portaria nº 2. 446, essa política traz no seu artigo 2º, como referencial o conceito ampliado de saúde e de promoção da saúde:

Como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Já em seu artigo 4º, que refere-se aos princípios adotados por essa mesma política, traz no inciso V o princípio da intersectorialidade como o processo de “[...] articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”. Ademais, é perceptível a presença da intersectorialidade em toda a política, sendo evidente a sua importância para a promoção da saúde.

Assim, é possível perceber que em relação à portaria original de 2006 que define intersectorialidade como “[...] a articulação de distintos setores para pensar a questão complexa da saúde”, ou seja, na presença de vários setores em prol de resolver o problema da saúde, a PNPS revisada em 2014 avança apontando para a articulação com outras políticas públicas, incluindo a ampla participação social e dos movimentos populares. No entanto, conjuga elementos da narrativa da intersectorialidade a partir de uma perspectiva da gestão pública sendo conceituada como a articulação entre setores, com elementos mais críticos, entendida como um processo de interação entre as políticas e os sujeitos que nelas atuam para dar resposta às demandas complexas dos usuários.

Kruger (2014) ainda destaca como importantes marcos progressistas no setor saúde nesse período do primeiro mandato do governo do presidente Luís Inácio da Silva: a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006, com a ênfase na Estratégia Saúde da Família como serviço estruturante e porta de entrada preferencial do SUS, e o incentivo da formação de profissionais com perfil para a saúde pública. No entanto, para esta mesma autora, no decorrer desta gestão com continuidade no governo da presidente Dilma Rousseff, há um retorno do conservadorismo, visível a partir da condução das ações e troca dos dirigentes no Ministério da Saúde mais favoráveis à defesa do SUS.

A partir de 2005, aproximadamente, a relação público e privado na saúde está continuamente sendo refuncionalizada, adquirindo conteúdo distinto no âmbito do novo desenvolvimentismo com ênfase na gestão e de custo-benefício dos serviços. Nos últimos anos os compromissos democrático-populares em relação aos direitos sociais e as ações do governo se revelaram tensionadas concomitantemente, por três perspectivas: a) proposta liberal do Estado mínimo, o paradigma privatista; b) defesa dos direitos reconhecidos pelos intelectuais tradicionais de peso na academia e no PT, mas implementados de forma flexibilizada, com parcerias e inovações na gestão; e c) defesa da universalização da saúde como direito fundamentado nos princípios da Reforma Sanitária. (KRUGER, 2014, p. 222).

Em relação às ações que têm implicações na saúde, com perspectivas revisionistas e flexibilizadoras dos princípios do SUS e que enfatizam as inovações da gestão pública por meio do direito privado, a autora supramencionada destaca: a) a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003; b) o Pacto pela Saúde de 2006; c) a proposta de criação das fundações Estatais de direito privado; d) a presença de representantes do governo na presidência do Conselho Nacional de Saúde; e) o Decreto 7.508/ 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080; f) a aprovação pela presidenta Dilma Rousseff da Lei nº 12. 550 de 2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); g) a nova versão da Emenda Constitucional n.29 onde derruba os 10 % de investimento das receitas correntes brutas da União na saúde.

Nesse sentido, a política de saúde até meados dos anos 2000 é marcada pela disputa entre os projetos privatista e da reforma sanitária, passando, a partir da perspectiva revisionista, a tentar conciliá-los, “[...] fazendo com que a saúde passe a ser sinônimo de desenvolvimento na medida em que se reconheça toda a sua dimensão e o potencial de expansão e lucratividade para o mercado”. (KRUGER, 2014, p. 225).

Mais,

[...] a saúde, como um direito coletivo, vem se transformando em saúde e desenvolvimento. Para este desenvolvimento o mercado é um sujeito importante. A integralidade vem sendo substituída por humanização, qualidade, acolhimento e vínculo. O importante é o acesso (seja por qualquer meio), não mais como obrigação do Estado e estratégia de superação da desigualdade social, que é estruturante da realidade brasileira. A participação deliberativa e propositiva (protagonismo popular) vem sendo ignorada e substituída por colegiados consultivos e de monitoramento, e por uma série de inovações institucionais na gestão (KRUGER, 2014, p. 225).

Segundo Bravo et al (2018), o projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada conhecido como *projeto do SUS possível* consolidado nos governos petistas é pautado em arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para conseguir adequar a política de saúde às propostas de rebaixamento do projeto inicial da Reforma Sanitária Brasileira.

Com o governo de Michel Temer, os mesmos autores consideram que há uma intensificação e aceleração de políticas que contribuem com o desmonte do Estado a partir de uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores.

Na saúde, observa-se a continuidade no processo do que eles chamam de “privatização não clássica na saúde” (BRAVO, 2018, p. 13), adensados por: a) congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos; b) proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; c) propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na PNAB; d) articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde.

Atualmente com o governo inaugurado pelo presidente Jair Bolsonaro, a tendência é que haja uma continuidade e um aprofundamento desse quadro de desmonte e privatizações das políticas públicas e sociais, incluindo a área da saúde e saúde mental (SANTOS, 2018).

Assim, considera-se que esse cenário impacta sobremaneira na forma como a intersectorialidade tem sido “utilizada” pelo Estado como um mecanismo de maximização das ações de saúde sem o seu devido comprometimento, bem como na forma como tem sido implementada nos serviços de saúde, pois, como analisam Cavalcanti e França (2013) traçar estratégias intersectoriais sem a participação equânime dos técnicos, gestores e usuários do SUS, de forma que estes possam propor, implementar e fiscalizar as pactuações entre as políticas públicas, objetivando efetivar os direitos sociais, possivelmente resultará em propostas contraditórias, pontuais, incompletas, divergentes e sem o necessário apoio dos atores sociais.

Em síntese, é possível perceber o contexto político, econômico e social em que o debate sobre a intersectorialidade passa a inserir-se na política da saúde, sendo requisitada à medida que se amplia a intervenção do Estado frente às iniquidades sociais em saúde, restando intrinsecamente relacionada ao conceito ampliado de saúde, de DSS e de promoção da saúde, podendo ser utilizada como

uma ferramenta de gestão que possibilita a integralidade do cuidado e fortalecimento do SUS ou como uma proposta de flexibilização da saúde a partir da transferência de responsabilidade da gestão e execução das políticas sociais para o terceiro setor.

Dito isso e entendendo a intersetorialidade como uma diretriz estratégica do SUS para gestão da política de saúde e também como modelo para práticas profissionais mais democratizantes, partir-se-á para uma análise de como a intersetorialidade tem sido requisitada na prática dos gestores e profissionais na área da saúde a partir do trabalho em rede e das equipes multiprofissionais.

1.3 A intersetorialidade enquanto modelo para as práticas profissionais em saúde: trabalho em rede e equipe multiprofissional

As reflexões apresentadas na seção anterior permitem considerar que, a partir da implementação do SUS com seus princípios e diretrizes baseados na integralidade, universalidade, equidade, participação social e do reconhecimento dos DSS, há um reordenamento no modelo técnico-assistencial de gestão da política de saúde.

Modelo assistencial, Silva Júnior e Alves (2007) entendem que se refere ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais. Para isso, tanto recursos físicos e tecnológicos quanto os recursos humanos disponíveis devem organizar-se e articular-se para resolver as demandas de saúde da população.

Seguindo tal linha de pensamento, pode-se inferir que cada modelo assistencial imprimirá uma forma como a política de saúde é gerida e como os serviços de saúde são organizados, impactando também no cotidiano do trabalho coletivo e nas relações dos profissionais das equipes de saúde.

Polignano (2001), ao analisar a história das políticas de saúde no Brasil, revela que a política de saúde ao longo de sua evolução sofre influência de seu contexto político, social e econômico e que sempre obedece à ótica do avanço do capitalismo nacional com forte determinação do capitalismo internacional. Antes da criação do SUS, são modelos de assistência à saúde focados na doença, com forte caráter curativista, burocrático, centrado no diagnóstico e na atuação da figura do médico.

Esse modelo biomédico começa a ser questionado no bojo dos anos de 1970 e 1980 com o advento das lutas do Movimento da Reforma Sanitária e a instituição do arcabouço legal (CF, Lei 8.080, Lei 8.142). Com a implementação do SUS em 1990, o modelo de saúde passa a considerar no plano constitucional as necessidades da população e a considerar os determinantes e condicionantes sociais em saúde e o trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional. Nesse sentido, propõe um novo modelo organizacional, que vai incidir tanto nas ações quanto no funcionamento dos serviços de saúde.

Abaixo segue um quadro comparativo que permite visualizar as mudanças advindas com esse novo modelo de organização dos serviços de saúde e o modelo tradicional que vigorava até então:

Quadro 1 – Quadro comparativo entre o Sistema de Saúde Tradicional e o SUS

Sistema Tradicional	SUS
<p>1 – Estruturas centralizadas, descoordenadas e/ou gerenciadas como unidades isoladas e desarticuladas.</p> <p>2 – Supremacia do governos federal em relação aos estados e aos municípios.</p> <p>3 – Ênfase nas ações curativas/individuais e completa desarticulação entre os níveis primários, secundários e terciários; dicotomia entre as ações coletivas e ações individuais.</p> <p>4 – Discriminação entre Segurados e não Segurados.</p> <p>5 – Estrutura autocrata descendente (verticalizada/centralizada).</p>	<p>1 – Estruturas descentralizadas, hierarquizadas e gerenciadas e/ou coordenadas por nível de governo (municipal, estadual e federal) e de complexidade: primário, secundário e terciário.</p> <p>2 – Comando Único por nível de governo, privilegiando os processos de municipalização.</p> <p>3 – Ênfase nas ações coletivas e integração entre ações nos níveis primário, secundário e terciário: atendimento integral.</p> <p>4 – Universalidade e equidade.</p> <p>5 – Estrutura de gestão colegiada ascendente (do nível local para o central – descentralizada ex.: conselhos, conferências, comissões intergestoras).</p>

Fonte: Costa (1998, apud GOMES, 2010, p. 96).

Nota-se que o novo modelo se pauta em uma proposta de descentralização de poder, sendo dividido entre as três esferas de governo com prioridade para a execução das ações pelos municípios com base nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, além de incentivar a participação da sociedade civil no

processo de gestão colegiada do SUS. Assim, em tese, a gestão da política de saúde a partir de uma perspectiva descentralizada permite que os municípios tenham autonomia na gestão e execução dos serviços de saúde de acordo com a necessidade da sua população, além de ser mais permeável a participação da comunidade local aos espaços de controle social.

Além dessas, merece destaque também a mudança no âmbito das ações em saúde, que antes se dava com prioridade para as ações curativas centradas na figura do médico e que agora passam a ser preferencialmente com ênfase nas ações coletivas e com a presença das equipes multiprofissionais.

Dessa forma, analisa-se que com o SUS há uma significativa transformação na maneira como são pensados os processos de gestão, de participação da sociedade nas instâncias de poder, nas ações que são prioridades e na forma como deve dar-se as intervenções das equipes de saúde.

Em relação às intervenções, considera-se que ainda existem vários desafios para se implementar os princípios e diretrizes do SUS nas práticas assistenciais, pois entende-se que tal conformação reflete aspectos sócio-históricos que envolvem as distintas concepções de saúde existentes, a hegemonia do saber médico nas ciências da saúde, os interesses dos projetos em disputa e a fragmentação tanto das políticas públicas quanto dos saberes.

Acerca dessa questão, Fertoni et al (2014) apontam que as disputas entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista ao longo da década de 1990 e 2000 tem colocado em pauta, a partir das Conferências Nacionais de Saúde, a necessidade de reorganizar a atenção, as práticas e as formas de prestar cuidado à população.

Destaca-se algumas iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para responder a essas necessidades, como a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, e a criação do Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF), em 2008. Ambas iniciativas buscam romper com o atendimento individualizado e verticalizado, centrado na figura do médico e na cura de doenças e propor um atendimento realizado por uma equipe multiprofissional de saúde com base na prevenção, cura e reabilitação da saúde e valorizando a interdisciplinaridade.

Contudo, vale ressaltar que apesar da proposta da ESF ser considerada inovadora no que se refere a propor novas práticas em saúde, também reflete os

resultados da contrarreforma do Estado implementado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, quando, a partir da NOB 96, passa-se a adotar a atenção primária como forma de organizar o sistema de saúde e como prioridade na alocação de recursos, deixando de priorizar a atenção integral em todos os níveis de assistência e desrespeitando os princípios da equidade na alocação de recursos públicos para a saúde e o princípio da integralidade no SUS (CARVALHO, 2008). Ademais, cabe considerar o contexto contraditório que permeia a implementação das políticas sociais neoliberais, que muitas vezes, ao defenderem ideias universalistas, democráticas e de integralidade, disfarçam políticas focalizadas e precarizadas voltadas aos mais pobres e centradas em equipes reduzidas que não atendem as reais necessidades da população.

Assim, apesar das propostas de reorganização do modelo assistencial ainda é possível identificar no interior dos serviços intervenções conservadoras, emergenciais e com predominância do saber médico em detrimento das outras especialidades. Algumas instituições de saúde ainda têm seus processos de trabalho organizados com cada profissão atuando separadamente, sem diálogo e articulação nas suas práticas.

Conforme argumentam Junqueira et al (1997), a própria estrutura das políticas de corte social são setorizadas e funcionam a partir de uma lógica de áreas de intervenção, funções e saberes especializados, o que leva a uma intervenção fragmentada que desconsidera a totalidade das necessidades da população. Como visto nas seções anteriores, a intersetorialidade é defendida como uma possibilidade de articular esses saberes e setores com o objetivo de atender as necessidades dos cidadãos como um todo. Nesse sentido, é possível pensar a requisição da intersetorialidade na prática dos profissionais de saúde a partir das equipes multiprofissionais com vistas a potencializar suas intervenções e realizar um atendimento pautado na democratização do acesso e nos princípios e diretrizes do SUS.

Na saúde, considera-se que é a partir do reconhecimento dos DSS e, portanto, de que sozinho não é capaz de dar conta de todas as demandas dos usuários, que este setor sente a necessidade de articular-se a outras políticas para dar resolutividade a essas necessidades. Para Carvalho (2015), a intersetorialidade está mais relacionada com a interação dessas políticas e, nesse sentido, este autor chama a atenção para os atores sociais como elemento fundamental dessa

interação que dá-se por meio das práticas sociais, da “[...] cooperação dos diversos atores sociais, com suas motivações, visão de mundo, formação profissional, subjetividades e aspectos culturais”. (CARVALHO, 2014, p. 101).

Conforme defende Andrade (2006), a intersetorialidade como prática profissional está relacionada com a construção de práticas intersetoriais para o atendimento das demandas da população. Para ele, a construção dessas práticas perpassa pela construção de objeto e objetivos comuns entre os profissionais das diferentes políticas setoriais.

Considerando que a intersetorialidade é uma ferramenta de gestão, mas também modelo para as práticas profissionais, quais os elementos que contribuem e os desafios existentes para que os profissionais de saúde integrem no seu cotidiano de trabalho a intersetorialidade como uma prática democratizante?

Nesse sentido, as análises até aqui levantadas permitem apontar elementos que com o SUS e as mudanças no modelo assistencial contribuem para que a intersetorialidade seja integrada às ações profissionais no campo da saúde, quais sejam: a descentralização, o controle social e a interdisciplinaridade.

A descentralização porque ao partilhar a responsabilidade da gestão e execução da política de saúde com os municípios tem possibilitado aos profissionais atuarem mais próximos dos locais de moradia dos usuários e reconhecerem suas reais necessidades.

O controle social pois não é possível conceber uma descentralização de poder democrática sem a participação do povo nas decisões e a interdisciplinaridade porque envolve a articulação de vários saberes a fim de dar respostas efetivas a uma determinada realidade.

No entanto, não se pode deixar de considerar as disputas de interesses que existem no campo da saúde e que podem imprimir um caráter mais conservador ou mais progressista a esses elementos. Nessa perspectiva, Cavalcanti e França (2013, p. 2) apontam que:

Na atual conjuntura brasileira é perceptível o predomínio de um projeto político que reivindica uma orientação gerencial para a implementação das políticas sociais que são mobilizadas para atender a lógica da descentralização e de um tipo de participação política, no entanto essa última tem sido caracterizada enquanto uma plateia que não se manifesta nem tem posturas contrárias às das forças dominantes, segundo Bidarra (2009). Ademais esse tipo de participação é oportuna para manter a centralização do poder e

reforçar as proposições que interessam e correspondem às expectativas daqueles que representam os interesses do grupo político dominante.

Somadas a essa questão, acrescenta-se o fato de que a descentralização pode servir também a uma lógica neoliberal de transferência da responsabilidade das políticas sociais para entidades não-governamentais.

Quanto à interdisciplinaridade, Carvalho (2010) reconhece haver ainda muitas dificuldades para se trabalhar de forma interdisciplinar na área da saúde, pois a própria formação das profissões reforçam uma lógica fragmentadora e biologicista, ficando o social à margem.

Afirmando a importância do trabalho interdisciplinar na área da saúde o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu a Resolução nº 287 de 1998¹² e reconhece 14 categorias de nível superior como profissões de saúde, a saber: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

Dessa forma, entende-se que por ser o campo da saúde composto por várias profissões, isso requer uma democratização nas relações de trabalho, evitando que uma profissão se sobressaia em relação à outra, gerando um ambiente de competitividade e corporativismo. Nessa lógica, as equipes de saúde devem trabalhar de forma interdisciplinar, estabelecendo relações sociais horizontais, em que cada profissão escute e valorize o saber do outro, sem desconsiderar os saberes do seu núcleo.

Assim, de acordo com Silva et al (2013, p. 154) as equipes multiprofissionais de saúde devem:

- 1) Agir integrando as diversas competências e categorias profissionais que as compõem;
- 2) Primar pela ação articulada com setores que as cercam com base nos determinantes socioculturais do processo saúde-doença, fugindo da lógica do atendimento curativo;

¹² Segundo Vasconcelos (2006), a necessidade desta resolução, após nove anos da aprovação da Constituição Federal, revela a dificuldade por parte das profissões de saúde em reconhecer a imprescindibilidade de ações pautadas pela interdisciplinaridade para efetivar a saúde como direito social.

- 3) Ter foco na horizontalidade, vínculo e corresponsabilidade pelas ações junto aos usuários do sistema.

É a partir dessa visão interdisciplinar que autoras como Souza e Monnerat (2010), Bellini e Faler (2014) e Pereira (2015) sugerem que a intersectorialidade seja tratada. Portanto, analisa-se que assumir a intersectorialidade como uma diretriz estratégica em prol da consolidação do SUS requer dos gestores e profissionais de saúde “[...] profundas transformações na conformação dos processos de trabalho em saúde, no modelo assistencial, modelo gerencial e na própria relação Estado/sociedade”. (COSTA, 2010, p. 33).

Para Costa (2010), embora esses atores reconheçam a necessidade dessas mudanças para viabilizar ações e articulações intersectoriais com o intuito de enfrentar a situação epidemiológica e sanitária no Brasil, o que se visualiza na prática são ações incipientes, insuficientes e deficientes. A autora aponta como possíveis causas:

- 1) A intersectorialidade não fazer parte do planejamento em saúde, principalmente das atividades cotidianas das equipes de saúde, com exceção de experiências pontuais e esporádicas;
- 2) Incipiente apropriação conceitual acerca dos DSS e da intersectorialidade;

Para Carvalho (2014), também existem inúmeras dificuldades de ordem objetiva e subjetiva para os agentes profissionais compreenderem, executarem e desenvolverem ações, experiências e movimentos intersectoriais. Objetivas como as condições materiais, institucionais e estruturais disponíveis e subjetivas como a adesão dos profissionais a essas práticas que envolve o universo de valores, sentidos e significados.

Essas dificuldades são percebidas por Paula et al (2004) no seu estudo denominado “Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?”. Ao investigar como os enfermeiros de uma equipe do NASF compreendem a intersectorialidade e buscam articulá-la com os demais equipamentos sociais de suas áreas adstritas, identifica que, para estes profissionais, trabalhar com ações intersectoriais ainda é um processo penoso e solitário, partindo de uma perspectiva da informalidade e de necessidades individuais dos usuários. Além disso, falta esclarecimento por parte desses profissionais do que seja a intersectorialidade e sua funcionalidade nas políticas

sociais, sendo confundida muitas vezes com o termo interdisciplinaridade ou com a articulação dos serviços dentro do próprio setor saúde (intra-setorial).

Na área da saúde mental, Souza et al. (2013), ao analisarem a construção da intersetorialidade na percepção de gestores da RAPS em um município da Paraíba, constatam que apesar de esse tema estar presente na fala dos gestores, sua execução é atribuída somente aos profissionais. Identificam que os gestores que estão mais próximos da assistência, atuando diretamente nos CAPS “[...] têm uma visão mais possível da intersetorialidade”, já os que estão mais distantes não vislumbram seus efeitos na prática profissional.

Em outra pesquisa que tem como objetivo identificar práticas intersetoriais desenvolvidas por uma equipe de saúde junto a moradores de uma comunidade em processo de remoção, Jesus et al (2014) identificaram a presença de “ensaios” de articulações intersetoriais a partir de iniciativas dos profissionais executores das políticas, porém ainda incipientes e pontuais. Para os autores, é necessário que haja articulação entre todos os atores envolvidos e que as ações sejam articuladas desde o nível de gestão até a implementação.

As ações de remoção da Vila Dique ainda precisam ser planejadas, gerenciadas e executadas de forma articulada entre as políticas públicas. Devem estar apropriadas de forma integral e longitudinal pelos gestores, trabalhadores e usuários. Além disso, os usuários devem atuar de maneira protagonista nesse processo, via controle social. (JESUS et al, 2014, p. 157).

As análises sistematizadas apontam para o fato de que implementar a intersetorialidade na saúde se configura como um desafio, posto que envolve diversos atores (usuários, profissionais e gestores), saberes e políticas e que deve-se considerar os limites e possibilidades de cada ator e de cada política.

Como uma possibilidade de enfrentar a fragmentação existente na política de saúde e na relação com esses atores, Bellini; Faler (2014) considera importante fortalecer os processos de participação popular e educação permanente em saúde. Para a autora, é essencial fortalecer o protagonismo dos usuários por meio da participação social e incentivar uma postura investigativa dos profissionais que propicie o conhecimento da organização do sistema de saúde e uma formação pautada na integralidade da atenção.

Corroborando com essa perspectiva, Costa (2010) afirma que para possibilitar a intersetorialidade no interior dos serviços de saúde são necessárias mudanças nas práticas e no aperfeiçoamento para a gestão participativa, que incluem a valorização do profissional e dos usuários a partir da criação e fortalecimento dos espaços de participação social.

Por fim, pode-se concluir que a intersetorialidade passa a ser requisitada nos processos de trabalho em saúde à medida que o modelo assistencial vai se transformando de uma lógica centrada na figura do médico e na doença para uma lógica baseada na clínica ampliada com a presença de várias profissões atuando de maneira horizontal em prol de um cuidado mais integral no atendimento às necessidades de saúde da população, juntamente com a participação dos usuários. Nesse modelo de atenção à saúde são valorizados princípios e diretrizes como a integralidade, interdisciplinaridade, trabalho em rede, descentralização, equidade, participação social e a intersetorialidade.

Vale registrar que essa incorporação não se dá sem conflitos e dificuldades, é preciso que todos os atores se responsabilizem com a proposta de trabalhar intersetorialmente, no entanto, é notório a partir do recorte analisado que os profissionais ainda apresentam resistência de trabalhar em conjunto, bem como dificuldades relacionadas à falta de conhecimento do que seja a intersetorialidade. Ademais, requer considerar a configuração atual das políticas sociais fragmentadas e o contexto de desmonte da seguridade social.

As considerações até aqui apresentadas sintetizam um esforço de reunir algumas concepções existentes em relação a intersetorialidade, tanto no campo da administração pública como da saúde coletiva. Dentro do campo da saúde coletiva, pretende-se apontar como o debate insere-se na política de saúde e contribui com a sua construção e com o fortalecimento dos ideais do Movimento da Reforma Sanitária e do SUS, estando intrinsecamente relacionada com o conceito ampliado de saúde, os DSS e a promoção da saúde. Nesse contexto, vê-se a incorporação da intersetorialidade pelas equipes multiprofissionais e interdisciplinares com o intuito de enfrentar as iniquidades em saúde e viabilizar um cuidado mais totalizante e democrático para a população.

Feito isso, segue-se ao próximo capítulo com o objetivo de analisar a relação da intersetorialidade com o campo da saúde mental e sua contribuição para a construção e o fortalecimento da política e da rede de cuidados em saúde mental.

CAPÍTULO 2 – A RELAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE COM A SAÚDE MENTAL: POR DENTRO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O campo da saúde mental se configura como um espaço amplo, diverso e bastante complexo. Por séculos, a assistência psiquiátrica no Brasil centra-se apenas em internações em instituições asilares, baseando-se em práticas moralizantes, excludentes, e até mesmo iatrogênicas em detrimento de um cuidado terapêutico e integral, desconsiderando totalmente a articulação com as demais políticas públicas. Essas práticas passam a ser questionadas com a redemocratização do país e a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e posteriormente com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

No capítulo anterior, aludiu-se que a intersectorialidade parte do reconhecimento de que nenhuma política pública, ou área é capaz de responder sozinha às necessidades dos usuários integralmente, principalmente em um contexto onde as políticas públicas são marcadas pela focalização e fragmentação das ações do Estado via políticas setoriais (AKERMAN et al., 2014). No campo da saúde coletiva, esse debate tem relação com a concepção ampliada de saúde, com os DSS e com o princípio da integralidade no SUS.

Na saúde mental, considera-se que a intersectorialidade está intrinsecamente relacionada com a mudança no paradigma do cuidado e se integra às discussões sobre a desinstitucionalização da loucura e a conseqüente construção da política de saúde mental e da rede psicossocial de base comunitária em substituição aos hospitais psiquiátricos (CARVALHO, 2017).

Com a instituição da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216/2001, o CAPS é definido como serviço estruturante da rede de saúde mental, contudo, para possibilitar a desinstitucionalização e a inserção social dos usuários efetivamente, faz-se necessária a articulação em rede com outros serviços e setores como a educação, assistência social, habitação, cultura, entre outros. Nesse contexto, a intersectorialidade ganha centralidade nas discussões no campo da saúde mental, posto que possibilita construir uma nova identidade para a pessoa em sofrimento mental, agora visto como cidadão e sujeito de direito que necessita de um cuidado integral através das diversas políticas sociais (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Neste capítulo, apresenta-se uma contextualização de como se dá o processo de construção e consolidação da política de saúde mental brasileira e da rede de cuidados em saúde mental, buscando situar a incorporação e a influência do debate sobre a intersetorialidade nesse processo, bem como para o desenvolvimento de “novas práticas em saúde mental”. Essa contextualização se justifica pelo fato de que o objeto deste estudo pretende analisar o debate do Serviço Social sobre a intersetorialidade no âmbito da saúde mental. Ademais, a construção do referencial teórico (revisão narrativa) é considerada uma etapa fundamental da pesquisa, pois permite uma atualização acerca do assunto estudado.

