

## POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL: A RELEVÂNCIA DA ESTRATÉGIA DA INTERSETORIALIDADE NO CONTEXTO NACIONAL

Leandro Roque da Silva<sup>\*</sup>  
Kátia Gerlânia Soares de Souza<sup>\*\*</sup>  
Tatiany Fernandes Oliveira<sup>\*\*\*</sup>  
Patrícia Barreto Cavalcanti<sup>\*\*\*\*</sup>

**Resumo:** Historicamente, as Políticas de Saúde Mental no Brasil sempre apresentaram impasses desde sua gênese. Por um lado, priorizou por décadas a construção de grandes hospícios e instituições de asilamento, e por outro, se baseou numa prática puramente curativa e nada preventiva. Apesar desse surgimento, foi a partir do início da redemocratização do país, que vários atores sociais, começaram a questionar essa prática de saúde, originando assim o Movimento Psiquiátrico Brasileiro. Alinhando-se ao movimento de democratização da saúde, além de melhorar a qualidade do atendimento, visou criar espaços de empoderamento ético e político dos sujeitos envolvidos no processo. Neste sentido, como forma de consolidar essa nova proposta, se faz necessário o estabelecimento de espaços intersetoriais no compartilhamento das decisões e na construção dos mais diversos setores no processo de intervenção na saúde. Portanto, o presente artigo visa discutir a importância da estratégia da intersectorialidade, como um componente indissociável para uma atenção integral as pessoas com sofrimento psíquico. Conclui-se, portanto que, a problematização e os avanços das Políticas de Saúde Mental, precisam estar articulados ao processo de trabalho diário, como possibilidade de garantia de direitos e de atendimento a população, tendo como diretriz básica, os acordos intersetoriais na dimensão múltipla dos fatores que afetam as relações na sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Políticas Públicas. Intersetorialidade.

### 1. INTRODUÇÃO

As políticas de Saúde Mental como próprio nome diz, estão atreladas às pessoas com sofrimento psíquico, cujo objetivo situa-se na tentativa de promover a responsabilidade social da saúde, aumentando a capacidade da comunidade e o empoderamento dos próprios indivíduos diante dos caminhos percorridos em suas trajetórias de vida. Recomendam a disposição de uma atenção qualificada e humanizada para pessoas que se encontram neste contexto, construindo uma relação de maneira mais consistente com as dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas, como fatores importantes nas práticas e na assistência do cuidado.

---

\* Universidade Federal da Paraíba

\*\* Universidade Federal da Paraíba

\*\*\* Universidade Federal da Paraíba

\*\*\*\* Universidade Federal da Paraíba

Neste sentido, tal política se apresenta na sua gênese, entrecortada sob uma transversalidade com outras políticas, ou seja, se constitui em uma política sistemática que apresenta uma dimensão didática e interdisciplinar, tentando incluir nessa trajetória de mudanças, perspectivas de ordem social, econômica e ética, incorporando os diversos setores da população.

Desta forma, o presente artigo, visa refletir sobre a necessidade da aproximação do conceito da intersetorialidade como uma das estratégias indissociáveis para uma atenção integral as pessoas com sofrimento psíquico. Seu fundamento seria conceber diante das mudanças promovidas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, possibilidades de atuação, não só dos profissionais envolvidos no processo, mas também de toda a sociedade e o Estado, juntamente com os próprios usuários destes serviços.

## **2. POLÍTICAS E MOVIMENTOS: A SAÚDE MENTAL EM DEBATE**

Historicamente as Políticas de Saúde Mental, apresentaram impasses desde a sua origem, pois o foco psiquiátrico nunca foi uma prioridade no âmbito da saúde, restringindo-se ao doente mental indigente, sem aspirações de cuidado terapêutico, sendo de base puramente curativa e nada preventiva.

É neste panorama, que salientamos que a trajetória histórica da evolução das Políticas de Saúde Mental no Brasil, também corrobora para que a estratégia de intersetorialidade seja atualmente acionada, visto que no passado os impasses no processo político de cuidado eram mais intensos. Isso se refletia na área de assistência psiquiátrica pública, com seu modelo fechado sem articulação com as demais políticas em função do preconceito, como também, da sua funcionalidade de enclausurar pessoas consideradas desviantes, sem um tratamento humanizado, contrariando assim, a própria natureza de uma política por segmento.

