

**Artigo publicado em:** Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** SP: Ed.Hucitec. 2010: 271-279

**Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial.**

**Considerações preliminares.**

**Maria Cristina Ventura Couto\***

**Pedro Gabriel Godinho Delgado\*\*<sup>1</sup>**

Quando, no início deste século XXI, foram propostas as bases para o desenvolvimento de uma política pública de saúde mental dirigida às crianças e adolescentes brasileiros, a intersectorialidade foi destacada como princípio fundamental para montagem da rede de cuidados (1,2). Naquele momento já havia uma longa história percorrida em nome da política geral de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para as necessidades da população adulta. Por força da necessidade de substituir o modelo asilar – calcado na noção tutela do louco e na centralidade do dispositivo hospitalar - pelo modelo comunitário, a política brasileira de saúde mental colocou no centro do debate a questão da autonomia do paciente como norte ético e orientador das ações a serem construídas, tendo a intersectorialidade papel relevante, mas suplementar. Foi a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersectorial como marco de referência, revelando possibilidades e desafios que vêm se mostrando extensíveis a todo o campo. Entretanto, a inscrição de uma direção e lógica para o trabalho não bastam. São necessários alguns passos para que sejam retiradas do fundamento intersectorial conseqüências concretas capazes de alterar o cenário público da assistência e produzir diferenças reais no modo de operar o cuidado.

A ação intersectorial vem sendo, na atualidade, alçada como estratégia privilegiada para promoção da integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas, com ênfase na gestão e no planejamento (3). Os modos de operacionalizá-la e traduzi-la podem, no entanto, ser muito distintos conforme o setor público que a elege como prioridade, sendo consenso apenas o reconhecimento de que práticas intersectoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, frente aos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias.

---

<sup>1</sup> \* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROPSAM/IPUB/UFRJ). Consultora do Ministério da Saúde para área da saúde mental infantil e juvenil. Supervisora do CAPSi CARIM/IPUB/UFRJ.

\*\* Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (MS).

No caso da política de saúde mental infantil brasileira, o princípio intersetorial se impôs desde o início como a única condição de possibilidade para construção no país de um sistema de serviços capaz de responder às diferentes ordens de problemas envolvidos no cuidado e tratamento de crianças e jovens. O reconhecimento de uma dívida histórica por parte da saúde mental pública para com esta população (4), aliado à constatação de uma dispersão da assistência por diferentes setores públicos, principalmente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, fez da intersetorialidade um ponto de partida para implantação e gestão da saúde mental infantil, invertendo o processo comum a outras políticas públicas nacionais que chegam a ela depois de terem percorrido alguns caminhos e avaliado a pouca efetividade dos resultados alcançados.

No contexto internacional, autores de diferentes países têm também destacado a colaboração entre setores (*multi-agency collaboration*) (5) como componente indispensável para organização da oferta de serviços de saúde mental voltados às necessidades de crianças e adolescentes (SMCA) (6). A ênfase na parceria intersetorial advém da constatação de alguns problemas comuns, ainda não superados na extensa maioria dos países: a) a existência de significativa fragmentação nos serviços de SMCA, b) o reconhecimento de que crianças com necessidades em saúde mental acessam e freqüentam instituições que não as de saúde mental (6), c) a necessidade de superar a defasagem assistencial ainda presente mesmo nos países desenvolvidos. De maneira geral, o entendimento é o de que muitas crianças com problemas de saúde mental circulam por diferentes instituições, de diferentes setores, e o de que muitas outras sequer acessam serviços de quaisquer naturezas. Deste modo, seria impossível esperar de apenas um profissional, uma instituição ou um setor que pudesse responder pelo espectro das necessidades e dificuldades encontradas, e mesmo pela superação da lacuna assistencial existente. Além disso, tem sido consenso a avaliação de que será improvável num futuro próximo que apenas a saúde mental possa responder pela ampliação do acesso e do cuidado ao enorme contingente de crianças e adolescentes com demanda de assistência (7). Frente à complexidade e magnitude da questão, estudiosos têm afirmado que diferentes profissionais, de setores diversos, devem desenvolver melhor acuidade em relação aos problemas de saúde mental que concernem crianças e jovens, de tal forma que possam intervir em muitos deles (5) e se tornem qualificados para proceder aos encaminhamentos necessários em situações específicas. A colaboração entre profissionais deverá contar com a montagem de estratégias de articulação da saúde mental com a atenção primária, educação, assistência social e outros setores freqüentados pela população em questão, como as do matriciamento, supervisão, atendimento em parceria, treinamento continuado e outras afins.