2.1 Apontamentos sobre a construção da política de saúde mental

A Política de Saúde Mental (PSM) é fruto de lutas políticas e sociais e expressa, no âmbito legal, os avanços da assistência em saúde mental no Brasil. A Lei 10.216/2001 tem possibilitado mudanças importantes no modelo de cuidado, reduzindo os leitos em hospitais psiquiátricos e ampliando a oferta de serviços de base comunitária como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA), e mais recentemente na articulação de vários pontos de atenção à saúde mental na composição da RAPS.

Historicamente vivencia-se no campo psiquiátrico um “cuidado” voltado a enclausurar e medicalizar as pessoas com transtorno e sofrimento mental. No Brasil, pode-se considerar que até a primeira metade do século XX a assistência psiquiátrica é basicamente ofertada através de ações pontuais e nada terapêuticas, em grandes hospícios e colônias agrícolas públicas e tem forte caráter de controle social. As colônias agrícolas ofereciam tratamento baseado na reeducação moral e no trabalho. Para Amarante (2007, p. 39), os psiquiatras brasileiros defendiam o tratamento para a pessoa em sofrimento mental a partir do trabalho terapêutico, pois este “estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’”

Segundo Resende (2007), no final da década de 1950 a situação desses locais é de calamidade, com superlotação, deficiência de pessoal, com os usuários vivendo em condições precárias e tendo seus direitos constantemente violados.

Nesse período, a psiquiatria é influenciada pelo movimento higienista americano, que tem como objetivo o controle e adequação moral dos indivíduos. Os “doentes mentais” diagnosticados e outros segmentos da sociedade marginalizados como as prostitutas, mendigos e órfãos são afastados do cotidiano social e internados em instituições asilares para serem “tratados” por médicos psiquiatras a partir de intervenções com fins apenas curativos.

Cabe ressaltar que no período pós-Segunda Guerra há em outros países, principalmente na Europa e EUA, importantes transformações no modelo da prática psiquiátrica, com a contestação da estrutura asilar e a necessidade de reestruturação e humanização do modelo de tratamento, fazendo com que o hospital psiquiátrico passe por uma reformulação a fim de se tornar de fato um ambiente terapêutico. Nesse processo, surgem várias experiências de “reformas psiquiátricas”, como a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana. Contudo, esse movimento de desinstitucionalização pouco influencia a assistência psiquiátrica no Brasil até esse momento¹³ (BRITTO, 2004).

A partir da década de 1960, com a política privatista do governo militar, além dos hospitais públicos há uma expansão da rede de clínicas e hospitais psiquiátricos privados, principalmente para atender as demandas dos trabalhadores cobertos pela previdência social, ou seja, a assistência psiquiátrica antes direcionada apenas para os “doentes mentais” indigentes e pessoas consideradas excluídas da sociedade, agora passa a ser ofertada também para os trabalhadores e seus dependentes (RESENDE, 2007).

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda (RESENDE, 2007, p. 60-61).

¹³ Vale destacar a contribuição do psiquiatra Ulisses Pernambucano, que atuou da década de 20 a 40 no Estado de Pernambuco, sendo considerado um pioneiro na luta pela humanização da assistência psiquiátrica no país. “Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 4)”.

Ao tratar da assistência à saúde mental nesse período, Cavalcanti (2008, p. 125) aponta que a década de 1960 inaugura para o campo da saúde mental importantes mudanças. Sob a influência do preventivismo americano se verifica uma ruptura com uma “[...] psiquiatria diluída e amorfa e se começam a perceber indícios de uma formulação mais articulada dos programas de assistência psiquiátrica no conjunto das políticas de saúde”, com o desenvolvimento de uma política oficial de saúde mental e a ampliação da rede assistencial.

Segundo Amarante (2007), a psiquiatria preventiva se desenvolveu nos Estados Unidos por volta de 1955 após um senso realizado nos hospitais psiquiátricos do país em que foram evidenciadas as precárias condições da assistência. Ainda segundo o autor, o preventivismo objetivava reduzir as doenças mentais da comunidade e promover a saúde mental através da prevenção primária, secundária e terciária. Para tanto era necessário que houvesse a desospitalização dos pacientes dos hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços comunitários para desenvolverem ações preventivas como por exemplo, os centros de saúde mental e hospitais-dia.

Nessa perspectiva, o Estado passa a investir mais recursos no setor psiquiátrico possibilitando o aumento da rede e o surgimento dos primeiros ambulatórios semiespecializados. A esse respeito, Resende (2007) afirma que há um interesse por parte do sistema em investir em ações de saúde mental também como forma de controle e adestramento da força de trabalho, bem como para atenuar os aspectos inerentes ao desenvolvimento capitalista.

Apesar dos avanços citados anteriormente, a lógica ainda permanece privatista, voltada para internações de longos períodos e para o excessivo uso de medicamentos. Por esse motivo, várias críticas surgem até o ponto em que se intensificam as “[...] denúncias contra o favorecimento do que passou a ser conhecido como a indústria da loucura, partida de amplos setores da sociedade civil, mas precisamente de representantes da área da saúde mental no país”. (RESENDE, 2007, p. 62).

Essas denúncias são viabilizadas com o esgotamento do regime ditatorial e o aumento da participação política da sociedade civil, via movimentos sociais no final da década de 1970 e durante a década de 1980, possibilitando o enfrentamento de questões relacionadas ao campo da saúde e saúde mental. A organização do

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)¹⁴ para denunciar os abusos que ocorrem nas instituições manicomiais e lutar por melhores condições de trabalho é imprescindível para dar início ao que fica conhecido como Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB)¹⁵. A chamada “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental/MS) que resulta na demissão de 260 técnicos desse órgão que funcionava como legitimador da estrutura asilar, representa na prática a importância da organização desses atores em prol de mudanças nas bases do modelo assistencial de saúde mental (BEZERRA JR., 1994 apud CAVALCANTI, 2008).

O processo denominado de “co-gestão”, iniciado em 1980, no Rio de Janeiro, entre o Ministério da Saúde e da Previdência para administração dos hospitais públicos e a vitória de governos de esquerda em São Paulo e Minas Gerais, em 1982, oportunizam importantes espaços de intervenção do MTSM na política de saúde/saúde mental. Segundo Vasconcelos (2010), os principais objetivos da plataforma política do MTSM nesse período são:

- 1) Não abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos e possível redução dos já existentes;
- 2) Regionalização das ações em saúde mental, com a integração dos setores internos dos hospitais psiquiátricos com os serviços ambulatoriais das áreas de referência;
- 3) Controle das internações nos hospitais psiquiátricos privados;
- 4) Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental;
- 5) Humanização e reinserção social dos hospitais psiquiátricos, com a presença de equipes multiprofissionais.

Embora tenha havido um fechamento temporário para os interesses democráticos no campo da saúde mental no período seguinte, influenciado pela eleição do governo Sarney em 1985 (VASCONCELOS, 2010), pode-se dizer que a

¹⁴ Esse movimento foi formado por profissionais de saúde mental, usuários e seus familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e da sociedade civil (BRASIL, 2005).

¹⁵ Com seus princípios norteados pela Reforma Sanitária e sua história voltada para a superação da violência asilar e a luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica iniciada em 1978 objetivava principalmente “[...]construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade” (AMARANTE, 2003, p. 58).

década de 1980 é palco de significativos avanços, pois possibilita o fortalecimento e a ampliação das discussões relacionadas ao campo da saúde e saúde mental, bem como conquistas no plano jurídico e institucional, com o surgimento das primeiras experiências de serviços baseados na lógica antimanicomial. De forma mais ampla tem-se a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, na qual foram aprovadas as diretrizes para a criação do SUS e em 1988 a instituição da CF, que trouxe em seu texto ideais pautados pelos movimentos sociais, principalmente na área da saúde pelo Movimento da Reforma Sanitária.

No âmbito da saúde mental, em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esses eventos são considerados marcos no que se refere à ampliação do MRPB para além do campo médico-assistencial e dos serviços assistenciais, mas estendendo-se principalmente para os usuários, para os movimentos populares e para a sociedade em geral (CAVALCANTI, 2008). Adotando o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o dia 18 de maio é definido como o dia nacional de luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Para Vasconcelos (2010), esse redirecionamento nos objetivos da Reforma Psiquiátrica são fortemente inspirados pelo movimento de desinstitucionalização italiano, mas também pela crítica realizada no interior do próprio movimento, a partir da constatação da burocratização interna e da necessidade de avançar para além da proposta de humanização dos hospitais psiquiátricos e de difusão de serviços ambulatoriais. De acordo com Britto (2004, p.44):

A Psiquiatria Democrática Italiana foi iniciada por Franco Basaglia e fez uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico afirmando a urgência da revisão das relações a partir das quais o saber médico fundava sua práxis. Em 1971, Basaglia vai para Trieste onde inicia a demolição do aparato manicomial através da construção e constituição de novas formas de entender, lidar e tratar a loucura. Esta demolição significou a realização de uma análise crítica da sociedade e da forma pela qual se relaciona com o sofrimento e a diferença; não significou uma negação da instituição e da doença mental, mas relacionou-se a uma negação do “poder” que a sociedade entregava à psiquiatria para que esta isolasse, excluísse e anulasse aqueles que se encontravam fora dos limites da normalidade social. O trabalho realizado em Trieste demonstrou a possibilidade da constituição de uma rede de atenção capaz de oferecer e produzir novas formas de sociabilidade e subjetividade para os que utilizam a assistência psiquiátrica, assim como o oferecimento e a produção de cuidados. Essa experiência conduziu à

destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparelho da instituição psiquiátrica tradicional.

A influência do pensamento europeu para a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil é fundamental, não só pela proposta de contestação da estrutura asilar defendida por esses movimentos de desinstitucionalização, mas também pela presença de importantes membros desses movimentos no país para denunciar a situação de abuso nos hospitais psiquiátricos e colônias, a exemplo de Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli e o próprio Franco Basaglia (AMARANTE; NUNES, 2018).

Alicerçado por essas experiências, o MRPB passa a lutar pela progressiva substituição dos manicômios por serviços extra hospitalares que ofereçam novas formas de cuidado e que estejam inseridos na comunidade, mas que principalmente essas pessoas sejam vistas como atores político-sociais e o Estado responsabilizado por assegurar um cuidado integral e de qualidade.

Em relação às primeiras experiências de dispositivos de cuidado em saúde mental a partir dessa nova perspectiva, em 1987 é inaugurado o primeiro CAPS que recebeu o nome do Prof. Luiz da Rocha Cerqueira¹⁶ na cidade de São Paulo que “[...] apresentava-se como uma instituição intermediária entre o hospital e a comunidade”. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 69). Em 1989, após um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, tem-se em Santos, no estado de São Paulo, a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que servem como experiência inicial para os CAPS. Segundo Vasconcelos (2010, p. 26), o NAPS funciona como:

[...] um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais.

Nesse mesmo ano também acontece um marco importante no campo legislativo e normativo que é o projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), conhecido como Lei Paulo Delgado que propõe a extinção e a

¹⁶ Segundo Britto (2004), Luiz da Rocha Cerqueira foi um psiquiatra discípulo de Ulisses Pernambucano e um dos pioneiros na psiquiatria social brasileira e crítico do modelo assistencial hospitalocêntrico. Assumiu o cargo de secretaria de saúde mental do Estado de São Paulo em 1971.

gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos, porém, por gerar grande debate na mídia nacional, só tem sua aprovação no ano de 2001.

Na década de 1990 (até a primeira metade), mesmo com o conservadorismo do governo de Fernando Collor de Mello, considera-se que houve uma continuidade na luta por mudanças positivas no campo da saúde mental, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental e o estabelecimento de portarias ministeriais que passam a normatizar e financiar também os novos serviços psicossociais, possibilitando a instalação de centros e núcleos de atenção psicossocial em paralelo ao processo de fechamento de leitos e instituições hospitalares (VASCONCELOS, 2010). Ademais, há também nesse período o aumento e fortalecimento dos movimentos ligados aos usuários e familiares da saúde mental.

No entanto, apesar de haver a continuidade na expansão dos novos serviços da Reforma Psiquiátrica, esse processo é descontínuo, pois embora as novas normatizações do Ministério da Saúde de 1991 e 1992¹⁷ regulamentem esses serviços, não instituem uma linha específica de financiamento, o que acarreta com que mais de 90% dos recursos ainda sejam destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Com os retrocessos decorrentes do processo de contrarreforma do Estado consolidados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir da segunda metade da década de 1990 há um recuo nas conquistas que vêm sendo implementadas no campo da saúde mental. Apenas no último ano, com a direção da Coordenação de Saúde Mental sendo ocupada por Ana Pitta¹⁸, importante liderança da Reforma Psiquiátrica, é possível retomar esse processo de avanço. Nesse mesmo ano é implementada a legislação federal sobre cooperativas sociais para inclusão no trabalho de pessoas consideradas em desvantagem, incluindo pessoas em acompanhamento psiquiátrico e egressos de instituições de longa permanência, e em fevereiro de 2000 ocorre o lançamento da Portaria nº 106 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, há um redirecionamento no modelo de assistência em saúde mental, o qual passa a ter

¹⁷ Portaria MS/SAS nº 189 de 1991 e Portaria MS/SAS nº 224 de 1992.

¹⁸ Ana Maria Fernandes Pitta é médica, mestra e doutora na área de medicina preventiva/saúde mental e tem atuado no campo da saúde mental contribuindo com temas como reabilitação psicossocial, uso de substâncias psicoativas e direitos humanos e saúde mental, atualmente é presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME).

como referência para o cuidado dos usuários os serviços substitutivos inseridos na comunidade.

A lei 10.216 é considerada uma conquista em relação aos direitos das pessoas em sofrimento mental, porém diferentemente da proposta originária, o PL 3.657/89 (Lei Paulo Delgado), a nova lei não deixa clara a questão da extinção dos manicômios e sim a sua progressiva substituição. Acredita-se que esse fato se deva por ter passado por um período de doze anos em tramitação e ter sofrido alterações a partir de emendas para viabilizar sua aprovação, o que demonstra as dificuldades na própria reforma no que se refere à aprovação de propostas mais radicais e também da disputa política existente entre os grupos que defendem a renovação da assistência em saúde mental e dos que defendem a permanência dos hospitais psiquiátricos como lócus principal da assistência psiquiátrica.

Como principal conquista trazida em seu Art. 3, a nova lei da saúde mental concebe as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direito e o Estado e a sociedade como responsáveis por garantir sua proteção, tratamento, reinserção social e manutenção dos vínculos familiares e comunitários. Em relação aos direitos, o Art, 2, parágrafo único, considera:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p. 01).

É nesse contexto, que a PSM no Brasil passa a se consolidar, são criadas linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos e mecanismos de fiscalização para gestão e redução dos leitos psiquiátricos, o que vem a contribuir para a expansão da rede de atenção à saúde mental por todo o país (BRASIL, 2005). A partir daí surgem diversas políticas, programas e portarias em prol de efetivar o processo de transição do modelo de assistência centrado no hospital para o modelo de atenção comunitário.

Entre essas portarias, destaca-se a GM nº336/2002, que regulamenta e estabelece os tipos de CAPS, extingue a denominação NAPS, porém mantém sua proposta a partir do CAPS III, que se refere ao funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana. De acordo com Amarante (2008, p. 743), os CAPS passam a “[...] realizar um dos mais importantes trabalhos assistenciais, tornando-se uma referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação estratégico de profissionais [...]”. São instituições que atendem de acordo com a área de abrangência, realizando acompanhamento clínico, psiquiátrico e reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços comunitários e familiares.

Além dos CAPS, outros serviços e programas são necessários para dar conta da diversidade das demandas das pessoas em sofrimento mental, como o Consultório na Rua, o Programa De Volta Pra Casa, as Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência, entre outros, todos considerados dispositivos importantes para organizar a rede de cuidado em saúde mental. Dessa forma, compreende-se que para viabilizar a desinstitucionalização e o cuidado dos usuários não basta apenas fechar os leitos em hospitais psiquiátricos, faz-se necessário expandir também a rede de equipamentos de saúde e sociais substitutivos no SUS.

De acordo com Vasconcelos (2008), em um contexto de neoliberalismo e de ataque às políticas sociais, o processo de desinstitucionalização na saúde mental muitas vezes tem sido confundido com desospitalização, ou seja, fecham-se os leitos em hospitais psiquiátricos, mas em contrapartida não são abertos novos serviços comunitários para acolher os usuários, corroborando sobremaneira com a desresponsabilização do Estado e com a sobrecarga dos familiares no cuidado das pessoas em sofrimento mental. Ademais, nesta conjuntura de acirramento dos ataques aos direitos sociais e trabalhistas da população, que gera insegurança, baixos salários, vínculos precários, violência e desemprego, potencializa-se o

adoecimento das pessoas, com o aumento de quadros de ansiedade, depressão, suicídio, síndrome do pânico e uso abusivo de drogas, fazendo com que, conseqüentemente, haja também o aumento na busca por atendimento em serviços da rede de saúde mental (ROCHA, 2012).

Neste cenário, acentuam-se ainda mais os “[...] problemas vivenciados pela política de saúde mental, colocando novos dilemas e novas necessidades de articulações coletivas entre profissionais, usuários e familiares” (ROCHA, 2012, p. 33). Como possibilidades de enfrentamento frente a essa realidade, destaca-se a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial em 2010¹⁹ e a instituição da RAPS em 2011.

Em relação à RAPS, esta foi instituída a partir da Portaria 3.088 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de ampliar e fortalecer a política de saúde mental brasileira e organiza-se a partir de sete componentes da atenção em saúde, quais sejam:

- 1) Atenção Básica;
- 2) Atenção Psicossocial Especializada;
- 3) Atenção de Urgência e Emergência;
- 4) Atenção Hospitalar;
- 5) Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- 6) Estratégia de Desinstitucionalização;
- 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

A partir desses sete pontos de atenção, articula “[...] a dimensão do território e assume a perspectiva do trabalho integrado entre os diferentes serviços da rede de saúde geral e serviços de saúde mental” (CARVALHO, 2017, p. 4).

Considerada um avanço para o campo da saúde mental, a RAPS traz em suas diretrizes muitos dos conceitos que há tempos vinham sendo reivindicados nos espaços de controle social, como as conferências de saúde e de saúde mental, são diretrizes que focam na integralidade e intersectorialidade das ações a partir do trabalho em redes, acolhimento, desinstitucionalização, territorialidade e redução de danos. Além disso, reforça o reconhecimento dos usuários da saúde mental enquanto sujeitos de direitos e que, portanto, devem ter autonomia e participação no processo de cuidado, além de buscarem combater o estigma associado

¹⁹ A análise da IV CNSM – I será realizada na seção 2.2.

historicamente às pessoas que tem algum tipo de sofrimento mental e/ou que fazem uso de drogas.

Entretanto, apesar da importância assumida pela RAPS, principalmente no tocante à organização da rede de saúde mental, ainda deixa a desejar nos aspectos relacionados às atividades de cultura e de geração de trabalho e renda, pois não são definidos recursos orçamentários para tais iniciativas (AMARANTE; NUNES, 2018). Acredita-se que a indefinição no financiamento de tais propostas impacta diretamente no baixo número de serviços do tipo Centros de Convivência e Cultura (CECOs) e iniciativas de trabalho e renda implementados no país²⁰.

Dessa forma, analisa-se que a atenção psicossocial pensada a partir da perspectiva de rede, deve basear-se no princípio da **integralidade**, oferecendo uma maior concentração de serviços para atender não apenas as demandas de saúde, mas também as sociais e culturais e no princípio da **intersectorialidade**, pois a articulação com os demais serviços da rede intersectorial de políticas públicas e da comunidade “[...] pode potencializar a constituição de outros pontos de atenção no interior da rede” (BRASIL, 2011, p.17), o que demonstra uma responsabilização pelo usuário.

Partindo dessa perspectiva, considera-se fundamental que haja uma maior articulação entre os serviços e setores das diversas políticas públicas para que se potencialize o cuidado das pessoas em sofrimento mental. Cabe o reconhecimento dos avanços e conquistas do MRPB ao longo dos anos, principalmente no que se refere à construção de um novo olhar sobre o transtorno mental, das formas de cuidado e do lugar da pessoa que sofre, agora vista como sujeito de direito. Ainda assim, reafirma-se a necessidade de que os serviços psicossociais sejam intersectoriais, que realizem ações intersectoriais com as áreas da habitação, assistência social, cultura, esporte, lazer, entre outros, principalmente diante do atual quadro de focalização e seletividade das políticas sociais.

2.2 A influência do debate sobre a intersectorialidade para a construção da rede de cuidados em saúde mental

²⁰ Sobre esse tema consultar os trabalhos de Alvarez; Silva (2016) e Rodrigues; Pinho (2015).

A intersectorialidade no campo da saúde mental está relacionada com a mudança no paradigma do cuidado e se integra às discussões sobre a desinstitucionalização da loucura e a conseqüente construção da política de saúde mental e da rede psicossocial de base comunitária em substituição aos hospitais psiquiátricos. Enquanto um princípio da saúde mental, pode ser pensada como a articulação e responsabilização entre os diversos atores e instâncias sociais tanto da saúde/saúde mental quanto das demais políticas públicas em prol de atender as demandas dos usuários integralmente (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

O debate sobre a intersectorialidade está presente no campo da saúde mental desde a gênese do MRPB, a partir da compreensão de que para desinstitucionalizar é necessário o diálogo com outros segmentos sociais e setores (FURTADO; CAMPOS, 2005), exemplo disso é que o próprio movimento pela reforma mantém desde o início uma comissão intersectorial permanente e que nos primeiros CAPS e NAPS, ainda nos anos de 1980, já há articulação intersectorial entre esses serviços e outros setores, além da construção de projetos nitidamente intersectoriais. Contudo, é apenas em 2010, por meio da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersectorial, que a intersectorialidade passa a ocupar um lugar de destaque na política de saúde mental, sendo, de certa forma, materializada em 2011 através da instituição da RAPS.

Com a RAPS, o cuidado aos usuários da saúde mental passa a ser ofertado por serviços de saúde e saúde mental, mas também por serviços e programas que têm o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial como as residências terapêuticas, as Unidades de Acolhimento, o Programa de Volta pra Casa (PVC) e as iniciativas de geração de trabalho e renda e cooperativas sociais/empreendimentos solidários, ou seja, em tese, a RAPS ao estabelecer sete pontos de atenção em saúde mental amplia as condições de atendimento dos usuários e atende aos princípios da integralidade e da intersectorialidade do SUS.

De acordo com o documento criado pelo Governo Federal, Saúde Mental em Dados nº 12 de 2015, há, a partir de 2002, uma expansão e diversificação nos serviços de base territorial e comunitária, inclusive com o aumento do investimento financeiro para estes serviços em detrimento dos hospitalares. Esse quadro tende a ser mais significativo principalmente a partir de 2011 com a regulamentação das portarias 3.088 e 3.089 (posteriormente editada pela portaria 1.966/2013) que dispõe sobre a instituição da RAPS e o financiamento dos CAPS respectivamente.

Sabe-se que esse quadro de mudança no modelo assistencial em saúde mental sofre influência da situação social, política e econômica do país. Em relação a isso, tem-se, a partir de 2003, no Brasil, a ascensão ao poder de um governo de esquerda, o Partido dos Trabalhadores (PT) que, apesar da permanência do neoliberalismo nas políticas sociais através de um assistencialismo disfarçado de política pública sob os auspícios do neodesenvolvimentismo, possibilita a ampliação dos direitos sociais (SITCOVSKY, 2013).

No campo da saúde mental, há nesse período o aumento no número dos serviços substitutivos, demonstrando um aparente apoio do governo ao modelo de assistência em saúde mental em desenvolvimento no país. De 2003 a 2010 são cerca de 1.500 novos CAPS instalados em todo o território nacional (BRASIL, 2015), além da criação do “Programa de Volta para Casa” através da Lei nº 10.708/2003 que institui o pagamento de um benefício para usuários egressos de internações em instituições manicomiais. No entanto, para além da expansão dos novos serviços e programas, é preciso lutar pelo fortalecimento e a consolidação destas transformações em meio à complexificação dos temas e dos problemas do campo.

Segundo Dimenstein e Liberato (2009), apesar dos avanços alcançados até então, ainda há inúmeros desafios postos no campo da saúde mental que colocam em cheque a sustentação da reforma psiquiátrica, como por exemplo:

- 1) O modelo de financiamento dos CAPS por procedimentos, que faz com que esses serviços muitas vezes tenham que desenvolver manobras para alcançar o teto máximo, como manter os leitos ocupados ininterruptamente;
- 2) O baixo orçamento destinado às residências terapêuticas via AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) limitando as atividades realizadas com os moradores;
- 3) A permanência de leitos em hospitais psiquiátricos devido à dificuldade ainda existente na abertura de CAPS do tipo III e na implantação de leitos de atenção integral em hospitais gerais e de urgência e emergência;
- 4) A dificuldade na reinserção social de usuários crônicos de longa internação devido ao baixo número de residências terapêuticas existentes e de problemas jurídicos que envolvem o acesso desses usuários ao Programa de Volta para Casa;

- 5) A ampliação da rede de atenção em saúde mental ficar concentrada nos serviços do tipo CAPS, desconsiderando a necessidade da existência de outros serviços da rede substitutiva.

Para a autora supramencionada, a integração e a articulação entre os serviços de saúde, saúde mental e dos equipamentos sociais presentes no território dos usuários é imprescindível para consolidar o avanço da reforma psiquiátrica. Assim, como tentativa de enfrentamento desses e de outros problemas identificados nessa conjuntura, em 2010 é convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial.

Diferente da III CNSM realizada em 2001 em que se reafirmam os princípios da Reforma Psiquiátrica e se comemora a conquista da implementação da Lei 10.216, a IV CNSM-I realizada quase dez anos depois acontece em um cenário político e institucional muito mais complexo. De acordo com o relatório final, entre outros fatores que incidem no cenário sobre o qual é realizada esta Conferência, estão:

[...] a ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral. (BRASIL, 2010, p.08).

Com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, é a primeira conferência que imprime de fato o caráter intersetorial ao debate no campo da saúde mental, reafirmando-o como “[...]”

intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral” (BRASIL, 2010). Nesse sentido, convida outros setores como a assistência social, educação, habitação, justiça, cultura, lazer e direitos humanos a compor e debater os problemas decorrentes da conjuntura política, econômica e social que incidem direta e indiretamente na atenção em saúde mental e a fortalecer a política de saúde mental e os princípios da reforma psiquiátrica frente aos ataques do neoliberalismo e de setores favoráveis ao retorno da lógica manicomial.