Vale lembrar que toda a política assistencial exercida na primeira metade do século XX, priorizou a construção de grandes hospícios públicos destinados ao atendimento da população em geral. Já a partir da década de 60, houve uma grande proliferação de hospitais psiquiátricos privados, caracterizando a política privatista do governo militar.

No entanto, a partir de 1978 germina em meio ao campo da saúde uma proposta alusiva de reforma psiquiátrica, que vinha com uma ideologia diferenciada para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Tal movimento, que pode ser denominado genericamente de movimento da Luta Antimanicomial, começa a questionar as práticas de “saúde” psiquiátricas e históricas vigentes na época, em relação a pessoas com sofrimento psíquico. De acordo com Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é:

[...] não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade (2003, p. 58).

Neste sentido emerge na década de 1980, o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, onde se buscava modificações drásticas no campo psiquiátrico, refletindo assim como seria tais mudanças. A perspectiva destas mudanças se dava no âmbito de lutar por uma sociedade sem manicômio, para assim, dispor um tratamento humanizado, sem excluir e estigmatizar as pessoas.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) combinava reivindicações trabalhistas junto a um discurso humanitário, alcançando grande repercussão, e fazendo com que, nos anos seguintes o MTSM liderasse os acontecimentos das mudanças nesse âmbito, ganhando o caráter definitivamente antimanicomial.

Em 1987 aconteceram dois eventos que marcaram a segunda década de 80. Tivemos a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Na I CNSM foram discutidas proposições gerais como a concepção de saúde, a participação popular, questões referentes à cidadania e o interesse dos usuários por detrás de sua sintomatologia. Esta conferência foi realizada sob o clima de intensas discussões e o seu relatório final ficou para a história do movimento da reforma psiquiátrica, que fez prevalecer suas teses em praticamente todos os temas.

Já no II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), houveram críticas enfatizando a própria natureza do saber, das práticas e dos processos de cuidado existentes nas instituições psiquiátricas, estas últimas por sua vez, deviam ser questionadas, no sentido de convocar a sociedade para discutir e

reconstruir sua relação com o sofrimento psíquico, na tentativa de elaborar políticas públicas alinhadas com o próprio movimento de democratização da saúde que começava a se instaurar neste período.

No rol das denúncias, e tendo como aspecto circundante o debate em torno da democratização dos serviços de saúde no país, ocorre um fato histórico importante e que leva a uma divulgação mais ampla a situação da rede psiquiátrica nacional (CAVALCANTI, 2008, p. 127).

Pode-se dizer que, além destas críticas, a década de 80 também assistiu a outros processos indispensáveis à reforma. Houve uma ampliação dos atores sociais que se envolveram no processo, processo esse não mais pertencente ao âmbito da saúde, ocorrendo uma reformulação legislativa nas próprias leis e o surgimento de várias experiências institucionais bem sucedidas na configuração de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Além desse espectro mais amplo, houve incontestáveis avanços no plano político nacional em termos da consolidação do movimento organizativo em torno da reforma psiquiátrica brasileira.

Nesta ampliação de participação do movimento, instituiu-se o 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial, numa tentativa de potencializar o poder de aglutinação de grandes parcelas da sociedade. Agora:

Não se trata apenas de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatórios e hospitais de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases (TENÓRIO, 2001, p. 33).

Neste sentido, na década de 1990 houve uma continuidade na luta dos trabalhadores por mudanças positivas no âmbito da saúde mental. Esta luta surtiu grande efeito, ensejando a lei promulgada pelo deputado federal Paulo Delgado, a conhecida, Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/01, que prevê a proteção das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e a criação de um novo modelo assistencial em Saúde Mental.