No caso brasileiro, além de uma exigência para planejamento, gestão e ampliação do acesso, o fundamento intersetorial de construção da rede indica forte filiação com as exigências da clínica com a criança e o adolescente sob o marco da atenção psicossocial, ampliando a potência do fundamento *princeps* da saúde mental pública, qual seja, a intrínseca articulação entre o que é próprio à política com o que é próprio à clínica.

Com o paradigma da atenção psicossocial (8), a clínica na saúde mental foi redimensionada e qualificada como **ampliada** (9) por incorporar na lida cotidiana das equipes *as dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental, incorporando à prática aquilo que era tradicionalmente considerado extra clínico* (10). Com a clínica ampliada foi deslocado o processo de tratamento da doença para o da pessoa doente e agregado ao campo do cuidado outros saberes além dos já tradicionalmente reconhecidos como clínicos. Nas experiências com a população adulta – segmento prioritário nas primeiras décadas da saúde mental como programa do SUS -, esta incorporação de novos saberes serviu, muitas vezes, apenas para ampliar internamente a base de responsabilidade do próprio campo da saúde mental, com pouca ou nenhuma incidência sobre os outros campos ou setores.

No caso da saúde mental infantil e juvenil, a necessidade de iniciar intersetorialmente a construção da rede, somada ao fato de que o tratamento requer trabalho permanente com outras instituições ou setores, a começar pelo trabalho com a família e escola, tem indicado a possibilidade de mudanças e remanejamentos não apenas no setor da saúde mental, mas nos demais setores que integram o que vem sendo nomeado como *rede pública ampliada de atenção*<sup>2</sup>.

Neste artigo, defenderemos que o maior ou menor impacto nos reordenamentos setoriais depende de que a própria saúde mental tenha claro qual o seu lugar e função, assim como os dos demais setores, condição de possibilidade para que novos alinhamentos sejam construídos e novos efeitos assistenciais produzidos.

Qual a especificidade da saúde mental na ação intersetorial? Dito de outra forma: como pode se configurar uma clínica (ou prática) intersetorial de saúde mental?

### **Qual a especificidade da saúde mental na ação intersetorial?**

Embora o profundo questionamento da clínica tenha integrado o conjunto de críticas que iniciou o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento inspirador do ideário da saúde mental pública, esta última não pôde declinar de *enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura* (10). O modelo clínico, objeto das vigorosas críticas do movimento da Reforma, foi aquele oriundo da psiquiatria tradicional, calcado no paradigma problema-solução, cuja visada terapêutica era unicamente a remissão de sintomas, e que orientou por longos anos o trato da doença mental nas instituições hospitalares.

No enquadramento psicossocial, o foco passa a ser o cuidado no próprio meio social – território - e a promoção de *condições para uma existência mais favorável do paciente, incluído o objetivo de preservar ou resgatar laços de pertencimento* (11), e mesmo o de construir tais laços, como esclarecido quando do ‘encontro clínico’ da saúde mental

---

<sup>2</sup> Esta noção será discutida brevemente em outro artigo deste livro

com crianças e jovens. No espectro ampliado da saúde mental não se trata de abortar a clínica como intervenção *princeps*, tal como almejado por algumas tendências no início do movimento da Reforma; trata-se, ao contrário, de fundamentá-la com a construção de novas bases teórico-conceituais para seu exercício.

Reconhecer isto é também reconhecer que o campo discursivo e de prática da saúde mental se legitima a partir da clínica e, mais propriamente, a partir de uma certa concepção de clínica em cujo escopo nenhum sujeito pode ser reduzido a seu transtorno, onde a prática do cuidado não se reduz à exclusão mas visa a ampliação dos laços sociais, e em cujo ato está incluído o que é próprio, e singular, ao sujeito em sofrimento: sua história, seus dizeres, sua episteme particular, seus arranjos subjetivos, suas montagens sintomáticas e vias de superação, seu território e cotidiano, e as dificuldades concretas acarretadas por sua peculiar condição na existência. Uma clínica ampliada, portanto, que não se coloca em exterioridade ao fato (*pathos*) clínico, só apreensível pelo que dele se manifesta em um sujeito que é sempre contingente, histórico, territorial e singular.

A clínica assim delineada constitui a base de operação da saúde mental sob a égide da atenção psicossocial e, como tal, é o que a legitima como política pública na partilha dos mandatos sociais, representando o Estado, democrático e republicano, no enfrentamento de necessidades específicas de sua população.