Com isso, pode-se considerar que a opção pela ênfase na temática da intersetorialidade na Conferência contribui sobremaneira com a afirmação da defesa da política pública de saúde mental, dos serviços substitutivos psicossociais em detrimento dos hospitais psiquiátricos, com a ampliação da oferta de cuidado a partir de outros serviços da rede de saúde e sociais e com o estabelecimento de diretrizes, pactuações e alianças com as demais políticas públicas.

A ideia da intersetorialidade na área da saúde está relacionada com a ampliação do conceito de saúde, com os DSS e com o princípio da integralidade no SUS. Assim, não basta apenas atender as demandas médicas dos usuários, pois entende-se que para ter o direito à saúde garantido, os sujeitos precisam suprir uma gama de outras necessidades que incidem no processo saúde-doença.

No campo da saúde mental não é diferente, pois, ao viabilizar a saída de usuários de longa internação em hospitais psiquiátricos para serviços psicossociais na comunidade a partir do processo de desinstitucionalização, essa política precisa garantir que esses usuários tenham acesso e consigam satisfazer suas necessidades de saúde e sociais integralmente. Dessa forma, a intersetorialidade como princípio norteador da PSM pode funcionar como um componente fundamental para a construção do trabalho em rede.

Pensar e efetivar o processo de desinstitucionalização ainda é um desafio para o campo da saúde mental, principalmente no que se refere à (re)inserção social dos usuários, visto que a maioria passa anos em instituições manicomiais. Nesse processo, muitos deles perdem os vínculos familiares e encontram-se em situação de abandono. Frente a essa realidade, a estratégia da intersetorialidade é essencial para promover o atendimento dos usuários nos três níveis de atenção em saúde/saúde mental e em outros serviços, setores e políticas sociais com o fim de

contribuir com a sua inserção na comunidade como sujeitos de direitos, com o resgate da autonomia e o exercício da cidadania.

Para além da desinstitucionalização, as pessoas que apresentam algum transtorno e/ou sofrimento mental, inclusive decorrentes do uso de substâncias psicoativas, enfrentam dificuldades para viver em sociedade, seja por preconceito, seja por não conseguirem atender as exigências do atual modelo de acumulação capitalista. Parte-se da perspectiva de que em uma sociedade marcada por uma desigualdade que tem raiz no processo de produção da riqueza socialmente produzida e da apropriação privada dessa riqueza (NETTO, 2001), políticas e práticas intersetoriais não são suficientes para possibilitar a superação dessas desigualdades, mas torna possível reduzi-las. Isso envolve estabelecer diálogos e parcerias com as áreas de trabalho, moradia, renda, educação, alimentação, entre outros. Sendo assim, pode-se considerar que o campo da saúde mental é transversal às demais políticas públicas. Ademais, ao estabelecer parcerias com outros profissionais e serviços através das ações intersetoriais com a intenção de ampliar a efetividade das intervenções, contribui-se com a construção de uma nova identidade para os usuários não como “loucos”, mas sim como cidadãos de direitos (FERNANDES; RIBEIRO, 2016).

Por ter sido adotado como princípio norteador da IV CNSM-I, é possível perceber no seu relatório final que a intersetorialidade perpassa as discussões dos três eixos. Entre os temas debatidos estão a organização e o fortalecimento da rede de serviços, o financiamento, a gestão do trabalho, a participação social, a desinstitucionalização e a inserção social. Contudo, garantir a estratégia intersetorial na atenção em saúde mental ainda se constitui enquanto um desafio devido a própria configuração desarticulada das políticas públicas e sociais.

De acordo com os dados da pesquisa “A Complexa Produção da Intersetorialidade no Campo da Saúde Mental: uma análise dos modelos e das práticas construídas pelos profissionais de saúde mental do município de João Pessoa – PB”, em que são realizadas análises dos documentos publicados (leis, portarias, decretos, etc.) pelo Ministério da Saúde referentes à política de saúde mental no período de 2001 à 2016, apenas oito destes estabelecem ações intersetoriais na rede de cuidados.

Esses documentos orientam a criação de grupos de trabalho para analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial para públicos diversos como crianças e adolescentes, usuários de drogas e pessoas com quadros severos de transtorno mental. Estes grupos de trabalho devem priorizar a articulação intersetorial com a participação de diferentes atores de diferentes serviços e políticas. Um dos documentos cria comissões intersetoriais de acompanhamento de programas específicos como o programa “De volta Para Casa”. Alguns desses documentos apontam que se deve garantir a realização de ações intersetoriais com as áreas de educação, assistência social e justiça de modo a desenvolver cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva. (CARVALHO, 2017, p. 12).

Com base nesses dados, os pesquisadores do referido projeto de pesquisa concluem que apesar de a PSM assumir a intersetorialidade como diretriz a partir da referida Conferência, ainda é pouco incorporada no conjunto de leis e portarias, o que sugere que a intersetorialidade, de modo geral, ainda é um desafio na gestão das políticas públicas. Ainda assim, mesmo com todas as dificuldades, a intersetorialidade no campo da saúde mental passa do âmbito “[...] meramente prático e/ou discursivo para o âmbito da regulamentação” (CARVALHO, 2017, p. 7).

A própria instituição da RAPS é possibilitada a partir das discussões geradas com a IV CNSM-I, ou seja, pode-se afirmar que, com a incorporação do debate sobre a intersetorialidade no campo da saúde mental, há importantes mudanças no que se refere ao campo legislativo e organizacional da rede de cuidados. Somadas a isso, acrescentam-se as transformações na forma de lidar com as questões de saúde mental, com rebatimento nas práticas profissionais de cuidado.

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. (CARVALHO, 2017, p. 14).

Em resumo, tem-se que, ao mesmo tempo que o debate acerca da intersetorialidade influencia na construção e fortalecimento da PSM e na expansão da rede de cuidados, também passa a ser requisitada no interior dos serviços substitutivos a partir de processos de trabalho baseados na clínica ampliada e nas novas “tecnologias de cuidado” desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais.

Desde 2015, com o governo de Michel Temer e com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política, o SUS e o MRPB vem sofrendo graves retrocessos. Segundo Amarante e Nunes (2018, p. 2073), a Comissão Intergestores Tripartite aprova em dezembro de 2017 uma resolução que “[...] praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira”.

Mais recentemente, com a proposta de uma “Nova Política de Saúde Mental”, o MS lança a Nota Técnica Nº 11 em fevereiro de 2019 que organiza as mudanças realizadas na PSM de 2017 a 2018. Dentre as principais propostas que atacam os princípios da Reforma Psiquiátrica, destacam-se a inserção dos hospitais psiquiátricos como novo componente da RAPS; o financiamento para compras de máquinas de eletroconvulsoterapia (ECT); a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes; a ampliação de recursos para as Comunidades Terapêuticas; e o foco na abstinência no tratamento das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2019).

Tais propostas representam uma inversão na lógica do que vem sendo construída com o MRPB, pois pretendem trazer novamente o hospital psiquiátrico para o centro do cuidado das pessoas em sofrimento mental, desconsiderando a rede substitutiva e o CAPS como serviço estruturante da RAPS. Ademais, trata-se de uma proposta de PSM e política de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, pensada de cima para baixo e que não inclui as reais necessidades dos usuários, mas que, ao contrário, busca atender as exigências do mercado privado da saúde e de um modelo que explora a internação e o sofrimento (DIAS, 2019).

Diante de tais retrocessos, é fundamental estar atento(a) na defesa de uma política pública de saúde mental que contribua para a ampliação dos direitos dos usuários e que respeite os princípios do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

2.3. As “novas práticas de cuidado em saúde mental” e a questão da intersetorialidade

O debate sobre a intersectorialidade tem influenciado o campo da saúde mental a partir da incorporação na narrativa da Reforma Psiquiátrica e na discussão sobre os rumos da PSM. Ganha centralidade atrelada ao debate sobre o conceito ampliado de saúde e da integralidade do atendimento e passa a ser considerada uma estratégia fundamental para possibilitar a desinstitucionalização e construção de uma rede de cuidados aos usuários da saúde mental. Além disso, a intersectorialidade na saúde mental tem resignificado a identidade dos usuários como cidadãos ao reconhecer a necessidade da articulação com outras políticas e setores para a devida garantia dos seus direitos. Nesse processo, passa a ser operacionalizada através das práticas profissionais e na construção de ações intersectoriais por meio do trabalho em rede para viabilizar um cuidado integral aos usuários.

Com a CF de 1988 e a criação do SUS, a saúde passa a ser concebida como direito da população e dever do Estado. Ao adotar a concepção ampliada de saúde, o modelo de atenção vai além do biomédico e se transforma em um campo de intervenção multiprofissional. Assim, entende-se que para atingir um cuidado na perspectiva da integralidade, é importante que este se dê a partir do trabalho em equipe direcionado pela interdisciplinaridade.

A produção de cuidado em saúde envolve atender as necessidades de saúde das pessoas, compreende a relação entre o usuário, que também é corresponsável pelo seu cuidado, e os trabalhadores de saúde e pode ser realizada em diversos espaços, desde serviços de atenção básica, hospitalares, até mesmo na rua ou no domicílio dos usuários.

Sabe-se que em um contexto onde a saúde infelizmente é tratada como mercadoria, com favorecimento da privatização e o consequente sucateamento dos serviços públicos do SUS, o processo de cuidado e a qualidade do atendimento ofertado à população são impactados negativamente. Dessa forma, fatores como baixo financiamento, falta de estrutura e materiais para realizar atividades, baixos salários, vínculos precários, redução do quadro de profissionais, entre outros, podem vir a desestimular e até a inviabilizar o trabalho em saúde. Diante dessa realidade, os trabalhadores são desafiados a construir um cuidado crítico e comprometido com o atendimento das reais necessidades dos usuários, pautado na integralidade, respeitando e fortalecendo sua autonomia e seu protagonismo.

Segundo Merhy (2004), para realizar suas atividades os profissionais de saúde devem priorizar o uso das “tecnologias leves” que estão baseadas na escuta, no acolhimento, na construção de vínculos, em inter-relações e na responsabilização.

O atual modelo assistencial em saúde capturado pela lógica privatista ainda tem em seu modo de produzir cuidado privilegiado o “trabalho morto”, centrado exclusivamente em procedimentos e protocolos rígidos com baixo grau de liberdade do profissional, ou seja, burocrático e instrumental. Entretanto, a mudança do modelo assistencial, mais voltado ao projeto da Reforma Sanitária, requer que os processos de trabalho em saúde sejam centrados predominantemente em “trabalho vivo em ato”, com maior grau de liberdade dos trabalhadores, uso de tecnologias leves e secundariamente as leve-duras²¹, acompanhamento dos projetos terapêuticos, horizontalidade, diálogo e respeito às necessidades dos usuários (FRANCO; MERHY, 2012).

No âmbito da saúde mental, o cuidado por muito tempo restringiu-se ao ambiente hospitalar, com hegemonia do discurso médico a partir do saber psiquiátrico. O “tratamento” é realizado isolando o indivíduo adoecido do convívio da sociedade e submetendo-o a procedimentos degradantes, violentos e focados na doença e não no sujeito que sofre (AMARANTE, 2007).

Com as mudanças próprias do processo de desinstitucionalização e a ampliação da rede assistencial para serviços inseridos na comunidade, há também importantes mudanças na forma como essas pessoas passam a ser acolhidas pela sociedade, pela família e pelas equipes multiprofissionais, a doença é colocada entre parênteses e o foco passa a ser no indivíduo, agora compreendido como cidadão de direitos. Além das práticas curativas, reconhece-se a determinação social do processo saúde-doença, com ênfase na promoção da saúde, reabilitação e (re)inserção social²².

²¹ De acordo com Merhy (2004), as tecnologias leve-duras são os saberes estruturados que operam no processo de cuidado. Já as tecnologias duras seriam os instrumentos e equipamentos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

²² Compreende-se como promoção da saúde medidas que visem transformar as condições de vida e de trabalho das pessoas e que possibilitem melhorias na saúde e bem estar de forma geral. Já os conceitos de reabilitação e inserção social na saúde mental estão relacionados com o aumento das condições e habilidades dos sujeitos que os possibilitem acessar a vida comunitária com maior autonomia (SARACENO, 2001).

Nesse sentido, em resposta ao antigo modelo de tratamento baseado em internações psiquiátricas, o modelo de cuidado recomendado pela Reforma Psiquiátrica propõe que este seja realizado em equipamentos de saúde e sociais descentralizados, localizados próximos ao território de vivência dos usuários e com a sua coparticipação e de seus familiares.

Para Fernandes e Ribeiro (2016), o cuidado no campo da saúde mental vai além do controle dos sintomas e adequação do comportamento, demanda ações e articulações em vários níveis, que possibilitem a proteção social, a criação de espaços comunitários abertos com a participação ativa dos usuários e a formação de redes de cuidado em saúde articuladas com as demais políticas públicas.

Como principal serviço que vem materializar essa proposta de cuidado, os CAPS passam a promover uma atenção especializada centrada em métodos terapêuticos individuais e coletivos a partir de uma abordagem interdisciplinar e humanizada e incorporando em sua política o método de Cogestão, que objetiva a democratização institucional e a qualificação do atendimento aos usuários a partir de elementos como apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada, equipes de referência e trabalho em rede (CAMPOS et al., 2014).

Nos CAPS, as equipes multiprofissionais desenvolvem seus processos de trabalho a partir dos conceitos de “Núcleo de Competência” e “Campo de Competência”, elaborados pela área da Saúde Coletiva. Campo de Competência entendido como saberes e responsabilidades comuns a várias profissões e Núcleo de Competência entendido como saberes e responsabilidades específicos a cada profissão (FERNANDES; RIBEIRO, 2016) e é na dinâmica de trabalho que os saberes e práticas do campo devem somar-se aos conhecimentos e técnicas de cada profissão.

Ainda segundo as autoras supracitadas, as ações desenvolvidas por essas equipes precisam estar norteadas pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como: trabalho em rede, território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, autonomia e participação social. Envolvem o acompanhamento dos Projetos Terapêuticos Singulares²³, a

²³ O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como

constituição de vínculos, o acolhimento, o encaminhamento responsável, a corresponsabilidade, todas orientadas pela noção de Clínica Ampliada.

O conceito de Clínica Ampliada é fundamental para a compreensão daquilo que nutre a proposta de cuidado interdisciplinar e integral na Saúde Mental. Essa noção desloca o olhar da doença para um compromisso radical com o sujeito e seu contexto de vida, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre os processos saúde-doença por meio do trabalho coletivo, multiprofissional. A clínica Ampliada assim também conduz a uma postura de corresponsabilidade, por parte dos profissionais do serviço, sobre a saúde dos usuários, contemplando ações e relações de escuta, acolhimento, vínculo e afeto. (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p. 58).

Portanto, a transformação do paradigma do cuidado no campo da saúde mental reconhece a necessidade de ir além da intervenção biomédica, requer o uso de novas “tecnologias de cuidado” que possibilitem atender as demandas dos usuários na sua integralidade. Para isso, é fundamental que haja o envolvimento e a articulação entre os diversos setores e políticas sociais, pois apenas as áreas da saúde e saúde mental não são suficientes para dar conta da complexidade da dimensão ética, política, social e cultural da vida desses sujeitos.

É nesta direção que as ações intersetoriais buscam estabelecer parcerias e cooperações entre os atores sociais e os serviços visando construir esse cuidado integral. Na saúde mental, segundo Fernandes e Ribeiro (2016, p. 64), a aposta institucional no trabalho intersetorial “[...] revelou-se fundamental para a diminuição do estigma da loucura, o reconhecimento dos direitos e deveres dos usuários, bem como o fomento a uma cultura de atenção psicossocial de construção coletiva”.

Conforme Rabelo (2011), para construir uma rede de atenção às pessoas em sofrimento mental e potencializar o trabalho realizado pelas equipes de saúde na perspectiva do cuidado e da reabilitação psicossocial todos os recursos devem ser estimulados, sejam eles afetivos, sociais, econômicos, culturais, religiosos ou de lazer. Nesse sentido, os CAPS são responsáveis por articular as várias redes disponíveis no território visando promover a autonomia e (re)inserção social dos usuários. Para a autora, a intersetorialidade se configura como uma estratégia para que a política de saúde mental “[...] cumpra os seus princípios e objetivos, abandone a ideia setORIZADA e partir para a articulação com outras políticas públicas criando

forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007).

vínculos com a sociedade para complementar ou ampliar os recursos existentes” (RABELO, 2011, p. 10).

Seguindo por essa mesma linha de pensamento, Amarante (2008) defende que o papel do CAPS é justamente possibilitar a articulação para um trabalho em rede, não apenas entre si, mas incluindo os demais serviços de saúde e, principalmente, outros setores e serviços não-sanitários de forma intersetorial. Desse modo, o trabalho em rede pode proporcionar, no âmbito das políticas públicas, um espaço de convívio entre as pessoas, de superação do preconceito relacionado com a loucura e de produção de novos saberes e práticas.

A operacionalização da intersetorialidade por meio do trabalho em rede, segundo Bourguignon (2001), está relacionada com a construção de redes intersetoriais, principalmente no âmbito municipal para dar direcionamento as políticas públicas setoriais. Ao analisar a intersetorialidade e o trabalho em rede na saúde mental, Dimenstein e Liberato (2009) afirmam que quando se restringe a desinstitucionalização e o cuidado em saúde mental aos serviços de saúde, está se trabalhando em uma concepção muito limitada de rede, além de estreitar o circuito do usuário e criar poucas possibilidades de reinserção social. Quando o trabalhador consegue articular uma rede comunitária de cuidados e conectar-se a outros espaços da cidade está, de fato, efetivando os princípios da reforma psiquiátrica.

Criar estratégias de articulação no território em conjunto com outros dispositivos de cuidado se mostra uma importante e potente ferramenta, principalmente em um contexto de setorização e fragmentação das políticas sociais. Através do Apoio Matricial, por exemplo, a equipe multiprofissional do CAPS pode compartilhar situações específicas, ofertar ou receber suporte assistencial e técnico-pedagógico. Esse tipo de arranjo pode se “[...] constituir em promotor de transformação de processos de trabalho e horizontalização do poder no âmbito do trabalho em rede”. (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, 56).

Assim, analisa-se que para construir um plano de cuidado em saúde mental a partir de um Projeto Terapêutico Singular que contemple as reais necessidades dos usuários e de seus familiares, a equipe multiprofissional além de fazer uso dos seus conhecimentos de núcleo e de campo deve acionar, sempre que possível, outros programas, políticas e setores. Contudo, entende-se que esse processo requer mais do que a vontade dos trabalhadores, faz-se necessário que haja, de fato, uma rede diversificada no território que dê suporte a essas demandas.

Ademais, a falta de programas e equipamentos sociais que dêem retaguarda às demandas do CAPS, bem como a falta de articulação entre os serviços de saúde e sociais podem gerar longas filas de espera e a cronificação e dependência dos usuários nesses serviços, pois muitas vezes esses usuários continuam frequentando os dispositivos da rede de saúde mental quando na verdade suas necessidades são de outra ordem:

A cronificação provocada pela falta de articulação de diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais produz efeitos danosos, tais como a sobrecarga dos operadores de saúde, a burocratização das práticas e o fomento de uma rede que, ao invés de ser acentrada, com múltiplas conexões, como em um modelo rizomático (Deleuze & Guattari, 1995), apresenta-se muito mais como um circuito que se retroalimenta (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001), causando a estagnação dos fluxos de experimentação e a reprodução de modos de relação homogêneos. Assim, ao contrário dos princípios de desmanicomialização, vão construindo-se outras segmentações que apartam, ou pelo menos, dificultam, os encontros com a diferença. (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p. 8).

Assim, entende-se ser necessário que a atenção em saúde mental seja intersetorial, que articule outras áreas como a habitação, assistência social, educação, cultura, lazer e esporte, que a ampliação da rede substitutiva também contemple os componentes de reabilitação e reinserção social e que os profissionais de saúde insiram em seus processos de trabalho as ações intersetoriais.

Entre os profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais existentes nos diversos serviços de saúde mental, o assistente social trabalha diretamente com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, atuando frente às expressões da “questão social” que atingem as pessoas em sofrimento mental e suas famílias (VASCONCELOS, 2010; BISNETO, 2011; ROSA, 2016; FERNANDES; RIBEIRO, 2016).

Diante dessa realidade, o assistente social tem utilizado a intersetorialidade como uma estratégia em sua atuação profissional, bem como tem produzido conhecimentos e experiências de inserção no campo da saúde mental em que incorpora a intersetorialidade, a partir de diferentes perspectivas, mas com centralidade da perspectiva crítica.

No próximo capítulo, abordar-se-á como se dá o processo de inserção do Serviço Social no campo da saúde mental, o trabalho desenvolvido nesse espaço de atuação e a vinculação da profissão com a intersetorialidade, buscando analisar de que forma esse recurso contribui com a inserção nesse espaço sócio-ocupacional e quais são os desafios existentes para incorporá-lo nas suas práticas. Após esse primeiro momento, apresentam-se os resultados da pesquisa e a síntese integradora dos trabalhos analisados a partir da pesquisa bibliográfica sistemática.

CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DOS TRABALHOS PUBLICADOS NO CBAS DE 2001 A 2016

Nos capítulos anteriores foram apresentadas fundamentações teóricas sobre a intersectorialidade e sua relação com o campo da saúde e saúde mental.

Com o intuito de dar continuidade às reflexões relacionadas ao objeto de investigação deste estudo, dirigido a “analisar o debate do Serviço Social sobre a intersectorialidade no campo da saúde mental”, este capítulo apresenta inicialmente uma contextualização acerca da inserção de assistentes sociais no âmbito da saúde mental, o trabalho desenvolvido nesse espaço de atuação, bem como a vinculação da profissão com a intersectorialidade.

Após essa contextualização, apresenta-se uma síntese integradora dos trabalhos publicados no CBAS no período de 2001 a 2016. Para esta etapa, no primeiro momento, será descrito o percurso metodológico adotado nesta pesquisa, bem como os achados a partir dos artigos selecionados e incluídos. Posteriormente, serão analisadas as sínteses integradoras com base nos objetivos geral e específicos, levando em consideração os pressupostos teóricos apresentados na revisão narrativa.

3.1 A intersectorialidade na atuação de assistentes sociais na saúde mental

A saúde mental se configura como um espaço de prática profissional de assistentes sociais que atuam intervindo nas expressões da “questão social” que atingem as pessoas em sofrimento mental e suas famílias. Autores como Vasconcelos (2010), Bisneto (2011) e Rosa (2016) registram o início da inserção da profissão na assistência psiquiátrica no Brasil na década de 1940, fruto da chegada dos primeiros assistentes sociais ao mercado de trabalho e do aumento do investimento em políticas sociais pelo Estado.

Inicialmente, essa inserção se dá nas “portas de entrada e saída” (VASCONCELOS, 2010) dos hospitais psiquiátricos para desempenhar funções voltadas para a assistência social. Esses profissionais trabalhavam de forma

subordinada aos médicos, desenvolvendo ações pontuais, com forte caráter conservador, burocrático e assistencialista:

[...] tendiam a constituir pequenas equipes uniprofissionais situadas na “porta de entrada e saída” dos hospitais, funcionando de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção da instituição, atendendo prioritariamente as suas demandas por levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes e/ou de contatos com os familiares para preparação para alta, de confecção de atestados sociais e de realização de encaminhamentos [...]. (VASCONCELOS, 2010, p.189).

Ou seja, as ações profissionais tanto estavam em sintonia com o modelo psiquiátrico vigente, manicomial, que não tinha interesse em questionar as bases de um cuidado médico centrado, como também estavam em consonância ao modelo de prática profissional desenvolvido pelos assistentes sociais nesse período, caracterizado pelo Serviço Social conservador, cujo trabalho, segundo Netto (2001), era marcadamente conservador, moralizante, psicologizando as relações sociais, culpabilizando os sujeitos e adaptando-os à ordem hegemônica.

Posteriormente, a partir dos anos 1964, o processo de “modernização conservadora” que se instala durante os períodos da ditadura militar leva a uma expansão na rede dos hospitais e clínicas psiquiátricas privadas pagas pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), com isso aumenta-se a quantidade de vagas nesses locais de internação e por exigência do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), em 1970, amplia-se também a contratação de assistentes sociais nos serviços de assistência psiquiátrica (BISNETO, 2011).

Nesse sentido, são chamados para atuar na administração dos conflitos em prol do regime autocrático vigente. Esse modelo de atuação está em conformidade com a “perspectiva modernizadora”²⁴, segundo a qual a profissão busca uma maior tecnificação, compatível com o desenvolvimento capitalista:

²⁴ As três perspectivas de renovação do Serviço Social apresentadas por Netto (2005) são: “Perspectiva Modernizadora” que tem como objetivo adequar a prática profissional dos assistentes sociais às demandas oriundas do processo autocrático da ditadura militar; “Reatualização do Conservadorismo” que representa a ruptura e continuidade com o passado pois buscava atender as novas exigências do mercado a partir do aperfeiçoamento de antigas práticas, tem como maior referência o pensamento fenomenológico; e a terceira perspectiva é a “Intenção de Ruptura” que pretendia romper com as bases conservadoras historicamente presentes na profissão recorrendo à teoria social de Marx, contudo de forma ainda superficial.

A atualização da herança conservadora aparece de forma mais destacada no “pós-64”, e informa as respostas dadas por parcela majoritária da categoria profissional às novas demandas que lhe são apresentadas no capitalismo monopolista. Essa atualização se manifesta em mudanças no discurso, nos métodos de ação e no projeto de prática profissional diante das novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, para atender às exigências da política de desenvolvimento com segurança. (IAMAMOTO, 2004, p. 32).

Acompanha esse processo uma indefinição teórica no currículo da profissão, dificultando o trabalho frente às expressões da “questão social” em um campo de forte tendência subjetivista como a saúde mental. Vasconcelos (2010) aponta como nas décadas de 1970 e 1980 ocorre dentro do Serviço Social na saúde mental uma influência de correntes ligadas à psiquiatria preventiva norte-americana e de terapias de família de inspiração sistêmica, podendo-se verificar:

- 1) A consolidação do “Serviço Social psiquiátrico” que combinava a tradição do Serviço Social clínico, do modelo de “porta de entrada e saída”, com a influência da psiquiatria social;
- 2) O desenvolvimento heterogêneo de práticas ambulatoriais, através de atendimentos a grupos de familiares sob supervisão de psicólogos e psiquiatras; e práticas de reabilitação social através de oficinas expressivas e de atividades laborativas.