Para dizer de outra forma: estamos argumentando que a dimensão clínica é o que especifica, orienta e valida a ação da saúde mental na prática intersetorial. Neste sentido, entendemos que os operadores da saúde mental só estão autorizados à parceria intersetores na condição de transmitir e fazer valer no espaço intersetorial as particularidades dos casos sob sua responsabilidade. Tais particularidades dizem respeito à dinâmica peculiar que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações, e para os quais nenhum setor isoladamente, nem a saúde mental, detém a resposta conclusiva. Será através do compartilhamento deste modo de ver específico da saúde mental que se tornará possível escutar o modo de ver do parceiro intersetorial, fazendo com que sobrevenha uma ação compartilhada. Compartilhamento que é sua condição de possibilidade e de eficácia.

Nesta linha de argumentação é preciso considerar que os demais setores são também constituídos por campos discursivos e de práticas específicos, com mandatos próprios que os legitimam na partilha pública. De forma muito geral, pode-se dizer que se o mandato da saúde mental é clínico, o da justiça é a tutela, o da assistência social é a proteção, o da educação é a formação, e assim para muitos outros. Cada um destes campos é constituído por teorias, conceitos, diretrizes, protocolos e códigos de comunicação próprios que intervêm no diálogo intersetorial, constituindo-se, muitas vezes, como barreiras à parceria.

Ao avaliar, na Inglaterra, o desenvolvimento da colaboração entre setores na montagem do sistema de serviços de SMCA, Salmon (5) registrou como uma das principais dificuldades o insuficiente entendimento das equipes sobre a cultura e funções próprias a cada setor, além da dificuldade de comunicação entre elas pelo uso

tanto de termos muito especializados e restritos à compreensão intra-setor, quanto pelo de termos iguais, mas com significados díspares ou contraditórios a depender do enquadramento setorial.

A diluição dos mandatos sociais em nome da flexibilização, a perda dos referenciais simbólicos ou a mescla aleatória deles, mais do que facilitar a parceria pode ser um obstáculo a ela. Afinal, quem é quem na partilha?

Algumas experiências têm demonstrado não ser incomum no trabalho com crianças e adolescentes o encontro com juízes, por exemplo, que em nome da tutela, 'estabelecem a necessidade, prazos para internação psiquiátrica e critérios de alta'; com equipes de saúde mental que, em nome do cuidado, 'disciplinam, moralizam e julgam, condenando ou absolvendo, pais, crianças e jovens'; com educadores que, para melhoria do aprendizado escolar, 'diagnosticam e prescrevem terapêuticas'; com abrigos da assistência social que recuam da proteção àqueles que necessitam por conta da existência de um transtorno mental – 'quem tem problema mental é para a saúde mental' -, mesmo que não tenha onde morar ou não tenha família; com defensores do direito que impedem a convivência familiar e comunitária num apelo frenético à institucionalização em 'nome da proteção e do cuidado'. Seguindo a mesma lógica, são freqüentes os encontros com equipes de saúde mental esperando que juízes saibam de antemão as vicissitudes subjetivas e psíquicas de um caso, e não subscrevam determinações judiciais, frente às quais tais equipes tendem a responder de modo subserviente sob alegação de que 'determinação judicial se cumpre, não se interroga'. Declinam, desta forma, do seu mandato de transmitir de modo consubstanciado a outros setores o que é próprio à dinâmica mental e subjetiva de um certo caso, coisa para a qual só a saúde mental detém instrumental específico. Ainda: são fartas situações onde recusas de abrigos em dar moradia provisória ou proteção redundam imediatamente em internação psiquiátrica de crianças por parte dos operadores da saúde mental; onde 'laudos de escolas' servem de base para o início de tratamentos, e onde protocolos internos e burocráticos são justificativas para a recusa ao atendimento com base na inelegibilidade da clientela por inadequação do 'perfil, do diagnóstico, da idade' etc, sem a devida clareza sobre os reais efeitos que tais recusas produzem na vida real de alguém.

Neste sentido, a rigidez dos mandatos (vertente oposta à do rigor) ou sua diluição situam-se no mesmo patamar de inoperância e desresponsabilização em relação à tomada compartilhada do cuidado.

A questão, então, que se coloca, é a de como, na ação intersetorial, não ceder dos mandatos específicos e mesmo assim construir parcerias conseqüentes e efetivas? Como construir, e onde sustentar, uma direção que permita a articulação intersetorial por setores cujos mandatos são tão diferentes entre si, mas que precisam ser parceiros e efetivos no cuidado da mesma criança ou jovem?

### **A título de contribuição.**

Como proposta para o desdobramento desta questão, vamos sugerir que é o caso - é o menino ou menina real com seus impasses reais – nossa única orientação e base de

sustentação mais imediata. É porque certos casos e situações excedem os enquadramentos setoriais que nos vemos impelidos a partilhar. São eles, portanto, que impingem vivacidade e criatividade à rede que, de outra forma, cairia no 'império dos protocolos prévios', onde poucos cabem e onde muitos trabalhadores e gestores descansam.