Contudo, essas influências perdem espaço dentro da profissão durante o processo de renovação, que culmina com a perspectiva de ruptura com o conservadorismo denominado por Netto (1991) de “intenção de ruptura”. Esse processo é possível devido ao movimento que havia no interior da profissão que questiona o conservadorismo até então hegemônico e da aproximação da categoria com os movimentos sociais e de trabalhadores. O contexto de efervescência política, de redemocratização da sociedade e de aproximação com a obra crítica de Marx no contexto da universidade propicia a ruptura com as bases conservadoras historicamente presentes (humanismo cristão, positivismo, fenomenologia) e a construção de um Projeto Ético-político Profissional (PEPP) ancorado na perspectiva crítica de base marxista, por meio da qual a categoria reconhece as contradições presentes na sociedade capitalista e se coloca a serviço do projeto da classe trabalhadora.

A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimação da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. (IAMAMOTO, 2004, p. 37).

Essas mudanças possibilitam o desenvolvimento de um trabalho mais crítico e capaz de fazer as mediações necessárias. No entanto, a perspectiva crítica, apesar de hegemônica, não exclui a existência de projetos profissionais distintos dentro da categoria. Assim, levando em conta esses elementos, pode-se considerar que o atual PEPP está em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, os quais, a partir da mudança de paradigma, pauta valores como o cuidado da pessoa com transtorno mental em liberdade e luta pela garantia dos seus direitos, por cidadania, autonomia, equidade e justiça social e também no que se refere a uma história de renovação e ruptura com o tradicionalismo nesses movimentos.

No campo da saúde mental, com a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos serviços substitutivos, há um aumento na contratação de assistentes sociais para atuar principalmente nos CAPS, trabalhando com as múltiplas expressões da “questão social” e com a defesa da cidadania e dos direitos das pessoas em sofrimento mental, conforme aponta Bisneto (2011):

Os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, têm requerido um maior número de profissionais de Serviço Social em relação aos serviços de internações, o que tem ampliado a contratação de assistentes sociais desde o ano de 1990 na saúde mental se assimilando a “onda” de contratação produzida nos anos 1970 com a resolução do INPS. O movimento de Reforma Sanitária, que se deu paralelamente ao movimento de Reforma Psiquiátrica também levou a uma ampliação no número de assistentes sociais no campo da saúde. (BISNETO, p. 38, 2011)

Mais atualmente, com o avanço do projeto neoliberal, o exercício profissional do assistente social tem enfrentado desafios no tocante à falta de condições objetivas e subjetivas, como baixos salários, sucateamento dos serviços, contratos de trabalho precários e falta de formação profissional, o que implica na dificuldade em construir e concretizar políticas universais e que visem a defesa de direitos sociais e o cuidado dos usuários na sua integralidade (BRAVO; MATOS, 2009).

Iamamoto (2009) reconhece que as atividades profissionais dos assistentes sociais estão situadas em um terreno de disputas entre os interesses dos organismos empregadores e as demandas e necessidades dos usuários, portanto é necessário “[...] reconhecer as forças sociais que o polarizam” (IAMAMOTO, 2009, p. 182). Para a autora, os organismos empregadores detêm poder para normatizar as atribuições e competências requeridas dos seus funcionários e definir as relações e condições de trabalho, que incidem no conteúdo e resultados do processo de cuidado.

Bravo e Matos (2009) apontam que os dois projetos em disputa na saúde, quais sejam, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentam diferentes demandas para o assistente social:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Entretanto, segundo Iamamoto (2009, p. 182), o que define a escolha das estratégias acionadas, a qualidade e os resultados dos serviços prestados é o perfil do profissional, a “[...] apropriação teórico-metodológica para leitura dos processos sociais, princípios éticos, a clareza quanto às competências, atribuições e o domínio de habilidades adequadas ao trabalho concreto realizado”.

Especificamente, no que concerne ao campo da saúde mental, vale lembrar que apesar do avanço em relação ao cuidado da pessoa em sofrimento mental, com a expansão da RAPS em substituição aos antigos manicômios e do reconhecimento da importância do cuidado de forma integral, bem como dos determinantes sociais em saúde, ainda impera nesses serviços uma hegemonia dos saberes *Psís* (psicologia, psiquiatria, psicanálise), o que pode levar os assistentes sociais a exercerem suas funções na saúde mental (espaço esse já marcado por uma trajetória historicamente conservadora) de forma distorcida. Portanto, faz-se

necessário que o assistente social tenha clareza das suas atribuições e do seu objeto de intervenção, que são as expressões da “questão social”, trabalhando com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica sem, no entanto, desconsiderar as particularidades em relação ao sofrimento mental (ROBAÍNA, 2010).

Além disso, cabe sublinhar que essa tem sido uma tendência das políticas sociais em tempos de reestruturação produtiva, distorce-se as dimensões objetivas e sociais para uma dimensão subjetiva e de culpabilização dos sujeitos. Na saúde mental não é diferente, cada vez mais torna-se difícil realizar um trabalho comprometido com a integralidade dos usuários, sendo o foco das equipes a reabilitação psicológica.

Devido a esse cenário minado por ideias “pós-modernas”²⁵, no intuito de fortalecer a ideologia do capital, muitos profissionais podem assumir práticas conservadoras e baseadas em terapias familiares e sistêmicas. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em resposta ao debate em torno de práticas terapêuticas e o Projeto Ético-político, publicou em março de 2010 a Resolução n. 569 vetando essas práticas, como mostram os artigos abaixo:

Art. 1º. A realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social.

Art. 2º. Para fins dessa Resolução consideram-se como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias:

- a. Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas;
- b. Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique.

Art. 3º. Fica vedado ao Assistente Social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades definidas no artigo 2º desta Resolução.

(CFESS, 2010, p. 1)

²⁵ A ideia de Pós-modernidade está relacionada com as transformações na sociabilidade burguesa capitalista após a década de 1970 que colocaram à prova o paradigma da Racionalidade e com a instauração da sociedade pós-moderna, onde a razão moderna perde espaço para a subjetividade, para o efêmero e a relativização metodológica (GALDINO, 2016). Para um maior aprofundamento sobre pós-modernidade consultar os trabalhos de Jameson (2007), Eagleton (1998) e Harvey (2014).

Contudo, segundo Rosa (2016) ainda há profissionais que enveredam por essa direção por considerar que a teoria crítica dialética não dá respostas as questões de ordem subjetivas.

Oliveira *et al* (2012, p. 25) chamam a atenção para essas práticas denominadas de “Serviço Social Clínico” que “utilizam de concepções teórico-metodológicas voltadas aos segmentos da psicanálise junto ao indivíduo”, pois para os autores:

A utilização das “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico” traz implicações para a efetivação do projeto ético-político profissional, pois aqueles profissionais que se utilizam destas “práticas” em seu espaço sócio ocupacional desconsideram a perspectiva da totalidade, remetendo apenas a uma análise individual baseada no fenômeno aparente, fortalecendo ainda mais a lógica do capital, sob forte influência das ideias “pós-modernas”. (OLIVEIRA *et al.*, 2012, p. 25).

Ademais, os autores supracitados refutam argumentos que justificam a utilização de tais técnicas com base em um pluralismo que garantiria a existência de diferentes perspectivas teóricas, mostrando que na verdade o pluralismo defendido pela categoria e pautado no seu atual código de Ética de 1993 deve estar atrelado à perspectiva histórico-crítica.

Em relação a essa questão, Robaína (2010) aponta duas vertentes de atuação do assistente social na saúde mental: a primeira se identifica mais com a atividade “clínica”, onde o profissional se subordina aos saberes *psi*, traindo o mandato social da profissão e o PEPP; e a segunda vertente que atua na saúde mental interdisciplinarmente, porém de forma que preserva a identidade profissional.

Segundo Fernandes e Ribeiro (2016), o assistente social na saúde mental está desafiado a trabalhar com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, intervindo sobre as expressões da “questão social” e contribuindo para a inserção social, defesa dos direitos e cidadania das pessoas em sofrimento mental. As autoras apontam ainda que a atuação desse profissional no CAPS se divide em atividades de campo e atividades de núcleo, sendo as atividades de campo os “saberes e responsabilidades comuns a todas as profissões” e as de núcleo “as atividades de competência exclusiva de cada profissão”, ambas orientadas pela noção de clínica ampliada (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p. 56).

Dentre as atividades de campo, destacam-se a função de técnico de referência, de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a função de plantonista. Já em relação às atividades de núcleo, apontam como principais ações a viabilização de direitos sociais e ações de proteção social, bem como o fomento à participação social dos usuários e a articulação intersetorial (*Id. Ibid.*). Em relação às ações interssetoriais, estas consistem no “[...] estabelecimento de espaços de discussão e articulação com instituições ligadas as áreas mais diretamente envolvidas com a proteção social e direitos humanos, próximas ao campo tradicional de atuação do serviço social” (*Id. Ibid.*, p. 63).

Para Cavalcanti e França (2013), a atuação dos assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais da saúde, entre eles os espaços da saúde mental, requisita a materialização de arranjos interssetoriais para atender as demandas dos usuários na sua integralidade. Para as autoras, a articulação com outros setores é fundamental para respaldar a intervenção profissional do assistente social.

No campo da saúde mental a interssetorialidade tem relação com a mudança no paradigma do cuidado, a partir do MRPB. Nesse contexto, observa-se que a política da saúde mental passa a ser estruturada com base na lógica da interssetorialidade, seja na legislação, com a instituição da Lei 10.216/2001, seja nos mecanismos de controle social, como foi o caso da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, que tem como eixo norteador a proposta da interssetorialidade, seja na organização da rede de cuidado com a instituição da RAPS.

No bojo dessas mudanças e com a abertura de CAPS em todo o território nacional, os assistentes sociais são requisitados para compor as equipes multiprofissionais a partir desse novo modelo assistencial, no território, entendendo a saúde como direito social e afirmando a necessidade de atender as demandas dos usuários na sua integralidade. Dessa forma, percebe-se a vinculação dos assistentes sociais com a interssetorialidade, na medida em que estes estão inseridos nas diversas políticas sociais e atuam diretamente com as expressões da “questão social”, na tentativa de responder a essas demandas a partir de uma perspectiva de totalidade. Por fim, a interssetorialidade está vinculada ao exercício profissional do assistente social, sendo considerada uma estratégia que está inserida na rotina do fazer profissional do assistente social na saúde.

3.2 Percurso metodológico da pesquisa bibliográfica sistemática

A ciência tem como objetivo fundamental conhecer a verdade dos fatos, neste sentido “[...] não se distingue de outras formas de conhecimento. O que torna, porém, o conhecimento científico distinto dos demais é que tem como característica fundamental a sua verificabilidade” (GIL, 2008, p. 8). Outrossim, para que um conhecimento seja considerado científico, é necessário que o pesquisador consiga identificar as técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método que o possibilitou chegar a esse conhecimento para que outros pesquisadores possam refazer seu percurso (GIL, 2008).

Portanto, “[...] é o método que faz com que o pesquisador consiga atingir seus objetivos” (DEMO, 1985, p. 20), conduzindo o pesquisador à identificação do problema de pesquisa, bem como à melhor forma de abordagem durante o desenvolvimento do estudo, sendo também responsável pela transparência e credibilidade.

No que diz respeito à metodologia utilizada no presente trabalho, foram adotadas técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa, a partir de uma abordagem dialética e ancorada na concepção de ciência como categoria histórica, em conformidade com a perspectiva histórico-crítica do método dialético marxista que direciona o presente estudo.

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo [...]. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas, ou teóricas construídas sobre o objeto em questão. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 40).

Comumente empregado em pesquisas qualitativas, é um método de interpretação dinâmica e totalizante da realidade, pois entende que os fatos não podem ser considerados fora do contexto social, político, econômico etc. A escolha do método crítico dialético se justifica por considerá-lo capaz de apreender o real nas suas múltiplas determinações, abstraindo do todo caótico a sua verdadeira essência, e dessa forma apreendendo as contradições presentes na dinâmica social (KOSIK, 2002).

Deste modo, como afirma Kosik (2002, p. 20), “[...] por trás da aparência externa do fenômeno se desvenda a lei do fenômeno; por trás do movimento visível, o movimento real interno; por trás do fenômeno, a essência”.

Em relação aos objetivos desta pesquisa, estes são de cunho exploratório-descritivo, buscando a ampliação do conhecimento e o entendimento do tema proposto, e quanto aos procedimentos técnicos, estão centrados em uma pesquisa bibliográfica.

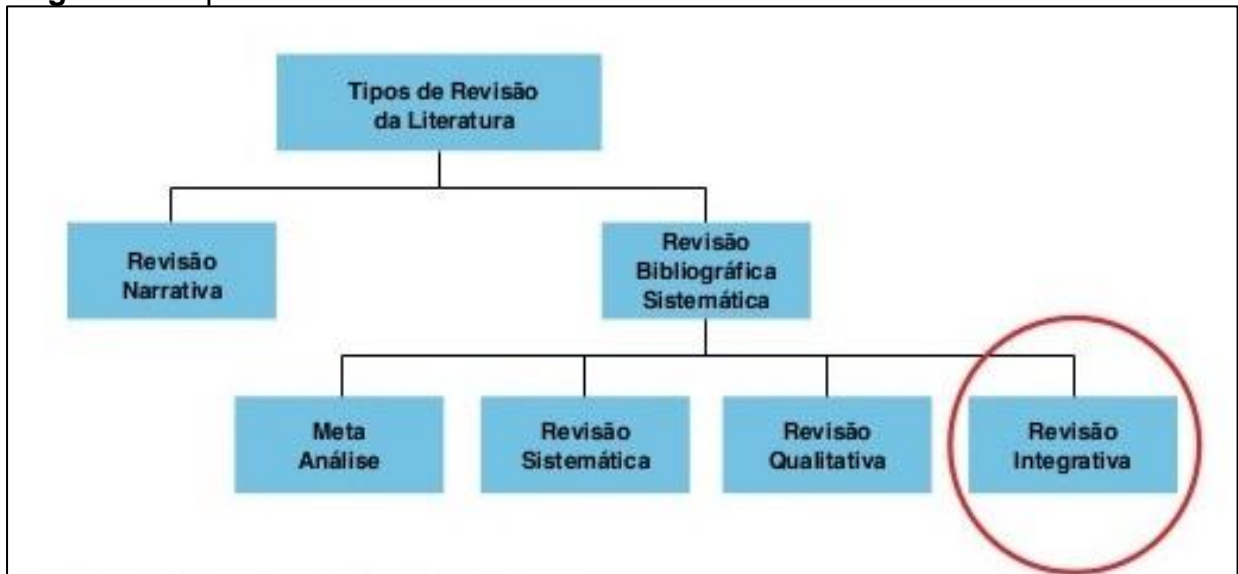
Considera-se que a pesquisa tem um papel fundamental para o conhecimento da realidade, e como tal não está desvinculada do desenvolvimento da sociedade e de seus determinantes sócio-históricos (GALDINO, 2016). Assim, na atualidade a produção de conhecimento tem sofrido os rebatimentos dos processos de globalização e mercantilização, passando a funcionar a partir de uma lógica aligeirada de produtividade, impactando sobremaneira na qualidade dos trabalhos produzidos, principalmente no que tange aos critérios metodológicos.

Em relação à pesquisa bibliográfica, nota-se que há uma certa dificuldade por parte dos pesquisadores em distinguir esse tipo de pesquisa da revisão de literatura. Para Lima e Mioto (2007) a revisão de literatura é apenas uma etapa de toda pesquisa e se apresenta como um importante passo na construção do conhecimento, envolvendo a organização e a discussão de um assunto de pesquisa. Já a pesquisa bibliográfica “[...] implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38).

Dentro da pesquisa bibliográfica, a revisão de literatura pode seguir o modelo tradicional (revisão narrativa) ou o modelo baseado em técnicas (revisão bibliográfica sistemática). A revisão bibliográfica sistemática pode ser entendida enquanto uma síntese de estudos primários, que contenham objetos, materiais e métodos claramente explícitos, e que, sobretudo, sejam conduzidos de maneira passíveis de serem reproduzidas por outros pesquisadores (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A revisão bibliográfica sistemática se divide em quatro tipos: Meta-análise, Revisão sistemática, Revisão Qualitativa e Revisão Integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011), como mostra a figura abaixo:

Figura 1 – Tipos de Revisão da Literatura

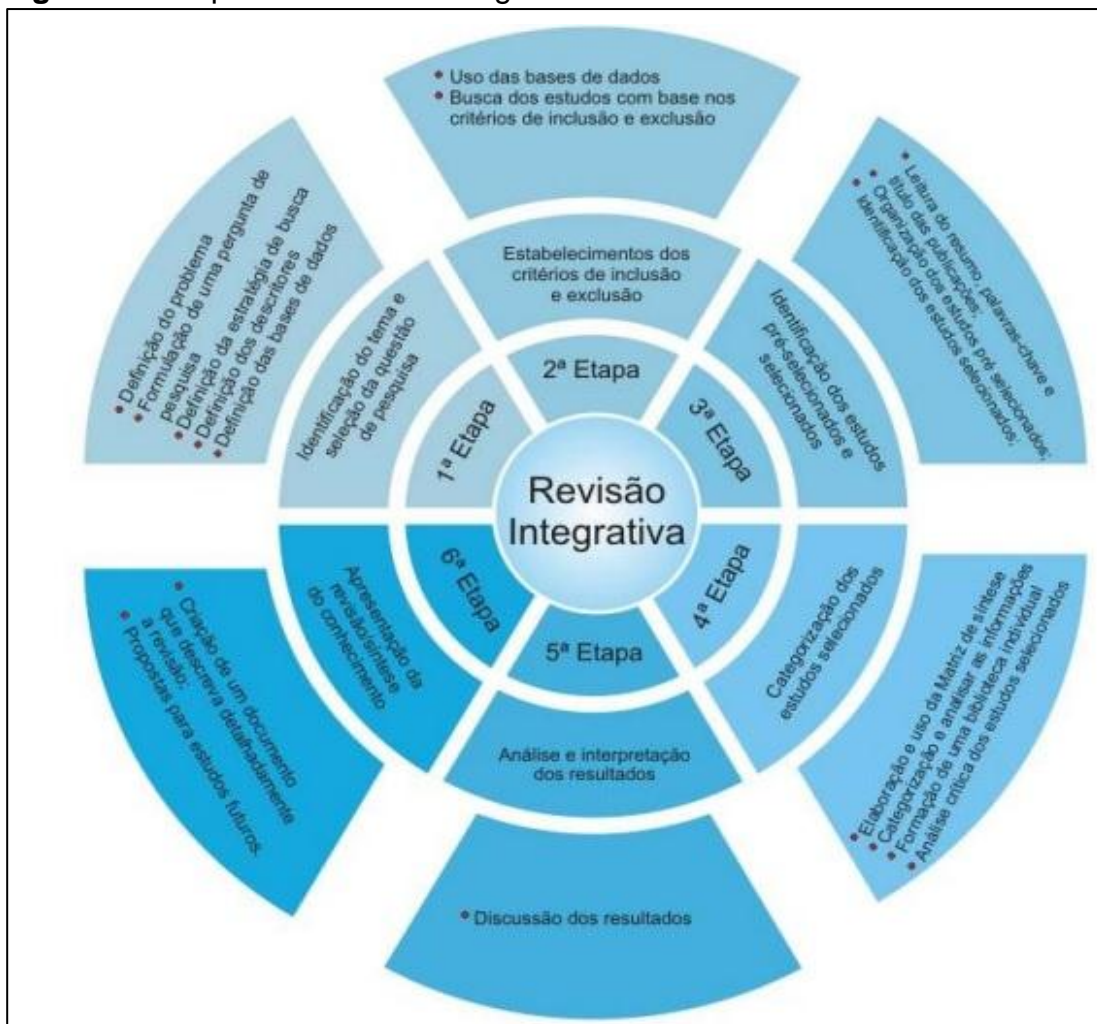


Fonte: WHITEMORE; KNAFL, 2005. Adaptado por BOTELHO; CUNHA; MACEDO (2011, p. 125).

Para o presente estudo, adota-se a revisão bibliográfica sistemática do tipo integrativa, por possibilitar compreender de forma mais abrangente um fenômeno particular. De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), a pesquisa bibliográfica sistemática do tipo integrativa tem o objetivo de realizar uma síntese e análise do conhecimento científico já produzido em estudos anteriores acerca de um determinado tema e contribuir para o desenvolvimento de novas teorias. Assim, segundo os autores, para que a revisão integrativa seja considerada relevante, é necessário que as etapas sejam claramente definidas e descritas.

A seguir está apresentado o modelo das etapas do método da revisão integrativa, segundo os autores supracitados:

Figura 2 – Etapas da Revisão Integrativa



Fonte: Botelho; Cunha e Macedo (2011, p.129).

Para atingir os objetivos estabelecidos, a principal técnica utilizada na pesquisa bibliográfica é a leitura sucessiva do material, sendo dividida em cinco etapas, como apontado por Lima e Mioto (2007):

- 1) A leitura de reconhecimento do material bibliográfico: leitura rápida com o objetivo de localizar e selecionar de acordo com o tema;
- 2) Leitura exploratória: leitura também rápida e momento que tem o objetivo de verificar se o material tem relação com a pesquisa e com os objetivos propostos;
- 3) Leitura seletiva: momento de selecionar os estudos que de fato têm relevância com a pesquisa e se relacionam com os objetivos;
- 4) Leitura reflexiva ou crítica: momento de leitura crítica dos textos incluídos definitivamente na pesquisa e de entender o ponto de vista dos autores;

- 5) Leitura interpretativa: tem como objetivo relacionar as ideias do autor das obras selecionadas com o problema que se deseja solucionar a partir do propósito do pesquisador.

À revisão bibliográfica sistemática soma-se a revisão narrativa que tem como objetivo a construção do referencial teórico da pesquisa, cujo percurso metodológico traçado, correspondente às etapas da revisão integrativa sugerida pelos referidos autores (conforme Figura 2) é descrito a seguir.

O referido estudo está voltado a investigar o debate do Serviço Social sobre a intersetorialidade no campo da saúde mental. Desta feita, tem como pergunta norteadora: Quais as ressonâncias da intersetorialidade no debate do Serviço Social no campo da saúde mental?

Após definidos o problema e pergunta de pesquisa, deu-se início ao procedimento de coleta de dados. De acordo com Lima e Mito (2007), a coleta de dados é iniciada com a adoção de critérios que delimitam o universo do estudo, isso requer que sejam definidos o parâmetro temático, parâmetro linguístico, principais fontes e o parâmetro cronológico. Desse modo, foram elencados como “parâmetro temático” Serviço Social, saúde mental, intersetorialidade, cujo “parâmetro linguístico” foi o português brasileiro.

Em relação aos critérios de exclusão, foram excluídos estudos que embora estejam relacionados ao Serviço Social e à intersetorialidade, tratem de outros campos de inserção profissional, como por exemplo: assistência social, educação, previdência social, criança e adolescente, sócio-jurídico, habitação, e não especificamente da saúde mental, embora tais políticas possam estar presentes na discussão enquanto políticas que serão articuladas com a saúde mental.

Como critérios de inclusão, foram incluídas as produções voltadas para o Serviço Social e a intersetorialidade no âmbito da saúde mental, e que consideravam os seguintes aspectos: compreensões sobre a intersetorialidade; experiências dos assistentes sociais com a intersetorialidade; desafios dos assistentes sociais na construção de ações intersetoriais.

Em relação às “principais fontes”, a pesquisa bibliográfica tomou por base os Anais do CBAS por considerá-lo um evento importante da categoria, reunindo um grande número de profissionais, reflexões teóricas e experiências de exercício profissional em diversas áreas de atuação.

Por sua vez, em alusão ao “parâmetro cronológico”, foram selecionadas as obras relativas ao período de 2001, marco da instituição da legislação em saúde mental no Brasil a 2016, último CBAS realizado até o momento e ano em que a profissão do Serviço Social completou 80 anos de existência no Brasil.

As bases de dados escolhidas foram os Anais do 10º ao 15º CBAS, a partir dos artigos publicados nas modalidades de comunicação oral e pôster, cujo material encontra-se disponibilizado em CD-ROM. Para busca dos artigos foram utilizados descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponibilizados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Desse modo, para este estudo foram utilizados os seguintes descritores e seus correlatos:

Quadro 2 - Descritores utilizados na coleta de dados da pesquisa

Descritor	Correlato 1	Correlato 2
Saúde Mental	Reforma Psiquiátrica	Atenção Psicossocial
Saúde Mental e Intersetorialidade		
Intersetorialidade	Intersetorial (is)	
Intersetorialidade e Saúde		

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

Optou-se também pelo uso de descritores combinados saúde mental e intersectorialidade e intersectorialidade e saúde afim de identificar uma produção específica da intersectorialidade no campo da saúde mental.

Assim, iniciou-se durante o período de junho a agosto de 2018 a coleta de dados a partir do acesso aos Anais do 10º ao 15º CBAS, norteadas inicialmente pelos parâmetros definidos e descritos anteriormente (parâmetro temático, parâmetro linguístico, principais fontes e o parâmetro cronológico) e depois pelo objeto de estudo, seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão.

É oportuno destacar que os Anais de alguns eventos não apresentam opções de busca por descritores ou palavras-chave, dessa forma, nesses casos a primeira etapa de coleta foi realizada através da leitura dos títulos dos artigos. Os artigos do CBAS de 2001, 2004 e 2007 foram coletados pela leitura dos títulos, seguidas dos resumos e palavras-chave e os do CBAS de 2013 e 2016 pela busca no campo “pesquisa refinada” dos descritores selecionados e seus correlatos.

Abaixo segue um quadro com o universo de artigos por CBAS e o quantitativo de estudos selecionados a partir da “leitura de reconhecimento do material bibliográfico” e da “leitura exploratória”.

Quadro 3 – Universo de artigos e estudos selecionados por CBAS

Etapa	CBAS 2001	CBAS 2004	CBAS 2007	CBAS 2010	CBAS 2013	CBAS 2016	Total
Universo	784	983	874	1.132	1.120	1.427	6.320
Selecionados	11	30	20	18	35	34	148

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

A partir do número do universo de trabalhos, fica evidente a importância do evento para a divulgação da produção científica e técnica da categoria. Registra-se também que há um crescimento da produção dos assistentes sociais ao longo das edições do CBAS. Esse dado revela que a categoria tem produzido conhecimento e buscado refletir sobre a realidade e as demandas cotidianas no seu exercício profissional fazendo a mediação com o conhecimento teórico.