O que estamos propondo é que avanços e mudanças concretas em práticas setoriais arraigadas dependerão de que, frente a um caso complexo, diante de uma situação real de impasse, os setores envolvidos reconheçam seus limites (e este reconhecimento depende de que tenham claros sua função e mandato) e convoquem outros atores, constituindo ações potentes que, tendo como ponto de partida um caso, extraíam orientações úteis a muitos outros, de tal forma que sirvam de baliza para a construção das redes locais e do sistema público de assistência.

A parceria intersetorial assim proposta não se dá automaticamente. É preciso estar advertido da ilusão de que algo acontecerá de potente pela simples junção de diferentes setores convocados por conta de uma situação problemática. Freqüentemente, isto gera um diálogo de surdos, uma babel, ou a impressão danosa de delegação de responsabilidade de um setor para o outro.

A intersetorialidade, tal como pensada aqui, não guarda em si uma racionalidade própria que em exterioridade aos próprios setores os colocaria em ação. Ela requer a intervenção de uma **presença viva** para sua constituição.

Na saúde mental infantil e juvenil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi), por seu mandato de ordenação da demanda no território sob sua responsabilidade, ou outras equipes de saúde mental, devem realizar esta *presença* no território, através da posição decidida de estabelecer como comum um problema que atravessa e implica diferentes setores.

É a **construção do problema**, a forma como é proposto e a posição de quem o propõe, que podem potencializar parcerias efetivas, escapando de armadilhas corriqueiras como as da rivalidade, delegação de responsabilidade ou a de expertise e mestria entre um setor e o outro.

Ou seja, consideramos que há um **tempo inicial** na montagem intersetorial da rede de cuidados que depende de que o setor saúde mental – representado nominalmente por um profissional, uma equipe e/ou um dispositivo e autorizado por seu mandato -, se apresente e se disponibilize para iniciar o processo. A ação intersetorial necessita, portanto, num primeiro tempo, estar ancorada num ponto que não se situa no mesmo patamar do ocupado pelos demais parceiros potenciais, e que protagonizará o movimento inicial e decisivo de sua construção. É a tomada de responsabilidade pelo problema em pauta que diferencia este primeiro tempo, para que no tempo seguinte situem-se, todos, no mesmo patamar de igualdade, implicados que estarão **num problema verdadeiramente comum**. Processo tortuoso, permeado de desafios e impasses mas que, se realizado, poderá impactar a magnitude dos problemas que envolvem a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, reduzindo-a.

A intersetorialidade é uma ação apenas iniciada pela saúde mental infantil. A instituição de Fóruns Intersetoriais de SMCA é experiência recente no país, assim como

a experiência de discussão de casos entre equipes e setores. A leitura recíproca de como esta integração vem se construindo, vem sendo descrita e compreendida pelos diversos atores sociais – saúde geral, educação, assistência social, justiça e direito – é uma tarefa não só oportuna como imprescindível para o avanço da rede pública no cuidado da infância e adolescência.

O desafio é oceânico e não resta mais tempo a esperar. É preciso realizar esta tarefa e verificar seus efeitos.

### Referências Bibliográficas:

- 1) Couto, MCV; Duarte, CS; Delgado, PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008, 30(4): 390-8.
- 2) Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília/DF. 2001.
- 3) Inojosa, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos Fundap*, n.22, 2001:102-110.
- 4) Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil**. Brasília. 2005.
- 5) Salmon, Gill. Multi-Agency Collaboration: the challenges for CAMHS. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004, 9(4):156-161
- 6) WHO. **ATLAS. Child and Adolescent Mental Health Resources**: global concerns, implications for the future. 2005
- 7) Ford, Tamsin. How can epidemiology help us and deliver effective child and adolescent mental health services? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008, 49(9): 900-914
- 8) Leal, Erotildes, Venâncio, Ana, Delgado, Pedro Gabriel. **O Campo da Atenção Psicossocial**. Ed. TeCorá/IFB : Rio de Janeiro, 1996.
- 9) Goldberg Jairo. **A Clínica da Psicose**. Um debate na rede pública. Ed. TeCorá : Rio de Janeiro, 1997.
- 10) Tenório, Fernando. A reforma psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. RJ. Vol 9(1):25-9, jan-abr 2002.

- 11) Tenório, Fernando; Rocha, Eduardo de Carvalho. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. IN: Alberti, Sonia & Figueiredo, Ana Cristina (org). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. RJ: Ed. Companhia de Freud, 2006: 55-72.