Desse universo de um total de 6.320 (seis mil trezentos e vinte) artigos, foram selecionados 148 (cento e quarenta e oito) artigos que atenderam aos parâmetros de busca/seleção utilizados. Após a seleção desses artigos foi realizada a “leitura seletiva” com o objetivo de incluir apenas os estudos que, de fato, tivessem conjunção com a pesquisa e com os objetivos propostos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 4 – Artigos incluídos por CBAS

Etapa	CBAS 2001	CBAS 2004	CBAS 2007	CBAS 2010	CBAS 2013	CBAS 2016	Total
Selecionados	11	30	20	18	35	34	148
Excluídos	9	24	16	12	24	26	111
Incluídos	2	6	4	6	11	8	37

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

Assim, foram incluídos um quantitativo de trinta e sete (37) artigos para a “leitura reflexiva e interpretativa”, que segundo Lima e Miotto (2007, p.41) 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 contribuir com a “investigação das soluções” foi utilizado um instrumento ou o “roteiro de leitura” (Ver apêndice), com o objetivo de sistematizar os estudos a partir de tópicos como: referência da obra, caracterização da obra e contribuição da obra para a pesquisa, nesse momento foram registradas as reflexões e análises possibilitadas pelas leituras dos artigos.

Encerradas estas fases, foi desenvolvida a análise explicativa que buscou vincular as categorias conceituais às principais afirmações dos autores e, por fim, proceder à **síntese integradora** que “[...] consiste na fase de reflexão e de proposição de soluções, baseada no material de estudo que compôs a pesquisa.” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 43).

3.3 Tendências temáticas da produção do CBAS com os artigos selecionados

Como dito anteriormente, essa pesquisa buscou articular a análise qualitativa à quantitativa, posto que objetiva-se traduzir em números as informações analisadas e descrever por meio textual as características e informações relevantes do estudo (CUNHA; CUNHA; ALVES, 2014). Também pretendeu-se elaborar um panorama dos artigos selecionados na pesquisa visando identificar as tendências temáticas incidentes no Serviço Social relacionadas ao campo da saúde mental e intersetorialidade.

A seguir apresentar-se-á os achados da pesquisa a partir da análise dos artigos selecionados, buscando demonstrar a evidência da temática da intersetorialidade e saúde mental nos trabalhos do CBAS de 2001 a 2016.

Quadro 5 – Artigos selecionados por descritores

Descritores	CBAS 2001	CBAS 2004	CBAS 2007	CBAS 2010	CBAS 2013	CBAS 2016	Total
Saúde mental	11	29	17	13	20	19	110
Intersetorialidade		1	2	5	10	7	25
Saúde mental e Intersetorialidade					1	5	5
Intersetorialidade e Saúde			1		4	3	8

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

No quadro 5 é apresentada a distribuição dos artigos selecionados por descritores. Assim, é possível perceber que há um maior número de artigos relacionados ao descritor saúde mental do que à intersectorialidade. Esse dado aponta para o fato de que o campo da saúde mental historicamente se configura como um espaço de atuação do assistente social, desde sua inserção nos hospitais psiquiátricos até posteriormente nos serviços substitutivos e que esse campo tem sido problematizado pela categoria nos eventos científicos, enquanto que a intersectorialidade, por ser considerado um tema ainda em construção, tem sido pouco inserida na produção científica do Serviço Social até o momento.

Em relação ao descritor saúde mental observa-se que, de modo geral, há uma tendência relativamente crescente de produção sobre esse campo. Em 2001 todos os trabalhos selecionados tratavam deste descritor, ano em que houve a aprovação da Lei 10.216. A maior concentração, no entanto, foi nos CBAS de 2004 e 2013, períodos em que há importantes marcos no campo da saúde mental como a regulamentação dos CAPS, a partir da Portaria 336/2002, e a instituição da RAPS pela Portaria 3.088/2011 que vão ampliar os serviços de base comunitária que prestam assistência em saúde mental.

Com o descritor intersectorialidade há um debate ainda tímido, com o primeiro trabalho apenas em 2004, porém apresentando um relativo crescimento nas edições posteriores. Os dados mostram uma maior concentração de artigos nos CBAS de 2013 e 2016, refletindo possivelmente a produção teórica consistente que tem sido publicada pela categoria durante esse período, como os trabalhos de Costa (2010),

Schutz e Miotto (2010, 2011), Souza e Monnerat (2011), Bellini; Faler (2014) e Pereira (2015), conforme evidenciou o estudo levantado na revisão narrativa. Resultado semelhante também apareceu nos estudos de Carvalho (2015, 2017), onde o mesmo identificou uma considerável concentração de artigos publicados em periódicos com o termo intersectorialidade nos períodos entre 2010 e 2014.

Acerca da interface saúde mental e intersectorialidade a discussão só aparece na edição de 2013 como possível reflexo das discussões estimuladas pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)-Intersectorial realizada em 2010 e da regulamentação da RAPS em 2011. Algo parecido foi evidenciado no estudo de Carvalho (2017), no qual o autor relata que a partir de 2010 inicia-se uma discussão mais concreta em torno da instituição da RAPS, possibilitada pela IV CNSM-I, o que pode ter influenciado no surgimento de trabalhos na saúde mental contornados pela noção da intersectorialidade. Outra questão a ser considerada é o fato de a política da saúde mental ser uma política por segmento que faz parte da política estruturante da saúde, assim sendo, essa discussão pode estar diluída na área da saúde de forma mais abrangente.

Já com relação ao debate sobre intersectorialidade e saúde, apesar de já haver um certo acúmulo na produção da literatura, como demonstrado na revisão narrativa, essa discussão aparece de forma pontual na produção do CBAS ao longo das edições 2007 (1), 2013 (4) e 2016 (3). Esse descompasso existente entre a produção da literatura sobre esses temas e a produção do CBAS possivelmente indica que os trabalhos dos CBAS estavam mais dedicados a discutir questões relativas à prática profissional e à intersectorialidade em outras áreas, como por exemplo na área da assistência social, conforme os dados identificados ao longo da pesquisa.

A seguir, apresenta-se um panorama dos artigos selecionados durante o estudo exploratório. Vale destacar que dentre os artigos selecionados foram considerados apenas 37 (trinta e sete) para a síntese integradora, seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão e a relação com os objetivos da pesquisa, que serão analisados na próxima seção.

No estudo exploratório dos 148 (cento e quarenta e oito) artigos selecionados, destacaram-se os seguintes achados: diversidade de temas que versam tanto sobre o exercício profissional quanto à área de políticas sociais, por se tratar de um evento

nacional e da categoria do Serviço Social, os trabalhos analisados predominantemente são de autores do Serviço Social e de origem brasileira.

As tendências temáticas presentes nos artigos selecionados foram identificadas a partir da leitura exploratória, que segundo Lima e Miotto (2007) trata-se de uma leitura rápida e que tem o objetivo de verificar se o material tem relação com a pesquisa e com os objetivos propostos. Essas tendências podem sinalizar também quais os empreendimentos teóricos e práticos que suscitou o debate no período em destaque.

O quadro apresentado a seguir aponta as tendências temáticas identificadas nos CBAS de 2001 a 2016, de acordo com os descritores escolhidos:

Quadro 6 – Tendências temáticas dos artigos selecionados por CBAS

Ano/ Descritor	Saúde mental	Intersetorialidade	Intersetorialidade e saúde	Saúde mental e Intersetorialidade
CBAS 2001	Exercício Profissional na saúde mental; Cuidado em saúde mental; Família.			
CBAS 2004	Exercício Profissional na saúde mental; Cuidado em saúde mental; Família; Desinstitucionalização; Cidadania; Reabilitação Psicossocial.	Intersetorialidade na Política da Assistência Social.		
CBAS 2007	Exercício Profissional na saúde mental; Reforma psiquiátrica; Reabilitação Psicossocial; Política de saúde mental.	Intersetorialidade na Política da Assistência Social.	Intersetorialidade e Atenção básica.	
CBAS 2010	Exercício Profissional na saúde mental; Reforma psiquiátrica; Política de saúde mental.	Intersetorialidade na Política da Assistência.		
CBAS 2013	Exercício Profissional na saúde mental; Direitos sociais/seguridade social; Desinstitucionalização; Trabalho e adoecimento mental; Gênero.	Intersetorialidade na Política da Assistência; Criança e adolescente; Habitação.	Intersetorialidade na Política de saúde/atenção básica	Intersetorialidade e Drogas
CBAS 2016	Exercício Profissional na saúde mental; Política de saúde mental; RAPS; Drogas;	Intersetorialidade na Política da Assistência; Criança e adolescente;	Intersetorialidade na Política de saúde	Intersetorialidade na Política de saúde mental/ Drogas

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

No geral, os artigos apresentaram na sua maioria temáticas voltadas para a sistematização da prática do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais da saúde mental, temas relacionados à interface cuidado em saúde mental e família e estudos da PSM com destaque para o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial dos usuários da saúde mental.

No CBAS de 2001, todos os trabalhos foram selecionados pelo descritor saúde mental. Nesse evento foram incluídos 2 (dois) artigos, ambos os textos tratam da sistematização da prática do assistente social em serviços de saúde mental. Quanto aos excluídos, as temáticas predominantes eram relacionadas ao papel da família no cuidado da pessoa com transtorno mental, o que aponta para uma necessidade de compreender esse novo processo de cuidado que é possibilitado com as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica.

No CBAS de 2004, além das tendências temáticas observadas no evento anterior, notou-se um quantitativo de trabalhos voltados a analisar os novos serviços que passam a funcionar na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e os CAPS e também a pensar o processo de inclusão social e cidadania do usuário a partir da rede de proteção social, sendo essa a predominância dos temas dos seis artigos incluídos. Nesse evento há um trabalho com o descritor intersectorialidade, contudo, o mesmo trata da intersectorialidade na política da assistência social, justificando assim a sua exclusão da síntese integradora.

Em 2007 e 2010, as temáticas confluíram em torno da discussão da prática do assistente social nos serviços de saúde mental pós aprovação da Lei 10.216, bem como da avaliação da evolução da política e do próprio processo de desinstitucionalização no contexto político e social, contudo, também apareceram temas como o cuidado em saúde mental, família e reabilitação psicossocial. No CBAS de 2007 foram incluídos 4 (quatro) artigos e no de 2010 incluídos 6 (seis) que versaram majoritariamente sobre a atuação do assistente social na saúde mental. Ambos eventos possuíam artigos que discutiam a intersectorialidade na política de assistência social, porém foram excluídos da análise integradora por não estarem relacionadas à política de saúde mental.

No CBAS de 2013 e 2016, as tendências de análise em relação ao descritor intersectorialidade foram ampliadas, além da política de assistência social foram discutidas a intersectorialidade na política de habitação, educação, da criança e

adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência. Com o descritor saúde mental, tal qual as edições de 2007 e 2010, os temas variaram entre atuação do assistente social nos serviços da saúde mental e análise da política de saúde mental no contexto de neoliberalismo. Contudo, houve a incorporação de novos temas relacionados à saúde mental como: saúde mental e gênero; saúde mental indígena; Drogas e Direitos Humanos e as novas configurações do trabalho e adoecimento mental que estão relacionadas com o avanço das relações sociais e produtivas na cena contemporânea.

Diferente dos eventos anteriores, em 2013 e 2016 apareceram artigos com o descritor saúde mental e intersectorialidade, mais precisamente 1 (um) artigo em 2013 e 5 (cinco) em 2016. Desses 6 (seis) artigos, 5 (cinco) foram incluídos para análise integradora por serem considerados os que deram mais elementos para responder as questões levantadas. Juntamente com esses, foram incluídos também os trabalhos que se voltaram à análise da atuação do assistente social na saúde mental. Considera-se que esses artigos foram fruto das discussões possibilitadas pela IV CNSM-I que ocorreu em 2010 e da implementação da RAPS em 2011 (CARVALHO, 2017).

Segue abaixo uma análise mais detalhada dos principais temas identificados no estudo exploratório dos artigos selecionados nos CBAS:

a) Cuidado em Saúde Mental / Família:

Historicamente, o Serviço Social tem atuado junto às famílias nas várias políticas sociais. Mas atualmente, com a incorporação do arsenal teórico-metodológico ancorado nas bases da teoria social de Marx, há mudanças na forma de se pensar a família e suas diversas conformações e também na forma de atuar junto às demandas trazidas pelos indivíduos/famílias, não sendo mais concebidas como problemas de competência desses sujeitos e sim “[...] interpretadas como expressões de necessidades humanas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista”. (MIOTO, 2010, p. 165).

No campo da saúde mental, o cuidado por muito tempo se restringe ao âmbito hospitalar, sendo a família muitas vezes identificada como agente causador do adoecimento mental. Com as mudanças próprias do processo de desinstitucionalização e ampliação da rede assistencial para serviços inseridos na

comunidade, há importantes transformações na forma como esses sujeitos passam a ser acolhidos pela sociedade e pela família e, segundo Rosa (2001), esta última é o principal agente responsável pelo provimento do cuidado às pessoas com transtorno mental, sobretudo as famílias chefiadas por mulheres.

Nesse sentido, verificou-se que os trabalhos que discutiram essa temática (15) estão voltados a investigar o papel da família no processo histórico da política de saúde mental, sua importância no ato de cuidar, as dificuldades percebidas por esses familiares e o trabalho que o assistente social passa a desempenhar nos novos serviços técnico-assistenciais da Reforma Psiquiátrica com os usuários e suas famílias. Além disso, também se debruçaram sobre as mudanças ocorridas sobre a forma de cuidar das pessoas em sofrimento mental, principalmente identificadas no interior dos serviços substitutivos a partir de novos conceitos como acolhimento e clínica ampliada.

b) Política de Saúde Mental / Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização:

A discussão sobre essa temática esteve presente nos trabalhos de forma geral, seja como assunto principal (25) ou de modo transversal (100) em outras temáticas.

A análise da PSM e do processo de Reforma Psiquiátrica se configura como um importante meio de aprofundar-se no campo da saúde mental e de entender os processos históricos que promovem as transformações no paradigma de cuidado. Dessa forma, os artigos trouxeram de modo recorrente um embasamento teórico sobre a PSM para introduzir e historicizar suas reflexões.

Acrescenta-se a isso, mais especificamente, análises sobre o processo de desinstitucionalização, sobre o funcionamento dos programas e serviços substitutivos, a descrição da RAPS em determinados estados e municípios e também os reflexos do neoliberalismo na atual política de saúde mental. Nesses trabalhos foi possível perceber também a vinculação crítica, de acordo com os pressupostos teórico-metodológicos da profissão e dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

c) Exercício Profissional do Serviço Social na saúde mental:

Com um quantitativo significativo dos artigos selecionados (34) a discussão sobre o exercício profissional do Serviço Social na saúde mental se estabelece como um mecanismo de compreensão da realidade do campo de atuação no qual o profissional está inserido. Dessa forma, o assistente social é estimulado a pensar criticamente seu espaço sócio-ocupacional, buscando relacioná-lo com a “questão social” e as transformações decorrentes da sociedade capitalista.

Segundo Almeida (2009), é a partir das exigências na formação profissional de elaboração dos trabalhos de conclusão de curso que a preocupação em sistematizar a prática se torna recorrente dentro da profissão. Para o autor, sistematizar a prática profissional se estabelece como uma dimensão constitutiva do trabalho do assistente social, é uma importante forma de conquistar autonomia dentro da instituição em que atua, traz visibilidade e reconhecimento social e institucional, além de realimentar a própria condução do seu trabalho.

O assistente social trabalha no âmbito das políticas sociais buscando ampliar os direitos sociais dos usuários e em consonância com os pressupostos do seu Código de Ética, da Lei que Regulamenta a profissão e do seu Projeto Ético-político. Na política de saúde e mais especificamente no campo da saúde mental, a perspectiva do exercício profissional do assistente social deve estar atrelada também aos princípios do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica com foco na integralidade do cuidado.

Nesse campo de atuação, após as mudanças com a consolidação do SUS, que amplia o conceito de saúde e inclui os determinantes sociais do processo saúde-doença, o assistente social passa a compor as equipes multiprofissionais dos novos modelos de serviços substitutivos e é requisitado a entender qual a dimensão social da Reforma Psiquiátrica, a sua importância nesses serviços frente às outras profissões e quais são as suas atribuições enquanto núcleo específico de conhecimento e a interface com os saberes do campo da saúde mental.

Na produção de conhecimento do Serviço Social, autores como Bisneto (2011), Vasconcelos (2010), Robaina (2010), Macêdo (2013), Rosa (2016) e Fernandes; Ribeiro (2016), são considerados referências para compreender o trabalho da categoria nesse espaço de atuação, tanto em relação a como se deu o processo histórico de inserção nos hospitais psiquiátricos e posteriormente nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica, como em relação às atribuições desenvolvidas no cotidiano desses serviços.

Para Fernandes e Ribeiro (2016), por exemplo, o assistente social nos CAPS deve ter a habilidade de conjugar seus conhecimentos específicos de núcleo profissional com os conhecimentos inerentes ao campo da saúde mental. Para as autoras, a contribuição desse profissional nesses serviços está relacionada à defesa dos direitos humanos e sociais e da cidadania dos usuários.

Assim sendo, os trabalhos selecionados no estudo exploratório que estão relacionados com essa temática tenderam a contextualizar o processo de inserção do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais da saúde mental e a caracterizar o trabalho desenvolvido nos mesmos.

d) Intersetorialidade:

O tema da intersetorialidade apareceu nos artigos selecionados de forma tímida, porém crescente, sendo a maior concentração nos CBAS de 2010 e 2013. Nesse período há um aumento na produção teórica pela categoria de trabalhos que discutem essa temática (COSTA, 2010; SCHUTZ; MIOTO, 2010, 2011; SOUZA; MONNERAT, 2011; BELLINI; FALER, 2014; PEREIRA, 2015) o que possivelmente se refletiu no aumento do número do tema nos artigos publicados no evento.

Apesar disso, a discussão com a interface intersetorialidade e saúde mental é ínfima, sendo identificados apenas 6 (seis) artigos, prevalecendo a discussão da intersetorialidade na política de assistência social.

Em relação a isso, Schutz e Miotto (2011) afirmam que com a construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), resta clara a centralidade da intersetorialidade nos princípios organizativos da assistência social, com destaque para o “desenvolvimento de estratégias intersetoriais, territorialmente referenciadas” (SCHUTZ; MIOTO, 2011, p.12).

Ademais, há uma “vinculação” maior do assistente social com o debate sobre a política de assistência social em virtude da própria relação histórica da profissão com essa política, principalmente após a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, da Política Nacional da Assistência Social (PNAS), em 2004, e da própria estruturação do SUAS, em 2005, que leva ao aumento do número de assistentes sociais atuando nos novos equipamentos sócio-

assistenciais como os Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS)²⁶.

Segundo Souza e Monnerat (2011), a política de assistência social e o SUAS apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantir os direitos de cidadania dos usuários, e para sua operacionalização as ações assistenciais devem ocorrer articuladas às demais políticas públicas. Com essa finalidade, o SUAS estabelece “[...] cinco princípios referentes a essa proteção: matricialidade sociofamiliar, territorialização, proteção proativa, integração à Seguridade Social e a integração das políticas sociais e econômicas”. (SOUZA; MONNERAT, 2011, p. 46).

Nesse sentido, os artigos buscaram analisar a presença da intersetorialidade nos serviços da rede socioassistencial, nos mecanismos de controle social e entre os benefícios, programas e projetos da política da assistência social e demais políticas públicas. Além da política da assistência (11) também houve artigos que discutiram a intersetorialidade relacionada ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes (5) e contra a mulher (1), para o acesso à formação profissional e qualificação para o trabalho (1), para o acesso à política educacional (1) e de habitação (2) e para possibilitar a garantia dos direitos dos idosos (1) e das pessoas com deficiência (1).

Por fim, a leitura exploratória dos 148 (cento e quarenta e oito) artigos revelou que as tendências analíticas dos trabalhos apresentados nos CBAS de 2001 a 2016 se dividiram entre a análise da prática profissional do assistente social e a análise da política de saúde mental, ou seja, entre discussões em torno dos Fundamentos do Serviço Social e das Políticas Sociais. Tal resultado está em consonância com o estudo de Almeida (2014) denominado *A produção de conhecimento e as tendências da pesquisa em Serviço Social: uma análise dos últimos 30 anos*, no qual a autora identifica que atualmente a prevalência das análises das pesquisas são relacionadas às políticas sociais e à materialização da profissão nos espaços sócio-ocupacionais, ou seja, discussões relacionadas à atuação do profissional nos espaços institucionais.

²⁶ Segundo Raichelis (2010), a implementação do SUAS exigiu novas formas de organização e gestão do trabalho na política da assistência social, demandando o aumento de postos de trabalho e profissionais, entre eles o assistente social, para atuar na avaliação, implementação, planejamento e execução dos serviços ofertados pelo SUAS.

Em relação à produção de conhecimento na área do Serviço Social, autores como Kameyama (1998); Yamamoto (2003); Simionatto (2005); Mota (2005); Silva (2005) demonstram que esse processo inicia-se no Brasil na década de 1970 com o surgimento dos primeiros cursos de pós-graduação *strictu senso*, juntamente ao processo de renovação teórico-metodológica da profissão embasado na teoria crítica marxista. Outrossim, de acordo com Silva e Silva (2005), foi a partir do conhecimento gerado no âmbito dos cursos de mestrado e doutorado em Serviço Social, com a incorporação e amadurecimento do pensamento crítico, que a categoria constrói um projeto profissional com base teórico-metodológica no campo marxista e rompe com o conservadorismo até então hegemônico na profissão.

Atualmente, segundo Fonseca (2016), com a hegemonia dos interesses das classes dominantes, há um estímulo e crescimento de tendências neoconservadoras nos conteúdos formativos presentes nas Diretrizes Curriculares de 1996, o que aponta para um refluxo das análises da realidade de forma eclética, acrítica e sem perspectiva de totalidade social. Nessa conjuntura, faz-se necessário afirmar constantemente a produção de conhecimento e das análises “[...] fundamentadas na base moderna de interpretação e transformação da realidade” (GALDINO, 2016) e uma atuação pautada nos princípios do Código de Ética Profissional.

Como uma profissão voltada a intervir na realidade sobre as expressões da “questão social”, o Serviço Social tem produzido conhecimento acerca dos mais diversos temas relacionados às políticas sociais, aos fundamentos da profissão e à atuação nos espaços sócio-ocupacionais. Na saúde mental, Rosa (2016) chama a atenção para a pouca produção existente, sendo concentrada no estado do Rio de Janeiro com parca incursão em outros territórios. Além disso, apesar de a saúde/saúde mental se constituir como um dos principais mercados empregadores dos assistentes sociais e campo de estágio para as unidades formadoras, ainda é pouco incorporada como temática no processo formativo (UCHÔA, 2007).

Os dados analisados a priori permitem considerar que existe uma produção relevante acerca da temática da intersetorialidade nos trabalhos publicados nos CBAS de 2001 a 2016, contudo, quando relacionada ao campo da saúde mental, esta relação ainda é incipiente.

Sendo assim, os 37 (trinta e sete) artigos incluídos para análise, na sua maioria (18), são decorrentes das discussões em torno da atuação do assistente social no campo da saúde mental, sendo a intersetorialidade identificada no âmbito

das práticas sociais. Contudo, apesar dessa vinculação temática, a partir do processo de leitura crítica e reflexiva foi possível perceber elementos que revelaram as compreensões da categoria sobre a intersectorialidade e como os assistentes sociais lançam mão dessa estratégia no âmbito da saúde mental. Nos relatos de experiências incluídos nesse estudo, foi possível ainda identificar as principais demandas colocadas para o assistente social nesse campo e os desafios apontados pelos autores. Esses elementos serão analisados nas sínteses integradoras.

3.4 Sínteses Integradoras: uma revisão integrativa nos trabalhos publicados no CBAS de 2001 a 2016

Para nortear a análise do presente estudo, antes de iniciar a discussão das sínteses integradoras, optou-se por realizar uma análise panorâmica dos artigos incluídos. Nessa etapa, são analisadas a incidência dos artigos por descritores, por tipos de estudos e por região.

Com relação aos 37 (trinta e sete) artigos que foram incluídos, a análise da predominância por descritor segue lógica semelhante dos artigos selecionados (maior número de artigos relacionados ao descritor saúde mental do que com intersectorialidade), nesse caso, foram incluídos apenas trabalhos com os descritores saúde mental e saúde mental e intersectorialidade, pois considera-se que estes atendiam melhor aos objetivos da pesquisa e continham mais elementos que possibilitaram dar respostas às questões levantadas.

Quadro 7 – Artigos incluídos por descritores

Descritores	CBAS 2001	CBAS 2004	CBAS 2007	CBAS 2010	CBAS 2013	CBAS 2016	Total
Saúde mental	2	6	4	6	10	4	32
Intersectorialidade							
Saúde mental e Intersectorialidade					1	4	5
Intersectorialidade e Saúde							

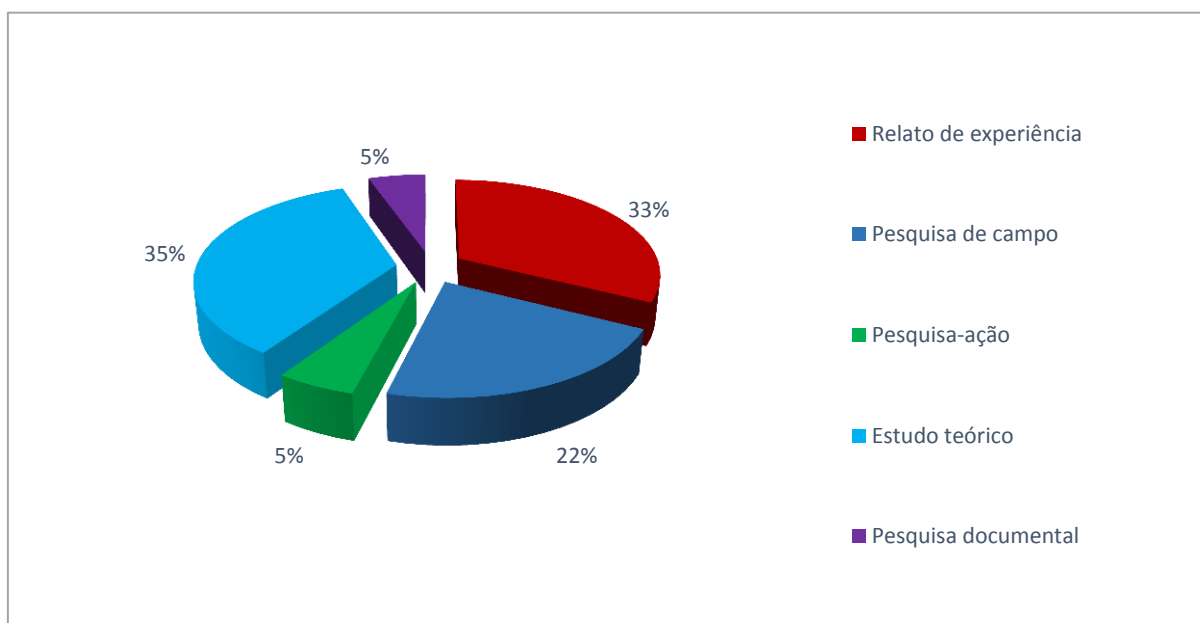
Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

Com relação à classificação dos artigos incluídos quanto ao tipo de estudo, foram identificados cinco categorias:

- **Relato de experiência:** artigos que descreviam experiências das práticas profissionais dos assistentes sociais em serviços de saúde mental;
- **Pesquisa de campo:** reúne artigos que buscaram investigar informações e situações concretas relacionadas ao campo da saúde mental;
- **Pesquisa-ação:** envolve estudos que articularam o processo de pesquisa com intervenção na realidade com o objetivo de resolver situações coletivas;
- **Estudo teórico:** artigos que pretendiam contribuir com a reflexão teórica acerca de um determinado tema relacionado ao campo da saúde mental, envolveram revisão de literatura;
- **Pesquisa documental:** reuniu artigos que analisaram o campo da saúde mental a partir do estudo de pesquisas já desenvolvidas, políticas e portarias da saúde mental;

A partir da categorização dos artigos quanto ao tipo de estudo, elaborou-se o gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos incluídos por tipo de estudo



Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

Observa-se que a maior incidência em relação aos tipos de estudos são entre os estudos teóricos com 35 % (13), relatos de experiências com 33 % (12) e as pesquisas de campo com o percentual de 22 % (8).

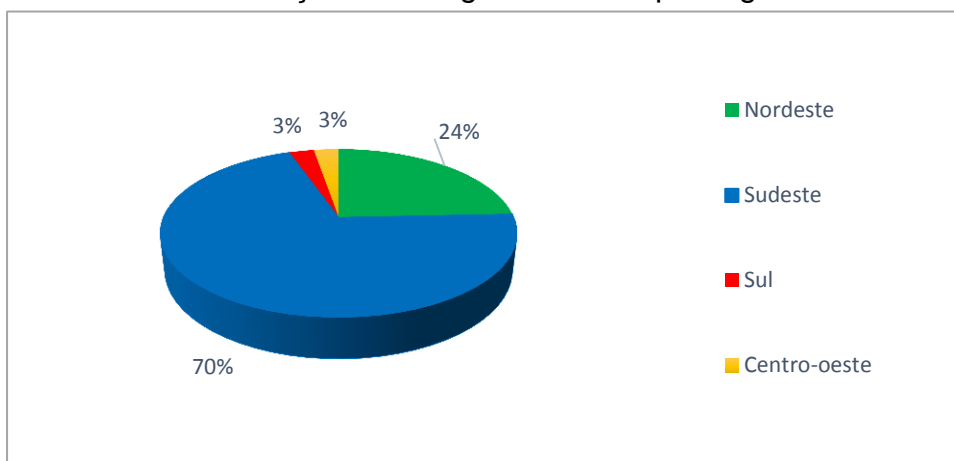
O grande número de trabalhos teóricos, inclusive com a participação de pesquisadores e docentes apontou que há por parte da categoria uma preocupação em problematizar a política e o campo da saúde mental e de contribuir com o debate já existente.

Em contrapartida, se for somado o percentual de relatos de experiências, pesquisa de campo e pesquisa-ação, constata-se que 60% dos trabalhos estão voltados a refletir e sistematizar as experiências desenvolvidas pelos assistentes sociais nos serviços de atenção à saúde mental, bem como intervir nessa realidade. Considera-se também que a grande quantidade de relatos de experiências tem relação com a natureza e característica do evento (CBAS), essencialmente composto por profissionais em atuação.

De acordo com Almeida (2009), a sistematização da prática se configura como um componente central no trabalho do assistente social, pois envolve a produção, organização e análise dos dados e informações das expressões da realidade social a partir de uma postura crítica e investigativa, além de revitalizar e atualizar o estatuto teórico da profissão.

O próximo tratamento dado aos artigos incluídos foi a classificação por tipo de região, com o objetivo de demonstrar quais as regiões que mais concentraram publicações, conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – Distribuição dos artigos incluídos por região



Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2018).

O gráfico 2 revelou que há uma má distribuição dos artigos entre as regiões, sendo a produção mais predominante na região sudeste, seguida da região nordeste. Esse desequilíbrio pode sinalizar para uma maior concentração de

universidades, cursos de Serviço Social e Programas de pós-graduação, inclusive com bases de pesquisas que discutem o campo da saúde mental, oriundas dessas regiões (principalmente da região sudeste²⁷), por estes serem espaços considerados como geradores da pesquisa e da produção de conhecimento. Outro fator que pode ser considerado é a possibilidade de uma maior organização da categoria no que se refere à sistematização da prática e participação em eventos científicos provenientes dessas regiões.

Após a análise panorâmica dos artigos incluídos e com base nas leituras reflexiva e interpretativa propostas por Lima e Mioto (2007) apresentam-se a seguir as sínteses integradoras dos trabalhos a partir de três aspectos: 1) As compreensões sobre a intersectorialidade na produção dos assistentes sociais apresentadas no CBAS; 2) Sistematização das experiências dos assistentes sociais com a intersectorialidade; 3) Desafios dos assistentes sociais na construção de ações intersectoriais no âmbito da saúde mental.

Síntese 1: As compreensões sobre a intersectorialidade na produção dos assistentes sociais apresentadas no CBAS

Nessa primeira síntese, para analisar as compreensões acerca da intersectorialidade foram escolhidos 7 (sete) artigos. Dentre esses, 5 (cinco) foram selecionados com o descritor *saúde mental e intersectorialidade* e dois com o descritor *saúde mental*, pois considera-se que estes também trazem elementos para identificar as compreensões dos assistentes sociais sobre a intersectorialidade.

Em relação aos tipos de estudos desses trabalhos, 4 (quatro) são estudos teóricos, 2 (dois) são relatos de experiências e 1 (um) é pesquisa de campo. Abaixo, apresenta-se um quadro com a caracterização dos artigos incluídos para essa primeira síntese:

²⁷ Segundo dados da CAPES, em 2016 havia 34 programas de Pós-graduação em Serviço Social, sendo treze na região sudeste, dez na região nordeste, seis na região sul, três na centro-oeste e duas na região norte.

Quadro 8 – Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 1

Artigo	Título	Autores e ano
1	Dependência de drogas no contexto das famílias: interface com as políticas públicas intersetoriais	Goulart; Soares (2013)
2	Novas perspectivas do cuidado em saúde mental a partir de práticas intersetoriais.	Alves; Nóbrega (2016)
3	Consenso prático e/ou dissenso teórico? Um estudo de caso sobre a intersectorialidade na área de drogas de um município do Estado/RJ.	Cabral; Dalbosco (2016)
4	Os dispositivos socioassistenciais na política de saúde mental: a rede como estratégia de atendimento às pessoas com transtorno mental.	Costa <i>et al</i> (2016)
5	A atuação do serviço social na saúde mental: reflexões sobre assistência integral desenvolvida junto a usuários acometidos pela síndrome de Diógenes.	Nogueira <i>et al</i> (2016)
6	A atuação do assistente social na articulação da rede de atenção psicossocial do município de Guarulhos: perspectivas de cuidado integral e intersetorial.	Santos (2016)
7	Caminhos da intersectorialidade: uma reflexão sobre a inter-relação da política de assistência social e a rede de saúde mental no município de Paraipaba – CE	Silva; Moraes (2016)

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2019).

Com base na revisão de literatura, em termos gerais, a intersectorialidade é comumente analisada como uma ferramenta para superar a histórica fragmentação das políticas públicas e sociais setorializadas e possibilitar o atendimento das necessidades dos usuários na sua integralidade.

Nesse sentido, alguns autores (SHUTZ, MIOTO, 2011) consideram-na como um modelo político de gestão das políticas sociais, outros como estratégia para a construção de práticas profissionais (ANDRADE, 2006) e outros autores ainda a considera como um princípio que orienta a construção das redes municipais destinadas a proteção social de famílias vítimas do processo de “exclusão social” (BOURGUIGNON, 2001).

Segue abaixo uma síntese das tipologias adotadas pelos autores na literatura, conforme explicitado no Capítulo 1:

1) *Intersetorialidade como modelo político de gestão das políticas sociais*: nessa aproximação conceitual, a intersectorialidade é compreendida como uma nova proposta de modelo de gestão das políticas sociais, nos marcos da Seguridade Social, sobretudo visando combater as iniquidades sociais complexas em um contexto onde as políticas públicas são marcadas pela focalização e fragmentação. Partindo de tal discussão, há autores provenientes da administração pública que relacionam a intersectorialidade com a ideia de integração e complementaridade de saberes e setores (JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001) para atuarem sobre problemas diversos em um determinado território visando otimizar recursos humanos e financeiros para combater a ineficiência e ineficácia das políticas sociais. Contudo, há autores (PEREIRA, 2015) que vão além da perspectiva de “integração entre setores”, buscando considerar as contradições inerentes ao contexto social, político e cultural e entendendo-a como resultado da interação entre políticas e sujeitos que atuam nessas políticas para dar respostas às diversas expressões da questão social.

2) *Intersetorialidade como estratégia para a construção de práticas profissionais*: nessa abordagem conceitual a intersectorialidade é percebida como um “eixo orientador das práticas profissionais”, ou seja, com a construção de práticas intersectoriais para o atendimento integral das demandas da população. Nessa perspectiva, a intersectorialidade é materializada pelos atores que operam a gestão das políticas sociais nas instituições. Dessa forma, também envolve as condições objetivas e subjetivas dos sujeitos para o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais.

3) *Intersetorialidade como um princípio que orienta o trabalho com redes*: essa conceituação defende a intersectorialidade como princípio norteador do trabalho com redes, partindo-se da compreensão que para promover o atendimento das necessidades da população integralmente faz-se necessário que haja uma articulação entre as diversas redes municipais que compõem as políticas sociais setoriais. Nesse sentido, as redes se constituem enquanto canais de compartilhamento de saberes, informações e participação entre as equipes que atuam nas distintas políticas e a intersectorialidade seria um princípio que orienta as práticas de construção dessas redes.

Desta feita, após a análise dos conteúdos dos trabalhos, evidencia-se que apesar de a maioria se tratar de artigos de reflexão teórica (4), apenas em 2 (dois) deles há uma preocupação em conceituar a intersectorialidade como categoria central de análise, recorrendo ao debate de autores da literatura. Nesse caso, os autores dos trabalhos tendem a citar às conceituações oriundas do campo da saúde coletiva e da gestão das políticas públicas para fundamentarem suas reflexões.

Contudo, nos outros 5 (cinco) artigos, apesar de não se configurar como categoria central, a intersectorialidade aparece como um elemento importante para a efetivação da Política de Saúde Mental (PSM). Nesses trabalhos, os autores recorrem ao debate conceitual fazendo relação com temas mais ligados à prática profissional.

Analisa-se que a noção sobre a intersectorialidade nos artigos está mediada pela concepção do trabalho em rede, conforme defendida por Bourguignon (2001), sendo operacionalizada através da ação profissional dos atores sociais inseridos na PSM. Além disso, a intersectorialidade aparece ainda como um mecanismo, uma “alternativa” essencial para viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos em um contexto de desigualdade social. Assim, os assistentes sociais no campo da saúde mental buscam efetivar os direitos sociais dos usuários através do trabalho articulado em rede:

“Compreende-se que a intersectorialidade tem um papel fundamental na concretização da Política Nacional de Saúde Mental, pois é a partir do trabalho articulado em rede que os profissionais poderão direcionar novas estratégias de ação objetivando a efetivação dos direitos dos usuários” (Artigo 2).

“A nova concepção de saúde mental confere prioridade ao indivíduo e não à doença, e se propõe a oferecer-lhe tratamento humanizado e de qualidade. Resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam a necessidade de uma ação intersectorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção coletiva” (Artigo 5).

Para as autoras do Serviço Social Fernandes e Ribeiro (2016), apostar no trabalho intersectorial nos serviços de saúde mental é fundamental para o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, para diminuição do estigma,

bem como para o fomento a uma cultura de atenção psicossocial de construção coletiva.

Historicamente, na lógica manicomial, as pessoas em sofrimento mental não eram consideradas sujeitos de direito, nem tinham sua cidadania reconhecida, logo, fica sublinhado que ao compreender a intersectorialidade como algo que possibilita viabilizar o acesso dos usuários da PSM aos seus direitos, os autores dos artigos imprimem à intersectorialidade um lugar de destaque dentro dessa política, nos marcos da Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao Serviço Social, formular estratégias para reforçar os direitos sociais à saúde dos usuários se constitui enquanto uma de suas atribuições (CFESS, 2010), o que pode explicar a compreensão da intersectorialidade a partir da relação com tal tema.

Outra compreensão destacada nos trabalhos analisados diz respeito a responsabilidade na implementação da intersectorialidade. Nesse sentido, os artigos deixam claro que a concepção da intersectorialidade deve contemplar o diálogo e articulação entre os diversos setores, atores e políticas:

[...] a intersectorialidade é tarefa urgente e necessária a todos os envolvidos, afim de facilitar, promover e direcionar as políticas sociais, um elo para toda a rede, pois a eficácia dos serviços prestado depende dessas alianças, uma intervenção coordenada, na busca de interligar os atores aos setores na formulação, na implantação ou nas reivindicações. (Artigo 2).

Desse modo, conforme a leitura dos trabalhos e explicitado nos extratos acima, depreende-se que:

1) Há nos trabalhos o reconhecimento de que a intersectorialidade é algo intrínseco ao novo paradigma de cuidado adotado no campo da saúde mental após a Reforma Psiquiátrica;

2) Quando acionada pelas equipes no processo de trabalho, possibilita aumentar o leque de intervenções junto aos usuários e, conseqüentemente, há uma maior chance de ampliar a efetivação dos seus direitos, mesmo em um contexto de desigualdade social;

3) Não é compreendida como uma intervenção que cabe a uma única profissão ou política setorial, mas que deve ser pensada e articulada de forma conjunta e interdisciplinar, requer para sua implementação vontade política, leitura crítica da realidade, capacitação profissional, bem como a garantia da participação social no planejamento das ações.

No campo da saúde mental, a intersetorialidade é incorporada principalmente após a realização da IV CNSM – Intersectorial em 2010 e da instituição da RAPS pela portaria 3.088 em 2011. A própria lógica da Reforma Psiquiátrica, ao expandir a rede de cuidados para o território a partir dos serviços substitutivos, propõe que esta esteja articulada aos serviços de reinserção e reabilitação sociais. Ou seja, fica entendido que apenas o CAPS não é capaz de atender as demandas dos usuários integralmente e com qualidade. Sendo assim, as redes intersectoriais têm o objetivo de funcionar como um espaço contributivo e articulado (BOURGUIGNON, 2001) entre os atores sociais das diversas políticas para promover o atendimento das necessidades da população, não apenas dentro da política de saúde, mas incluindo as demais políticas setoriais.

Observa-se que essa ideia da intersectorialidade como um modo de articular o trabalho em rede entre a RAPS e as demais redes de suporte sociais disponíveis no território para viabilizar um atendimento integral também está presente nos artigos analisados:

“É fundamental compreender que a intersectorialidade nas ações voltadas para saúde mental inclui diferentes serviços que compõem a rede sócioassistencial, dentre estes, destacamos: o conjunto dos CAPS, a rede ambulatorial, os hospitais gerais, a Estratégia Saúde da Família como também outros serviços afora a rede de saúde, tais como: escolas, creches, Centros Sociais, Conselhos, Centros de Referência e Atenção às famílias, etc. Temos, pois, que o trabalho realizado ou efetivado em rede, supera a fragmentação de ações, levando o indivíduo (ser social) a uma prática democratizadora, no âmbito da garantia de direitos” (Artigo 2).

De acordo com Guará (1998) apud Bourguignon (2001), é possível existir vários tipos de redes nos municípios, no entanto, é necessário reconhecer a importância e priorizar a existência de redes intersectoriais porque estas representam um nível elevado da organização da política pública no enfrentamento às desigualdades sociais.

Percebe-se na leitura dos artigos o trabalho intersetorial em rede no âmbito da saúde mental analisado também como algo fundamental para possibilitar o acolhimento das demandas dos usuários da PSM, principalmente diante do atual contexto de negação dos direitos sociais:

“O trabalho intersetorial em rede pode abrir novos espaços profissionais e possibilitar uma atuação onde as pessoas serão acolhidas em suas diferentes necessidades individuais, assim como familiares, bem como exige conhecimento plural para atender às diversas expressões da questão social” (Artigo 1).

“A articulação em rede dos diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é fundamental para a formação de um conjunto de referências capazes de acolher as pessoas acometidas com transtornos mentais” (Artigo 4).

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2010, significa apoiar, atender o outro respeitando as diferenças e reconhecendo suas necessidades, “[...] implica o compromisso coletivo de envolver-se neste ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros” (BRASIL, 2010, p. 6). Portanto, considerar o trabalho intersetorial em rede como uma possibilidade de acolhimento aos usuários da PSM significa dizer que o mesmo reconhece as necessidades das pessoas em sofrimento mental na sua integralidade.

Ademais, é notório nos 7 (sete) artigos analisados nessa primeira síntese, como os autores tendem a associar a intersetorialidade com as discussões emergentes no campo da Saúde Coletiva (conforme explicitado na seção 1.2 do capítulo 1), pautadas nos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), na promoção da saúde, integralidade do cuidado e interdisciplinaridade, como visualizado nos extratos a seguir:

Acreditamos que o caminho, neste contexto, está na necessidade de construção de práticas interdisciplinares, fundamentais para a criação e consolidação de uma rede intersetorial. [...] Ao propor a integralidade é necessário que os diversos profissionais estejam afinados e comprometidos com a rede e as intervenções propostas e, assim, não cabe apenas a capacidade individual de um profissional e sim a capacidade de trabalhar de forma coletiva e integral: trabalhar em rede é romper com práticas institucionais caracterizadas pela desarticulação (Artigo 6).

Para haver uma visão de totalidade daqueles usuários que necessitam de atendimento em várias áreas, se faz necessário acompanhamento conjunto para buscar a integralidade nas ações para alcançar uma melhora na vida destes. Daí surge a perspectiva da construção de uma rede intersetorial para observar o que é preciso para esses indivíduos terem suas necessidades supridas (Artigo 7).

A perspectiva da compreensão da intersetorialidade a partir do trabalho interdisciplinar envolve a articulação de vários saberes afim de dar respostas efetivas a uma determinada realidade (PEREIRA, 2015). Para Carvalho (2017), a emergência de temáticas como “interdisciplinaridade”, “rede” e “território” relacionadas a análise sobre a intersetorialidade no campo da saúde mental estão relacionadas com a própria narrativa da Reforma Psiquiátrica e com “[...] as práticas em saúde processada pelo trabalho em equipe, de caráter interdisciplinar” (CARVALHO, 2017, p. 14).

Ainda segundo o autor, no campo da saúde mental a ideia de redes está presente na conformação da Reforma Psiquiátrica, na noção de território e do trabalho em serviços de base comunitária, sendo assim, “a ideia de intersetorialidade 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” (CARVALHO, 2017, p. 13),

Pode-se concluir, portanto, que os assistentes sociais por estarem inseridos nas políticas sociais, e, nesse caso específico, herdaram o debate sobre a intersetorialidade presente no campo da saúde mental. Há nesses trabalhos a compreensão de que a intersetorialidade tem possibilitado o enfrentamento das múltiplas expressões da “questão social” e a efetivação dos direitos sociais dos usuários à medida que pressupõe a articulação e o compartilhamento entre os atores das diversas políticas públicas setoriais a partir do trabalho interdisciplinar e intersetorial em redes.

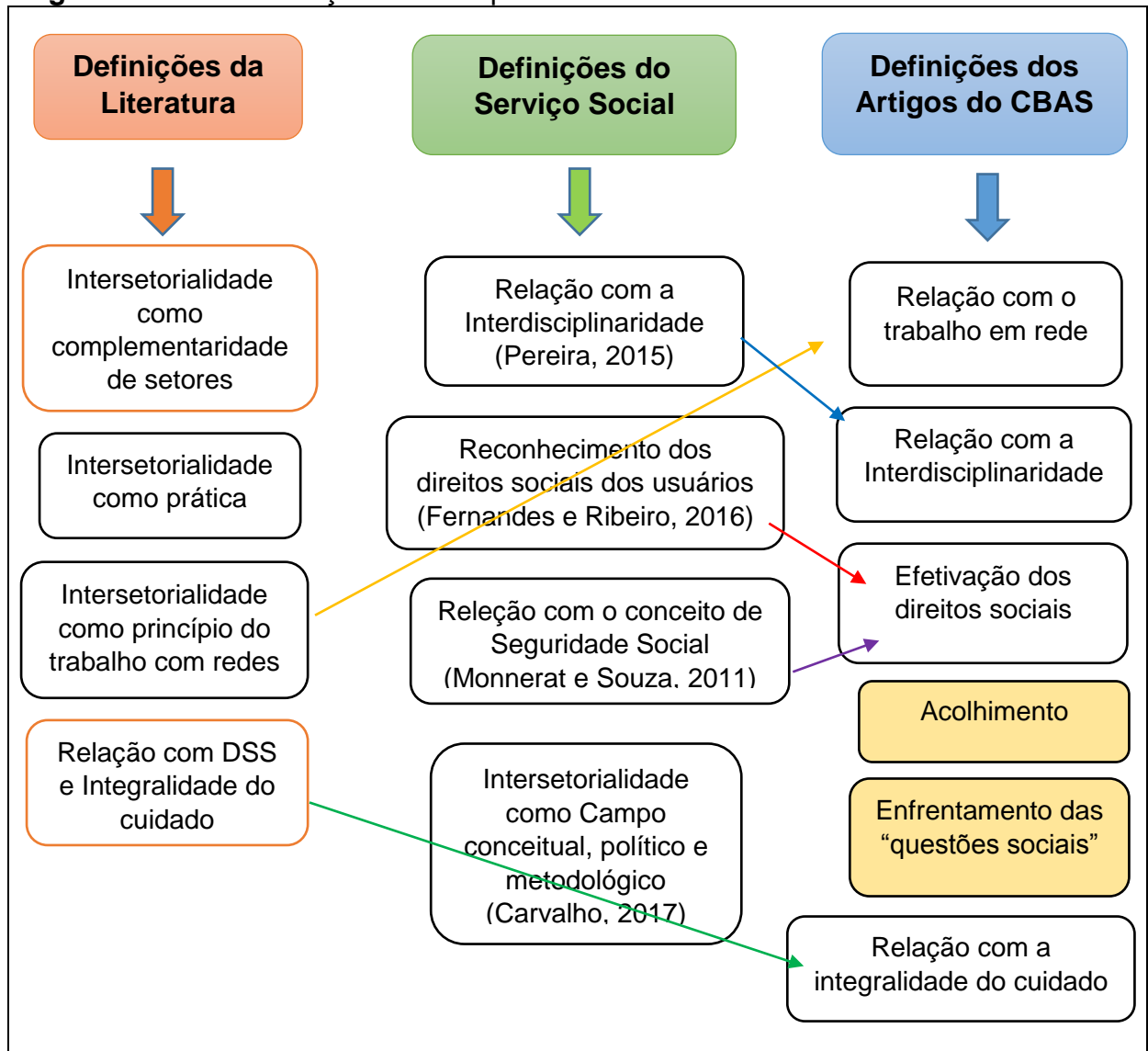
Importante destacar, a relação da intersetorialidade com o debate que a categoria faz sobre a “questão social”. Nesse caso, a intersetorialidade é percebida como uma alternativa que viabiliza a articulação entre as políticas setoriais com a finalidade de superar a sua histórica fragmentação e assim minimizar os impactos do aprofundamento das desigualdades sociais. Essa afirmação privilegia a atuação profissional respaldada numa dimensão do trabalho comprometido com o enfrentamento da “questão social” que se materializa na saúde mental pela negação de direitos, preconceito e falta de acesso a bens, serviços, projetos e programas sociais.

“O campo da saúde mental é chamado a ampliar seu foco de abordagem colocando a questão da intersetorialidade na organização dos serviços como mecanismo para enfrentamento da questão social” (Artigo 5).

Aponta-se também uma nova compreensão acerca da intersetorialidade desenvolvida nos artigos analisados quando estes referem-se a atuação intersetorial através do trabalho em rede como uma possibilidade de “acolhimento” das demandas das pessoas em sofrimento mental. Nesse sentido, a intersetorialidade entendida como acolhimento, remete ao fato de que ao acionar outras políticas para atender as demandas dos usuários, estas passam a ser acolhidas e consideradas relevantes. Analisa-se que esse entendimento pode ter relação com o histórico de negação dos direitos dessa população, da institucionalização da loucura e de um “tratamento” que não acolhia, mas ao contrário, negava a diferença e as necessidades dos usuários.

Diante do exposto, infere-se que a compreensão dos assistentes sociais acerca da intersetorialidade no âmbito da saúde mental apresentada nos artigos dos CBAS tende a associar a intersetorialidade com o trabalho em rede, com a efetivação dos direitos sociais nos marcos da seguridade social, acolhimento, enfrentamento da “questão social”, integralidade e interdisciplinaridade, conforme sistematizado na figura abaixo:

Figura 3 -- Sistematização das compreensões sobre intersectorialidade



Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2019).

Nesse sentido, pode-se considerar que os artigos não compreendem a intersectorialidade a partir de uma única aproximação conceitual, mas que recebem influências tanto do debate presente na literatura quanto da produção de conhecimento do Serviço Social, visto que a categoria também tem produzido trabalhos relacionados a essa temática, conforme demonstrado em nossa revisão narrativa (CARVALHO, 2017; CAVALCANTI, 2013; COSTA, 2010; MONNERAT; SOUZA, 2011; MIOTO; SCHUTZ, 2011; PEREIRA, 2015; FERNANDES; RIBEIRO, 2016). Ademais, por se tratar de um tema ainda em construção, a categoria também tem tentado empregar novos sentidos à intersectorialidade, relacionados ao próprio campo da saúde e saúde mental, ao debate do Serviço Social e às práticas profissionais.

Como destacado na figura acima, a relação da intersectorialidade com o acolhimento das demandas dos usuários e com a possibilidade de enfrentamento das expressões da “questão social” foram identificadas como uma nova compreensão acerca da intersectorialidade presente nos artigos analisados. A rigor, considera-se que as expressões da “questão social” são estabelecidas como o objeto sobre o qual o assistente social exerce o seu exercício profissional e nesse sentido, são através das políticas sociais que a categoria busca responder a essas expressões que chegam no seu cotidiano profissional como demandas de moradia, alimentação, trabalho, renda, etc.

Sendo assim, considera-se que a intersectorialidade passa a ser compreendida pelos assistentes sociais como um mecanismo que auxilia no acolhimento e atendimento às demandas presentes no campo da saúde mental a partir do momento que acionam outras políticas setoriais para efetivar os direitos sociais dos usuários.

Síntese 2: Sistematização das experiências dos assistentes sociais com a intersectorialidade

Para essa segunda síntese os artigos selecionados foram 10 (dez) relatos de experiências, 2 (duas) pesquisas de campo, 2 (dois) estudos teóricos e 1 (uma) pesquisa documental, os quais foram escolhidos por serem considerados os que trazem mais subsídios para identificar como os assistentes sociais acionam a intersectorialidade em suas práticas profissionais.

A escolha não foi aleatória, por serem em sua maioria relatos de experiências, tratam-se de trabalhos que trazem reflexões sobre o exercício profissional do assistente social no campo da saúde mental, mas também o debate que a profissão tem feito sobre esse campo a partir da construção da Reforma Psiquiátrica. Tais reflexões se desdobram a partir dos variados espaços sócio ocupacionais em que estão inseridos e em relação ao enfrentamento às especificidades das demandas que chegam ao seu cotidiano profissional.

Dentre os espaços de atuação, são registradas experiências em CAPS (em suas diversas modalidades), em hospital psiquiátrico, hospital universitário, na atenção básica e em outros serviços da RAPS como as residências terapêuticas. Já

com relação as demandas específicas abordadas nos artigos, encontram-se experiências de atuação junto à saúde mental indígena, saúde mental infantil, uso de drogas e pessoas em situação de rua, emergência psiquiátrica, cárcere privado, entre outros. No quadro 10, apresentado abaixo, é possível identificar os títulos, autores e ano de publicação dos trabalhos analisados:

Quadro 09 – Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 2

Artigo	Título	Autores e ano
1	O serviço social no campo da saúde mental: algumas reflexões sobre a prática num hospital universitário	Bernardo et al. (2001)
2	Atuação do assistente social na rede de saúde mental – Nap's, caps-ad, HD, emergência psiquiátrica e residência terapêutica.	Nascimento et al. (2004)
3	Relato de experiência: inserção do assistente social na equipe mínima de saúde mental do município de Alfredo Chaves	Silva (2004)
4	O processo de trabalho do assistente social no serviço de atenção diária: em questão a rede social no campo da saúde mental	Montanha at al. (2007)
5	Saúde mental indígena e serviço social: sistematização da prática profissional	Pschisky (2010)
6	Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental	Queiroz (2010)
7	O trabalho do serviço social no campo da saúde mental na emergência de um hospital psiquiátrico no município do Rio de Janeiro	Gomes (2010)
8	Atuação de serviço social: desafio e possibilidade para efetivação de direito junto a equipe multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial – Caps I do município de Mairiporã – SP.	Pinho; Silva (2013)
9	As contribuições do serviço social para a saúde mental e a atenção primária em saúde	Queiroz (2013)
10	“Rompendo a cortina de fumaça”: o serviço social no Caps ad – Resende1	Cabral; Rodrigues (2013)
11	O serviço social face à política de saúde mental no hospital João Machado (HJM)	Almeida (2013)
12	A atuação do serviço social na saúde mental: reflexões sobre assistência integral desenvolvida junto a usuários acometidos pela síndrome de Diógenes	Nogueira et al. (2016)

13	Serviço Social na saúde mental infantil	Barros (2016)
14	A atuação do assistente social na articulação da rede de atenção psicossocial do município de Guarulhos: perspectivas de cuidado integral e intersetorial	V. G. Santos (2016)
15	Questão social, saúde mental e serviço social: os desafios da intervenção diante do cárcere	D. Santos (2016)

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2019).

Segundo os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, lançado pelo CFESS em 2010, a intersetorialidade é fundamental para a ação profissional do assistente social na área da saúde. Para atuar de maneira crítica e competente, o assistente social precisa, entre outras coisas, estimular a intersetorialidade entre as políticas de forma a superar a “[...] fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFES, 2010, p.30).

Nesse sentido, compreende-se que também são requisitadas dos assistentes sociais no campo da saúde mental intervenções pautadas em estratégias intersetoriais afim de ampliar os direitos sociais e à saúde dos usuários. Ademais, essas ações devem estar em sintonia com o PEPP e com os princípios do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Uma ideia bastante presente nos artigos analisados, de forma geral, é que a intersetorialidade se constitui enquanto uma nova atribuição incorporada ao processo de trabalho do assistente social, fruto das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica. Além disso, também é relacionada com as atribuições mais atuais, pós movimento de reconceituação do Serviço Social, estando portanto alinhada aos princípios éticos e políticos da profissão, diferenciando-se das demandas consideradas do Serviço Social tradicional (seleção socioeconômica, aconselhamento, assistencialismo e práticas individualizantes).

“[...] Contudo, hoje, após o processo de reconceituação do Serviço Social e processo de reforma psiquiátrica, espera-se que estes contatos extrapolem a demanda inicial, sendo capaz de mobilizar recursos intersetoriais amplos, a fim de assegurar a inserção social do portador de transtorno mental grave” (Artigo 6).

Nos artigos de 2001 e 2004 (Artigos 1, 2 e 3), o termo intersetorialidade ainda não é mencionado como uma estratégia de atuação profissional da categoria. Essa característica pode estar relacionada ao fato de que o debate sobre a intersetorialidade só se amplia no campo da saúde mental a partir de 2010 com a IV CNSM – Intersetorial. Contudo, já é perceptível a existência da necessidade de se articular outros recursos, para além dos serviços da saúde mental, com vistas a contemplar a totalidade das demandas dos usuários:

“O Programa de Trabalho do Serviço Social na saúde mental compreende três importantes áreas, a saber: ambulatório, enfermaria e hospital-dia. **Ambulatório:** [...] Visa avaliar a situação de vida da população atendida e sua relação com o sofrimento psíquico, encaminhando a demanda por atendimento, aos serviços oferecidos pelo ambulatório ou pela rede pública. **Enfermaria:** [...] visa estabelecer uma rotina de acompanhamento aos usuários e familiares no sentido de identificar as demandas sociais e elaborar estratégias de intervenção, buscando o exercício do trabalho interdisciplinar, principalmente no que tange à articulação de suportes e direitos sociais, na ênfase ao acompanhamento familiar e na democratização dos recursos institucionais e comunitários. **Hospital-Dia:** [...] Trata-se de usuários que apresentam maiores dificuldades de reinserção social demandando uma rede institucional de suporte” (Artigo 1).

“O trabalho de Redução de Danos em Santo André teve início em agosto de 2003, onde iniciamos o mapeamento de crianças e adolescentes em situação de prostituição. As visitas a campo aconteciam semanalmente, com acolhimento desta população buscando com isto criar um vínculo. Na oportunidade, eram encaminhadas para a rede básica de saúde, pois se encontravam muitas vezes doentes e sem realizar cuidados básicos de saúde, como preventivo ginecológico, vacinação. [...] A maioria encontra-se na rua, sem vínculos familiares, sem documentação, fazendo uso abusivo de drogas e em situação de prostituição. Orientamos quanto a cuidados com a saúde, situações de riscos com a realização de programas sem uso de preservativos e possíveis de riscos com o uso de drogas sem segurança. A partir do momento que solicitavam, foram encaminhadas para: escola, obter 2ª via de documentação, advogados gratuitos para solução de conflitos com a lei, para o convívio familiar, assim como a disponibilização de preservativos e material informativo” (Artigo 2).

“A parceria com a Secretaria de Ação Social e Cidadania no processo de organização e execução do trabalho permitiu o não afastamento da saúde e assistência social, humanizando os profissionais envolvidos no trabalho, levando-os a discutir a necessidade de perceber o usuário como sujeito integral exigindo várias formas de intervenção” (Artigo 3).

Em relação a forma mais recorrente de acionar a intersetorialidade, encontra-se nos artigos como um todo o encaminhamento, que acontece principalmente a partir do momento que o assistente social identifica a demanda e realiza o encaminhamento do usuário para outros serviços dentro da rede de suporte social. Esse aspecto tende a se diferenciar a depender do tipo de demanda que é apresentada, por exemplo, no segundo extrato que se refere ao artigo 2, a articulação com a rede intersetorial é acionada à medida que os usuários solicitam, essa especificidade, no campo da saúde mental, está mais presente ao se tratar de usuários que vivem em situação de rua, pois embora haja a orientação e oferta de serviços por parte da equipe, o encaminhamento acontece respeitando a autonomia do usuário em querer ou não o atendimento.

Na política de saúde mental, o encaminhamento “implicado” ou “seguro”, se estabelece como um mecanismo que visa concretizar as ações e articulações intersetoriais (BRASIL, 2005). Esse conceito busca redefinir o que se entende por encaminhamento, a partir do momento que o profissional que o realiza se responsabiliza pelo percurso adotado pelo usuário na rede, além de estabelecer contato com o novo serviço para discutir as especificidades do caso e condições de atendimento:

“[...] Por fim, cabe observar o cuidado com que a equipe de serviço social procura realizar os encaminhamentos para a rede, no sentido de que sempre que possível realizamos contato telefônico com a instituição de destino para onde o usuário será encaminhado e, atualizamos periodicamente as informações sobre atendimento nestas instituições” (Artigo 7).

“[...] realizamos o acolhimento e escuta qualificada para avaliar se o caso é elegível para avaliação multidisciplinar ou para outro recurso do território. Quando o caso é ilegível, fazemos encaminhamento qualificado quando necessário” (Artigo 13).

A forma como os assistentes sociais acionam a intersetorialidade, por meio de ações e articulações intersetoriais como o encaminhamento, passa necessariamente pelo conjunto de conhecimentos que a profissão produziu sobre a política social e a rede de cuidado. Ele constrói mediações entre o conhecimento da profissão (dimensão teórico-metodológica e ético-política) com o debate sobre a

intersectorialidade. Essa mediação se materializa na dimensão técnico-operativa da profissão quando o profissional “atrela” seu instrumental às demandas intersectoriais. Contudo, quando essa relação não acontece, esse processo tende a ser operado sem as devidas mediações e assim é realizado de forma pontual e imediatista.

Outra forma identificada para acionar a intersectorialidade se estabelece via articulação entre os assistentes sociais dos serviços da rede de saúde mental e de outras políticas, a exemplo da política da assistência social. Nesse caso, esse mecanismo se dá a partir de visitas institucionais, reuniões, contatos telefônicos, entre outros, conforme visualizado no extrato abaixo:

“[...] fomos às instituições de referência do município para articular um trabalho conjunto com a rede de serviços dando visibilidade a realidade das comunidades indígenas. Além de reuniões periódicas para estreitar parceria com os órgãos que fazem parte do Sistema de Garantia de Direito das Crianças e Adolescentes. Entendemos a importância dessa articulação/cominação de ações entre políticas intersectoriais para potencializar o desempenho da política pública bem como, a articulação entre serviços” (Artigo 5).

Segundo Costa (2010), na política da saúde o encaminhamento se constitui como o mecanismo mais utilizado pelo assistente social para acionar as outras políticas sociais. Contudo, devido a própria configuração fragmentada e setorializada das políticas, muitas vezes esse mecanismo não demonstra ser eficaz para viabilizar a integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, considera-se que não basta apenas encaminhar os usuários para a rede de serviços, é preciso que o profissional acompanhe o percurso desse usuário na rede, sendo corresponsável por esse encaminhamento.

Quanto às principais demandas postas no cotidiano de trabalho do assistente social que requerem o uso da intersectorialidade, estas partem principalmente da necessidade de ampliar a efetivação dos direitos sociais dos usuários a partir da orientação e encaminhamento para a rede. Já dentre as políticas que mais se destacam na articulação intersectorial estão as que fazem parte da Seguridade Social - como a assistência e a previdência social -, sobretudo para requerer o acesso ao BPC (Benefício de Prestação Continuada):

“[...] 13,8% das demandas foram atendidas a partir de visitas e contatos interinstitucionais – prevalecendo interlocução com as Políticas Sociais Públicas que compreendem o campo da Seguridade Social. Em 9,3% dos casos fomos solicitados para acompanhamento dos usuários para suporte à gestão financeira pessoal e também em 9,3% para orientação e acompanhamento para garantia do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (Lei Orgânica da Assistência Social). Encaminhamento para o programa de Cesta Básica / Projeto Alimento é Saúde do HUPE ocorreu em 7,5% dos casos atendidos. Orientação para acesso à Benefício Previdenciário em 5,6%; orientação e acompanhamento para inclusão no Programa Municipal Passe Livre em 4,7%. [...] Acompanhamento de usuários para inclusão no Programa Federal Bolsa Família em 3,7%, em 2,8% das condutas referiu-se ao acompanhamento para obtenção da primeira ou Segunda via de documentos. Em 1,8% nossa participação na Recepção Interdisciplinar, socialização de informações sobre interdição judicial em 1,8%, orientação para acesso ao Programa Estadual de Transporte Vale Social em 1,8% dos casos” (Artigo 4).

“Foram realizados encaminhamentos para a FUNAI em relação aos problemas de documentação pessoal (Registro de Nascimento, Identidade e Declarações), agendamento para os benefícios do INSS e relatórios sociais para processos jurídicos (Guarda, Adoção, Tutela, maus-tratos e família substituta), bem como para o Conselho Tutelar e Ministério Público nos casos de violência física, sexual e doméstica, negligência familiar e crianças e adolescentes em situação de risco (Artigo 5).

O trabalho em rede (conforme analisado na síntese1) é outro aspecto que está presente na condução da intersetorialidade na prática profissional, seja na forma de acionar as outras políticas, seja no entendimento de que para alcançar a efetividade nas ações intersetoriais é necessária a articulação da rede de cuidados.

Por fim, a análise dos artigos demonstra que o assistente social tem assumido a articulação intersetorial no seu processo de trabalho como uma atribuição. Por atuar frente às expressões da “questão social” e com os DSS, a intersetorialidade tem sido requisitada como uma forma de ampliar os direitos sociais dos usuários e minimizar as desigualdades postas na realidade social, principalmente diante da fragmentação das políticas sociais:

“[...] o assistente social é um profissional que tem muito a oferecer no dia-a-dia dos serviços, uma vez que conhece a rede de serviços sociais públicos e privados existentes tanto no território quanto no município. Além disso, tem habilidade para desenvolver ações de forma intersetorial, atendendo as demandas trazidas pelos usuários, objetivando a garantia dos direitos sociais no cotidiano dos serviços” (Artigo 9).

“Nesse espaço, o/a assistente social é o/a profissional que, amparado/a em seu Código de Ética, nos princípios teóricos do Projeto Ético Político, na Lei que regulamenta a profissão e nos Parâmetros do Serviço Social na assistência e na saúde, mais se vincula com a função de articular uma intervenção em rede entre os serviços de saúde e assistencial” (Artigo 12).

“[...] Portanto, ao profissional de Serviço Social cabe contribuir para a mudança das práticas diárias de cuidado, assim como buscar a articulação e integração entre os serviços e demais políticas no sentido de fortalecer a rede de atenção que possa dar resposta e suporte às vulnerabilidades sociais encontradas e vivenciadas pela pessoa com transtorno mental e sua família” (Artigo 15)

Contudo, nota-se que as ações intersetoriais têm ficado restritas às competências do assistente social, sendo pouco assumidas pela equipe multiprofissional como um todo, e a forma como essa articulação é materializada muitas vezes se diferencia da capacidade profissional em conjugar as dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, podendo ser abordada de maneira pontual e imediatista ou de forma crítica e que considere a integralidade da atenção em saúde. Há o reconhecimento pelos autores de que devido ao seu conhecimento teórico e prático acerca do território e da rede de serviços cabe a esse profissional assumir essa tarefa, quando na verdade, acredita-se que esta deveria ser uma atividade planejada e executada pela equipe, instituição e política e não apenas demandada ao Serviço Social, pois sozinho este profissional não é capaz de dar conta da totalidade das demandas dos usuários da saúde mental.

Síntese 3: Desafios dos assistentes sociais na construção de ações intersetoriais no âmbito da saúde mental

Para essa última síntese, na qual pretende-se analisar as dificuldades identificadas pelos autores em construir ações intersetoriais no âmbito da saúde mental, foram escolhidos 10 (dez) artigos. Em relação aos tipos de estudos, estes são 6 (seis) pesquisas de campo, 2 (dois) relatos de experiências e 2 (dois) estudos teóricos. No quadro abaixo segue a descrição:

Quadro 10 – Caracterização dos artigos incluídos para a síntese 3

Artigo	Título	Autores e ano
1	O processo de trabalho do assistente social no serviço de atenção diária: em questão a rede social no campo da saúde mental	Montanha (2007)
2	Políticas sociais na encruzilhada da cidadania: assistência social e saúde mental	Oliveira; Duarte (2007)
3	Os caminhos da inclusão social dos usuários da saúde mental nas políticas de proteção social: um estudo de caso dos centros de atenção psicossocial de Porto Alegre	Panozzo (2007)
4	Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental	Queiroz (2010)
5	Intervenções e competências profissionais postas ao serviço social na saúde mental: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial	Pereira (2013)
6	A atuação do serviço social na saúde mental: reflexões sobre assistência integral desenvolvida junto a usuários acometidos pela síndrome de Diógenes	Nogueira et al. (2016)
7	Novas perspectivas do cuidado em saúde mental a partir de práticas intersetoriais	Alves et al. (2016)
8	Caminhos da intersetorialidade: uma reflexão sobre a inter-relação da política de assistência social e a rede de saúde mental no município de Paraipaba – CE	Silva; Moraes (2016)
9	A atuação do assistente social na articulação da rede de atenção psicossocial do município de Guarulhos: perspectivas de cuidado integral e intersetorial	Santos (2016)
10	Consenso prático e/ou dissenso teórico? Um estudo de caso sobre a intersetorialidade na área de drogas de um município do Estado/RJ	Cabral; Dalbosco (2016)

Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2019).

A Constituição Federal de 1988, ao incorporar o capítulo da Seguridade Social, instituiu a política de saúde, juntamente às políticas de assistência social e previdência social. A partir do texto constitucional, entende-se que as políticas sociais devem ser articuladas entre si, para que se possibilite o acesso aos direitos sociais da população (SOUZA; MONNERAT, 2011).

Contudo, na atual conjuntura brasileira, as políticas sociais não são concebidas pelo viés da integralidade e sim a partir de uma perspectiva fragmentada

e desarticulada. Nesse âmbito, a intersectorialidade desponta como uma possibilidade de articular e integrar diversos setores e atores em prol de qualificar as políticas sociais e atender as necessidades da população na sua totalidade.

Sabe-se que essa tentativa não se dá sem embates, pois as políticas sociais situam-se em um terreno de disputas entre projetos distintos. Na saúde, com a adoção do ideário neoliberal, assiste-se a disputa entre o projeto da reforma sanitária e o projeto da reforma privatista e, nesse contexto, a intersectorialidade “pode ser abordada a partir de uma perspectiva conservadora que visa a “reforma” do Estado ou a partir de uma reflexão crítica e progressista em que a intersectorialidade pressupõe os usuários enquanto cidadãos de direitos” (CAVALCANTI; FRANÇA, 2013, p. 1).

Entre as dificuldades identificadas pelos autores dos artigos para construir ações intersectoriais no âmbito da saúde mental, as que mais se destacaram foram as relacionadas com as questões objetivas, que dizem respeito às restrições da configuração da própria política social em um contexto de neoliberalismo e da fragmentação e precarização da rede intersectorial, conforme visualizado nos extratos abaixo:

“Apontamos como conclusão que os usuários do HDRM se beneficiam do dispositivo assistencial, não só pela narrativa da maioria, mas também porque contam com uma abordagem que implica na construção de respostas objetivas e subjetivas para o acesso a outras Políticas Sociais. Acesso este problematizado, articulado e viabilizado pelo profissional do Serviço Social, ainda que marcado por muitas dificuldades considerando o acirramento da precarização das condições de vida do público em questão e pelo retrocesso do Estado no que se refere à responsabilização pelas Políticas Sociais Públicas” (Artigo 1).

“Há um reconhecimento dos profissionais da área da necessidade de um atendimento integral, porém essa integralidade recai sobre o próprio serviço, onde o usuário é atendido de forma completa, não acessando as outras políticas sociais. Essa integralidade sugerida pela política de seguridade social não atinge diretamente o cidadão usuário da saúde mental, uma vez que não só a saúde mental como expressão da questão social dá conta de ser atendida de forma integrada pelo sistema. O sistema de seguridade social, apesar de 12 anos de existência, não criou bases concretas de acesso à população, necessitando de uma análise mais ampla de como ele vem se “ajustando” frente à lógica neoliberal imposta no final da década de 90 do século passado” (Artigo 2)

Como visto, o projeto neoliberal tende a dificultar a concretização da intersetorialidade nas políticas sociais, não havendo por parte do Estado uma responsabilização pela garantia da integralidade do cuidado, destinando muitas vezes essa responsabilidade as Organizações Não-governamentais e à sociedade civil como um todo. Ademais, a configuração setorializada das políticas sociais, sendo a PSM um segmento da política de saúde, pode dificultar ainda mais a efetivação da intersetorialidade no âmbito da saúde mental:

“Pelo fato de se opor à lógica vertical, hierárquica e desarticulada que caracteriza a gestão e a formulação da política social, a gestão em rede intersetorial vem se mostrando como uma alternativa difícil. [...] Sabemos que os desafios são grandes e falar em intersetorialidade em um contexto no qual as políticas são formuladas setorialmente é uma ousadia, porém, não temos dúvida acerca de sua importância para o usuário e para o trabalho profissional” (Artigo 9).

Essa estrutura hierarquizada e burocrática das políticas sociais tendem a fazer com que esses espaços sejam permeados por interesses político-partidários e privatistas, refletindo diretamente na distribuição desigual de recursos e na precarização de tais políticas. A precariedade, bem como a falta de recursos da PSM, também é identificado pelos autores dos artigos como um fator que dificulta na construção da intersetorialidade no âmbito da saúde mental:

“Os dados coletados nos permitem inferir que a precariedade da rede de atenção psicossocial compromete o desenvolvimento de ações intersetoriais. As ações ficam restritas aos encaminhamentos individuais, através do contato telefônico, visando à articulação com alguns programas e serviços de forma pontual e fragmentada. Portanto, o processo de intersetorialidade no campo da saúde mental em Juiz de Fora ainda é uma realidade distante” (Artigo 4).

“No entanto, percebemos que, apesar dos avanços ocorridos no campo da saúde mental, e na ampliação das equipes, os serviços instalados em todo território nacional, se deparam com desafios que impedem o atendimento integral e adequado às pessoas socialmente excluídos imersas na realidade do sofrimento psíquico. Ainda, verificam-se dificuldades na realização e concretização desse trabalho articulado, tendo em vista a correlação de forças, a burocracia e hierarquia existentes em cada instituição, desperdiçando tempo e recursos e dificultando ainda mais o acesso aos serviços” (Artigo 7).

O excesso de burocracia nas instituições públicas é outro fator que aparece como gerador de dificuldades na realização do trabalho intersetorial. De acordo com Filho e Gurgel (2016), com a CF de 1988, delineou-se no Brasil a construção de um Estado de Bem-Estar de cunho universalista e institucional estruturado em uma ordem administrativa burocrática, fundada na “impessoalidade e no mérito” (FILHO; GURGEL, 2016, p. 169). Contudo, ainda segundo os autores, com a contrarreforma do Estado a partir da adoção do ideário neoliberal, a ordem administrativa brasileira passa a ser fundada em uma imbricação do patrimonialismo com a burocracia. Ou seja, o Estado passa a não assumir suas funções, transferindo a responsabilidade pela administração pública para o setor privado através da privatização, publicização e concessão.

Essa lógica perpassa a gestão administrativa das políticas sociais, que atualmente são marcadas pela flexibilização e precarização, com redução dos gastos sociais e forte centralização burocrática. Esse cenário impacta diretamente na forma como os profissionais exercem suas funções, pois além disso há o enfraquecimento da classe trabalhadora e a precarização das condições de trabalho com péssimos salários e vínculos instáveis.

Diante de tais dificuldades, o profissional não deve ser culpabilizado por não conseguir efetivar a intersectorialidade em seu processo de trabalho, pois muitas das condições objetivas relatadas anteriormente acabam se tornando empecilhos ou transformando essas articulações em ações pontuais e imediatistas. No SUS, segundo Costa (2010), como a política de saúde não é executada pela perspectiva da integralidade da atenção, as articulações intersectoriais costumam ocorrer, principalmente, em condições agudas e emergenciais e a depender do compromisso e do conhecimento do profissional que executa a atividade.

Nos artigos analisados, os assistentes sociais tendem a assumir a intersectorialidade em suas práticas profissionais, contudo, diante das dificuldades identificadas, muitas vezes essas ações acabam ou não acontecendo ou sendo processadas de maneira fragmentada.

Outros dois aspectos apontados como dificuldade entre os autores para a construção de ações intersectoriais, mais com menor incidência, foram questões de ordem subjetivas como: a) o fato da intersectorialidade ainda ser pouco conhecida e utilizada entre as equipes de saúde mental e a falsa percepção da equipe de que a intersectorialidade é apenas atribuição do assistente social e b) o preconceito e

estigma ainda existentes relacionadas às pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas:

“Do contrário temos os limites que aparecem e precisam ser superados; fragilidade da rede ainda não instituída conforme apregoa a legislação, o preconceito da sociedade que ainda não enxerga a pessoa com transtorno como sujeito de direitos, prevalecendo o estigma da “periculosidade”, a lógica do trabalho em rede que nem sempre é compreendida por todos como uma estratégia de assistência capaz de ofertar a proteção social” (Artigo 6).

“A intersetorialidade se configura como um tema pouco discutido nos serviços públicos que ofertam atendimentos de acompanhamento prolongado de usuários em situação de vulnerabilidade e risco social, nesse sentido, as ações acontecem de forma fragmentada. Desse modo, em um local se observam as necessidades de saúde, em outro de assistência social, já na escola somente as questões educacionais e assim por diante” (Artigo 8).

“[...] a intersetorialidade na área está se tornando uma preocupação da gestão municipal, mas ainda é pouco debatida; ocorrem iniciativas integradas entre as redes SUS e SUAS, mas ainda de forma incipiente; Necessidade de aproximação dos setores para atuarem em conjunto; As ações intersetoriais são pouco utilizadas na prática cotidiana; Não existem fluxos e protocolos ainda estabelecidos no que se refere aos usuários substância psicoativa; Dificuldade existente na integração e planejamento das ações assistenciais” (Artigo 10).

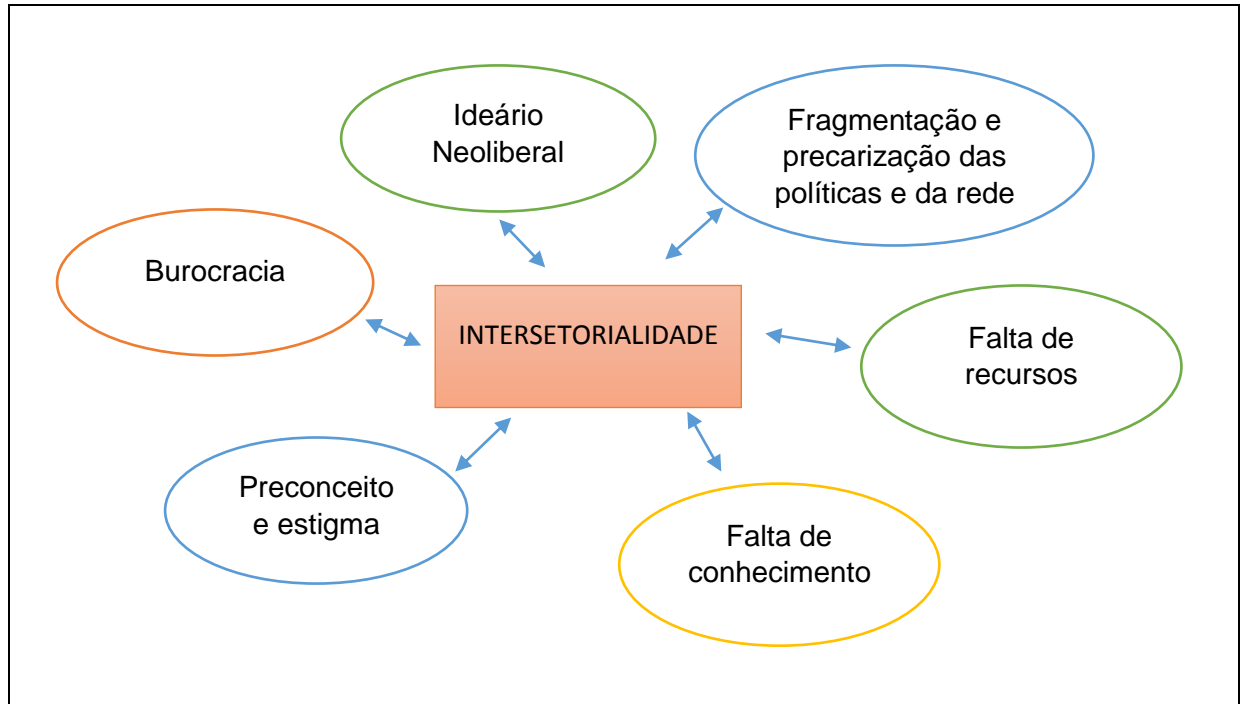
Em relação ao primeiro aspecto, analisa-se que este pode estar relacionado à intersetorialidade só ter sido inserida mais amplamente no campo da saúde mental recentemente, mais precisamente após a IV CNSM – Intersetorial. Nesse sentido, não é assumida como uma prioridade pela equipe e nem pela gestão dos serviços de saúde mental, com o estabelecimento de protocolos e fluxos para a realização das ações intersetoriais, ficando muitas vezes tal atribuição a cargo do assistente social e dependendo da capacidade deste em mobilizar a rede assistencial.

Já em relação ao segundo aspecto, o preconceito em relação aos usuários da PSM, bem como às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, ainda é uma realidade, tanto na sociedade de forma geral, como nas próprias instituições de saúde e sociais. São aspectos que passam pela visão de mundo e por questões culturais e religiosas da equipe. Os usuários da PSM ao sofrerem os efeitos do preconceito e da estigmatização evitam buscar atendimento, “agravando os problemas de saúde e, mesmo quando procuram o tratamento, a adesão é baixa,

caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória” (RONZANI, 2014, p. 11).

Como tentativa de sistematizar as principais dificuldades identificadas nos artigos, elaborou-se a figura abaixo:

Figura 4: Sistematização das principais dificuldades na construção de ações intersetoriais



Fonte: Elaboração própria. Pesquisa bibliográfica (2019).

Por fim, conclui-se que para os assistentes sociais as dificuldades encontradas para efetivar ações intersetoriais no âmbito da saúde mental perpassam principalmente pelas questões de ordem objetivas, que estão relacionadas com a estrutura fragmentada das políticas sociais e com o contexto de contrarreforma do Estado propostos pelo neoliberalismo, que impactam diretamente na forma como a intersectorialidade tem sido incorporada nas suas práticas profissionais. Contudo, aspectos de ordem subjetivas, tais quais a dificuldade da equipe profissional em compreender o processamento da intersectorialidade e disso resultar na falsa ideia de que cabe apenas ao assistente social operacionalizar ações intersetoriais, bem como o estigma e preconceito direcionado aos usuários da PSM também são identificados pelos assistentes sociais como dificuldades para a efetivação da intersectorialidade no campo da saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate em torno da intersetorialidade tem sido presente no âmbito das políticas públicas e sociais, não sendo compreendida por uma única aproximação conceitual, mas a partir de diferentes abordagens.

Sem dúvidas, essas diferentes formas em definir ou buscar compreender a intersetorialidade refletem a frágil consolidação da seguridade social, bem como a persistente fragmentação da ação do Estado e das políticas públicas em um contexto de avanço da ofensiva neoliberal. No entanto, a literatura é consensual em compreender a intersetorialidade como uma possibilidade de minimizar as sequelas da “questão social” e viabilizar o atendimento das necessidades dos usuários das políticas sociais integralmente.

Especificamente no campo da saúde mental, cabe-nos afirmar que a intersetorialidade se configura como uma ferramenta fundamental para contribuir com o processo de desinstitucionalização e com o acesso dos usuários aos direitos sociais e de cidadania. Tal aspecto se revela, principalmente, com a transformação no paradigma do cuidado e com a intersetorialidade sendo requisitada no interior dos serviços substitutivos a partir de processos de trabalho baseados na clínica ampliada e em novas “tecnologias de cuidado” desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais.

Nesse contexto, o assistente social compõe as equipes multiprofissionais dos serviços sócio ocupacionais da saúde mental e trabalha com a dimensão social da Reforma Psiquiátrica. Portanto, tem assumido e “operacionalizado” ações intersetoriais como uma estratégia para ampliar o escopo do atendimento das demandas dos usuários na sua totalidade.

Além de utilizar a intersetorialidade como uma estratégia profissional, o assistente social também tem pesquisado e produzido trabalhos sobre a intersetorialidade a partir de diferentes perspectivas, mas com centralidade da perspectiva crítica (CARVALHO, 2017; CAVALCANTI, 2013; COSTA, 2010; MACÊDO, 2013; MIOTO; SCHUTZ, 2011; PEREIRA, 2015; FERNANDES; RIBEIRO, 2016). Contudo, pesquisas relacionadas à intersetorialidade no âmbito da saúde mental ainda são ínfimas, pois a maioria estão relacionadas à intersetorialidade na área da saúde ou no âmbito do Serviço Social de forma genérica.

Resultado semelhante foi identificado nos trabalhos publicados nos CBAS de 2001 a 2016. Constatou-se que existe uma produção relevante acerca da temática da intersetorialidade, no entanto, quando relacionada ao campo da saúde mental, esta relação ainda é incipiente. Sendo assim, os artigos analisados nas sínteses integradoras majoritariamente são decorrentes das discussões em torno da atuação do assistente social no campo da saúde mental, sendo a intersetorialidade identificada no âmbito das práticas sociais.

Tal assertiva corrobora com a importância da presente pesquisa para o Serviço Social no sentido de ampliar a compreensão da categoria acerca da intersetorialidade, sobretudo em um campo de atuação como a saúde mental que, apesar de se constituir como um dos principais mercados empregadores dos assistentes sociais e campo de estágio para as unidades formadoras, acumula pouca produção de conhecimento, além de ser um pouco incorporada como temática no processo formativo nas instituições de ensino superior.

Os artigos analisados no decurso da pesquisa evidenciam que o Serviço Social, inserido no âmbito da saúde mental, incorpora o debate sobre a intersetorialidade existente nesse campo e, nesse sentido, tem relacionado tal tema às discussões presentes na narrativa da Reforma Psiquiátrica, como trabalho em rede, interdisciplinaridade e território.

No tocante as compreensões sobre a intersetorialidade do Serviço Social na saúde mental, vislumbra-se que os pesquisadores recebem influência de autores da literatura que debatem a intersetorialidade no campo das políticas públicas e da saúde coletiva, bem como de autores do Serviço Social que interpretam a intersetorialidade relacionando-a aos direitos sociais e à seguridade social. Desse modo, é possível identificar artigos em que a intersetorialidade é compreendida pela perspectiva do trabalho em rede, mas também da interdisciplinaridade, integralidade do cuidado e da efetivação dos direitos sociais. Além disso, percebe-se que os autores compreendem a intersetorialidade a partir de conceitos como acolhimento e “questão social”.

Esses resultados demonstram que o Serviço Social não compreende a intersetorialidade a partir de uma única perspectiva teórica, mas que incorpora elementos tanto do campo teórico quanto da prática profissional. Sendo assim, pode-se afirmar que a intersetorialidade é compreendida pelos assistentes sociais como um mecanismo que auxilia no acolhimento e atendimento às necessidades

dos usuários da saúde mental integralmente, sendo operacionalizada a partir do trabalho intersetorial e interdisciplinar em rede.

Quanto à forma como a intersetorialidade tem sido acionada na prática profissional do assistente social, esta análise investigativa aponta que o Serviço Social utiliza principalmente o encaminhamento, além de estratégias como visitas institucionais, contatos telefônicos e reuniões para estabelecer diálogo com as outras políticas setoriais, entre as quais as mais acionadas para viabilizar os direitos sociais dos usuários são as políticas sociais que fazem parte da seguridade social (assistência e previdência social). Para tanto, a maneira como essa articulação é materializada depende da capacidade profissional em conjugar as dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

Mesmo em um contexto contraditório, verifica-se que o assistente social na saúde mental tem assumido a intersetorialidade como uma atribuição. No entanto, esse profissional identifica dificuldades existentes para a “operacionalização” dessas ações. Com maior incidência estão as dificuldades relacionadas com as questões objetivas, que dizem respeito a configuração fragmentada e precarizada das políticas sociais, a desresponsabilização do Estado frente à garantia dos direitos sociais, as péssimas condições de trabalho e a burocratização do trabalho nas instituições públicas. Mas também apontam questões de ordem subjetivas como a falta de conhecimento da equipe acerca da intersetorialidade, a falsa percepção da equipe de que a intersetorialidade é uma atribuição apenas do Serviço Social e o preconceito que ainda existe em relação ao sofrimento mental e uso de drogas.

Nesse sentido, constatou-se que o Serviço Social encontra barreiras de ordem objetivas e subjetivas para efetivar ações intersetoriais em sua prática profissional, resultando ou em atividades pontuais e emergenciais ou na não efetivação de tais propostas, o que ratifica a hipótese defendida em nossa pesquisa.

No mais, apesar da conjuntura desfavorável, considera-se fundamental que os serviços da saúde mental sejam intersetoriais, que as equipes articulem os diversos serviços da RAPS e das outras políticas setoriais para viabilizar o acesso dos usuários aos direitos sociais. E por fim, espera-se que a presente pesquisa desperte no Serviço Social a ampliação do debate acerca da intersetorialidade, bem como contribua com o fortalecimento da prática profissional, sobretudo para proporcionar aos usuários da saúde mental a integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. O Debate da Intersetorialidade nos Artigos de Inojosa e Junqueira. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). **CD-ROM**. Olinda, 2016.
- ALMEIDA, N. L. T. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, A.E et al (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- ALMEIDA, B. L. F. **A Produção do Conhecimento e as Tendências da Pesquisa em Serviço Social: uma análise dos últimos 30 anos**. João Pessoa: UFPB/CCHLA/PPGSS, 2014 (mimeo).
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p.
- _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.45-65. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/288402110/A-Clinica-e-a-Reforma-Psiquiatica>>. Acesso em: 15 fev. 2018.
- _____. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA et al (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008. p. 735-759.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a Luta por uma Sociedade sem Manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ed. 23, n. 6, 2018. p. 2067-2074. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>> Acesso em: 28. nov. 2018.
- ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência & Saúde coletiva**, v. 19, n. 11, 2014. p. 4291-300. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>>. Acesso em: 28. nov. 2018.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contrarreforma – desestruturação do Estado e perda de direitos**. 3.ed. Editora Cortez, 2008.
- _____. Política social no contexto da crise capitalista. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 302-321. Disponível em: < http://canaldoassistentesocial.com.br/wp-content/uploads/2018/04/4_Politica_Social_no_Contexto_de_Crise_Capitalista.pdf > Acesso em: 15 jan. 2018.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Susana. Intersectorialidade e Fragmentação: partículas a respeito. In: BELLINI, M. I. B.; FALER, C. S. (Org.). **Intersectorialidade e Políticas Sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. 224 p.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOURGUINON, J. A. Concepção de Rede Intersectorial. **Net**, 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 13 de ago. de 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm>: Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Relatório 12ª. Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Portaria 4. 279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 22 dez. 2018.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em 24 set. 2018.

_____. Lei n.º 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. **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e Política de Saúde mental no Brasil.

Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Decreto Nº 7.508/11. **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília, 2011

_____. Portaria nº 106/GM/MS. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em: 13 jan. 2019.

_____. Portaria nº 336. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da República do Brasil**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em: 18 jan. 2019.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados 12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/ SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (Org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 4.ed, 2011.

BRAVO, M. I. S. et al. As Contrarreformas na Política de Saúde do Governo Temer. **Revista Argumentum**, v. 10. n.1, jan./abr., 2018. p. 9-23. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em: 15 mar. 2019

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. 210 p.

BOSCCHETTI, I. SALVADOR, E. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: quem paga a conta? In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BOTELHO, R. L. L.; CUNHA, C. C.; MACEDO, M. O Método de Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**. vol. 5. n.11, mai./ago., 2011. p. 121-136, Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007. p. 77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

CAMPOS, W. G. S. et al. A Aplicação da Metodologia Paideia no Apoio Institucional, no Apoio Matricial e na Clínica Ampliada. **Interface Comunicação Saúde Educação**. 18 Supl. 1:983-95, 2014.

CARVALHO, R. N. Abordagens e Paradoxos da Interdisciplinaridade: análises sobre o contexto da saúde. Conquistas e inflexões. In: **Saúde em Foco: visibilidades no contexto atual** Editora Universitária - UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2010.

_____. **A Complexa Produção da Intersetorialidade no Campo da Saúde Mental**. Tese de Doutorado (Ciências Sociais). Paraíba: PPGS/ UFPB, 2015.

_____. **As Impossibilidades da Prática Interdisciplinar no Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB: uma análise a partir da vivência dos profissionais do distrito IV**. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Paraíba: PPGSS/UFPB, 2008

_____. **A Complexa Produção da Intersetorialidade: uma análise bibliográfica da produção científica (2001-2016)**. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/acomplexaproducaodaintersetorialidadeumaanalisebibliograficadaproducaocientifica20012016.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAVALCANTI, P. B. Apontamentos sobre o Despertar da Assistência Psiquiátrica Nacional. **Revista Teoria Política e Social**. v.1, n.1, p.123-130, dez. 2008.

Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tps/article/view/2956/2517>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

CAVALCANTI, P. B. et al. A Intersetorialidade enquanto Estratégia Profissional do Serviço Social na Saúde. **Revista do Departamento de Ciências Humanas - Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 39, 2013. p. 192-215. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3153/3060>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CAVALCANTI, P. B.; FRANÇA, M. C. A intersectorialidade e o Assistente Social na Saúde. **Net**. 2013. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/12.pdf>>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

COSTA, M. D. H. da. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado (Serviço Social). Recife: PPGSS/UFPE, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS SOBRE DA SAÚDE (CNDSS). **As Causas da Iniquidades Sociais em Saúde no Brasil**. Relatório CNDSS: Brasília (DF), 2008.

CFESS. **Código de Ética do/a assistente social - Lei 8662/93**. 10ª ed. ver. Atual – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009.

CUNHA, P. L. P. da; CUNHA, C.S. da; ALVES, P.F. (orgs.). In: **Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação-EAD, 2014. (recurso eletrônico; E-book).

DEMO, P. **Introdução à Metodologia da Ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

DIAS, C. B. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **Net**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é Ultrapassar Fronteiras Sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, jan./abr. 2009.

FERNANDES, J. C.; RIBEIRO, C. S. Saúde Mental e Serviço Social: entre o campo e núcleo. **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 45-72.

FERTONATI, H. P. et al. Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20. n. 6, 2015. p. 1869-1878. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract>. Acesso em: 23 mar. 2018.

FEUERWERKER, L; COSTA, H. Intersectorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 22, 2000. Disponível em: <<Http://www.redeunida.org.br/index.asp>>. Acesso em: 16 de set. de 2018.

FILHO, R. S.; GURGEL, C. **Gestão Democrática e Serviço Social: princípios e propostas para a intervenção crítica**. v.7. São Paulo: Cortez, 2016.

FONSECA, C, C. A Formação em Serviço Social: conteúdos programáticos e SUAs tendências teórico-metodológicas. **Revista Temporalis**. Brasília, ano 16, n.32, 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. L. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. 2012. p. 151-163.

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, 2005. p.109-122.

GALDINO, S. B. **A Produção de Conhecimentos no Serviço Social: entre a hegemonia marxista e a pós-modernidade**. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). João Pessoa: UFPB/ CCHLA/ PPGSS, 2016. Disponível em: < <https://docero.com.br/doc/xnc15s>> Acesso em: 15 out. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, E. Q. O SUS e a Organização dos Serviços de Saúde. In: **Saúde em Foco: visibilidades no contexto atual**. Editora Universitária -UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2010.

GUARÁ, I. M. et. al. **Gestão Municipal dos Serviços de Atenção à Criança e ao Adolescente**. São Paulo: IEE/PUC – SP. Brasília: SAS/MPAS, 1998.

HARVEY, D. **A Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

INOJOSA R. M. **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. Cadernos Fundap. São Paulo, n.22, 2001. p. 102-110.

JAPIASSU, H. **A interdisciplinaridade e a Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS, T. B. et al. A Intersectorialidade das Políticas Públicas no Processo de Remoção da Vila Dique: tecendo a rede da promoção da saúde? In: BELLINI, M. I. B.; FALER, C. S. (Org.). **Intersectorialidade e Políticas Sociais: interfaces e diálogos**. Dados Eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. p. 224.

JUNQUEIRA, L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e Intersectorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Série Concurso de Ensayos. CLAD: UNESCO/CLAD, 1997.

JUNQUEIRA, L.A. **Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal**. *Revista de Administração Pública*. v. 32, n.2. Rio de Janeiro, 1998. p. 11-22.

_____. Intersectorialidade, Transectorialidade e Redes Sociais na Saúde. *Revista de Administração Pública*. v. 34, n. 6. Rio de Janeiro, 2000. p. 35-45. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>> Acesso em: 15. Abr. 2018.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

KRUGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v.17, n. 2, jul./dez. 2014. p. 218-226. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200218&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 23 abr. 2018.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista katálisis*, Florianópolis. v. 10, n. esp. 2007. p. 37-45.

MACÊDO, E. F. T. **O Desafio da Intersectorialidade na Prática do Assistente Social na Saúde**. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Paraíba: UFPB, 2013.

MACHADO, L. A. **Construindo a Intersectorialidade**. 2008. Disponível em: <Portalses.saude.sc.gov.br>. Acesso em 16 de ago. 2018.

MAURIEL, A. P. Pobreza, Seguridade e Assistência Social: desafios da política social brasileira. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimento e Construção de Hegemonia**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 179-195.

MERHY, E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. **VER-SUS Brasil – Caderno de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

MIOTO, R. C. Família, Trabalho com Famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.12, n. 2, 2010. p. 163-176, jan./jun.

MIRANDA, A. P. R. S. Política de Saúde no Brasil: conquistas e inflexões. In: **Saúde em Foco: visibilidades no contexto atual**. Universitária - UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2010.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política Social e Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, Brasília, v. 12, n.26, jan./ jun. 2009. p. 200-220. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo2/oral/35_intersetorialidade....pdf> Acesso em: 27 jun. 2018.

_____. **Da Seguridade Social à Intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acesso em: 23 ago. 2018.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de Serviço Social)

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a Intersetorialidade entre as Políticas Públicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 101. São Paulo, 2010. p. 95-120.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Cinco Notas a Propósito da Questão Social. **Revista Temporalis**. n. 3. Brasília, 2001.

_____. Estado e Questão Social no Capitalismo dos Monopólios. In: **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 15-48.

_____. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n.84. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, A. C. et al. As “Práticas Terapêuticas” ou “Serviço Social Clínico”: uma retomada das ideias conservadoras na profissão. **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fita**. Maceió, v.1, n.1, nov. 2012. p. 23-30.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULA, K. A. et al. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde de família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto, Brasil. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, mar./ago., 2004. p.331-348. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 mai. 2018.

PEREIRA, P. A. P. **A intersetorialidade das Políticas Sociais numa Perspectiva Dialética. [S. I.]**. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/325336313/Texto-Potyara-Intersectorialidade>>. Acesso em: 25 de ago., 2018.

_____. **A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.

PEREIRA, K. Y. D. L. TEIXEIRA, S. M. Redes e Intersectorialidade nas Políticas Sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. In: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n.1, 2013. p. 114-127. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990/9619>> Acesso em: 20 dez. 2018.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG**, Mato Grosso, v. 35, 2001. 35 p. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>> Acesso em: 25 abr. 2018.

RABELO, J. B. A Intersectorialidade da Política de Saúde e os Reflexos no Desenvolvimento das Ações de Saúde Mental. **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais (CONLAB)**. Salvador, 2011.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____. Intervenção Profissional do Assistente Social e as Condições de Trabalho no SUAS. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.104, 2010. p. 750-772, out./dez.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In, TUNDIS S. A.; COSTA, W. R. (org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 2007.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 set. 2018.

ROCHA, T. S. **A Saúde Mental como Campo de Intervenção Profissional dos Assistentes Sociais: limites, desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Rio de Janeiro: UFF, 2012.

ROSA, L. C. dos S. **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. O Impacto do Transtorno Mental e o Provimento de Cuidado na Família. Anais do 10º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). **CD-ROM**. Rio de Janeiro, 2001.

RONZANI, T. M. et al. **Reduzindo o Estigma entre Usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. 24 p.

SANTOS, M. **Estado, Política Social e Controle Social**. 1. ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

SANTOS, V.M. A Captura do Fundo Público na Política de Saúde: o fortalecimento do setor privado. **Revista Argumentum**. Vitória, v.1, n.3. 2018. p. 203-216.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 2001.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersectorialidade e Política Social: subsídios para o debate. **Revista Sociedade em Debate**. Pelotas, v. 16, n.1 jan./jun. 2010. p. 59-75. Disponível em: < <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>> Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. Intersectorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. **DIPROSUL**. Pelotas, 2011. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 24 de jul. 2018.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersectorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, 2011. p. 640-655.

SILVA JUNIOR, A. G. D.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **Net**. 2007. Disponível em: < <http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsr/rismaterialdidatico63.pdf> > Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, P. A. et al. Atuação em Equipes Multiprofissionais de Saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 1, 2013. p.153-160. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/929/92926313018/>>. Acesso em: 27 set. 2018.

SILVA e SILVA, M. O.; CARVALHO, D. B. B. **Serviço Social, Pós-Graduação e Produção de Conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

SITCOVSKY. M. Dez Anos de Governo do Partido dos Trabalhadores: pós neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, transferência de renda e hegemonia. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan./jul., 2013. p. 117-139

SOUZA, M. M. et al. Política Nacional sobre Drogas e Saúde Mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.5, n.11, 2013. p. 67-87. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2404/2890>>. Acesso em: 27 set. 2018.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. São Paulo, v.34, 2000. p. 63-80. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

UCHÔA, R. Resultados da pesquisa Serviço Social Interfaces com a Saúde? O ensino da política de saúde na formação profissional dos assistenciais sociais no Brasil. **Revista Temporalis**, n. 13, jan-jun, 2007. p. 185-200.

VASCONCELOS, A. M. Profissões de Saúde, Ética Profissional e Seguridade Social. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Abordagens Psicossociais. v.1. **História, Teoria e Trabalho no Campo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Matriz de síntese: Roteiro de leitura

ROTEIRO PARA LEITURA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA – PPGSS / 2017.1

REFERÊNCIA DA OBRA
1. Título:
1.2 Autoria:
2. Ano:
3. Eixo Temático:

CARACTERIZAÇÃO DA OBRA
1. Objeto / enfoque:
2. Objetivo:
3. Palavras-chave:
4. Tipo de pesquisa/ estudo: <input type="checkbox"/> pesquisa de campo; <input type="checkbox"/> pesquisa bibliográfica/ revisão de literatura; <input type="checkbox"/> estudo de caso; <input type="checkbox"/> pesquisa documental; <input type="checkbox"/> Estudo Teórico; <input type="checkbox"/> relato de experiência; <input type="checkbox"/> Pesquisa-ação; <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

CONTRIBUIÇÕES DA OBRA
1. Incidência de temáticas: <input type="checkbox"/> Reforma psiquiátrica; <input type="checkbox"/> Institucionalização/ desinstitucionalização; <input type="checkbox"/> Rede de atenção psicossocial; <input type="checkbox"/> Educação permanente; <input type="checkbox"/> Controle social; <input type="checkbox"/> Direitos sociais e cidadania; <input type="checkbox"/> Políticas públicas, políticas sociais e proteção social; <input type="checkbox"/> Família; <input type="checkbox"/> Trabalho; <input type="checkbox"/> Arte; <input type="checkbox"/> Economia solidária; <input type="checkbox"/> Drogas; <input type="checkbox"/> Gênero; <input type="checkbox"/> Idoso; <input type="checkbox"/> Criança e adolescente; <input type="checkbox"/> Serviço Social e saúde mental;

- Exercício profissional;
- Projeto ético-político profissional.
- Outra. Qual? _____

2. Principais Políticas Articuladas:

- Saúde;
- Assistência social;
- Previdência social;
- Sistema público de justiça;
- Educação;
- Esporte, cultura e lazer;
- Habitação;
- Inserção no trabalho.
- Outra. Qual? _____

2. Concepção sobre Intersetorialidade:

-

3. Principais demandas que podem exigir ações intersetoriais:

- Atendimento individual aos usuários em situação de crise;
- Orientação sobre a doença e tratamento;
- Orientação sobre direitos sociais;
- Outras. Quais? _____

6. Dificuldades em realizar os arranjos intersetoriais:

- Equipe não integrada;
- Falta de apoio e recurso dos órgãos gestores da política de saúde mental;
- Burocracia;
- Falta de tempo, devido à grande demanda por assistência;
- Preconceito e/ou estigma relacionado aos usuários da saúde mental;
- Fragmentação da Rede Intersetorial.
- Outras. Quais? _____