A superação da situação de internamento torna-se o principal objetivo de todo o movimento da Reforma, juntamente com a preocupação em expandir a rede substitutiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, não basta fechar simplesmente as instituições totais manicomiais, mas é preciso construir equipamentos sociais e de saúde (dentre eles tem-se: Centros de Atenção

Psicossociais – CAPS; Núcleos de Atenção Psicossociais - NAPS; Hospitais Dia; Residências Terapêuticas, entre outros) para acolher e acompanhar os egressos dessas longas internações e atender os novos pacientes em seu próprio território. Tal modelo assistencial tem como objetivo buscar:

O resgate da cidadania e a recuperação ou criação de novos enlaçamentos sociais, numa rede que permita ao sujeito inserir-se em alguma forma de liame social, ou seja, participar de um conjunto de signos que o escrevam enquanto ser social e político à medida que lhe for possível (GUERRA, 2008, p. 38).

Em resumo: acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, dimensão da cidadania dos usuários, envolvimento de vários setores nas políticas de cuidado, caracterizam estes novos serviços em resposta ao engessamento do clássico internamento asilar. Portanto, ao citarmos os marcos iniciais da reforma psiquiátrica brasileira, demonstramos a riqueza de concepções juntamente com a multiplicidade de estratégias intersetoriais e enfrentamentos do modelo psiquiátrico tradicional, bem como suas contribuições para o aprimoramento posterior dos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica.

Portanto, com a Reforma Psiquiátrica pretendeu-se, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, bem como o empoderamento ético e político dos sujeitos envolvidos.

### **3. CONSTRUIR REDE E POTENCIALIZAR A POLÍTICA: A INTERSETORIALIDADE COMO VIA DE EFETIVAÇÃO DE UMA PRÁTICA**

Neste ponto, se faz importante refletir em torno de algumas aproximações sobre o conceito de intersectorialidade. Esse termo tem sido expressivamente utilizado na atualidade, não somente inclusos nas políticas públicas de saúde e da assistência, mas pelos movimentos sociais, ONGs e até a própria academia, através de um vasto estudo com este tema. Portanto tem se tornado um paradigma que norteia as práticas e o pensamento contemporâneo.

Neste sentido, o conceito da intersectorialidade aqui é entendido como uma atitude técnica embasada por programas de ações das políticas públicas. Por isso, cabe ressaltar a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que

envolvem a realidade. É como se o sujeito deixasse de ser um sujeito solitário, para ser um sujeito-social, com inserção cultural, participante de uma sociedade. Contudo o fortalecimento de uma rede intersetorial de serviços, programas e projetos que possa apoiá-lo é fundamental para o alcance na efetividade do atendimento a essa população.

É nesta direção que diversos autores insistem que o reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações múltiplas, situa-se no campo da intersetorialidade. Ou seja, tal conceito também pode ser definido como uma articulação de saberes e experiências, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social, promovendo um impacto positivo nas condições de vida da população (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997)

Fica claro então que, a intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo, permitindo considerar o cidadão em sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colaborando para ações resolutivas no cuidado ampliado ao ser humano. Há, pois a necessária construção de parcerias com outros setores para que essa ampliação do cuidado aconteça. Setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros.

Assim,

A intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p. 10-11).

Dessa forma, ressaltamos a importância do conhecimento e da articulação dos espaços que estão na realidade dessas pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico. A adoção da ideia da intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento às necessidades da população.

Venturini (2010) ao considerar a Intersetorialidade, afirma que se trata de um modelo que se baseia em um critério temporal de funções. Ou seja, mais do que importa-se com a aceitação e legitimação, os serviços oferecidos deveram ativar a integração das redes sociais com as instituições sócio-sanitárias. Neste sentido,

seria uma “intervenção de elevado profissionalismo que se pode comparar tecnicamente e quanto ao custo, a uma difícil intervenção cirúrgica” (ibidem, p. 476).

[..] os profissionais da saúde mental, além do próprio papel (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, operador social) deveriam sempre ser analisadores da realidade social e valorizadores de recurso humano. Tendo presente as situações específicas dos doentes deveriam estimular a coesão social (melhorando as relações interpessoais entre usuários da residência e os vizinhos), sustentar as redes informais (tornando protagonistas os grupos de auto - ajuda e os serviços voluntários), manter as motivações (através da valorização dos sucessos dos usuários, mas também daqueles das pessoas envolvidas na gestão da residência), apoiar mais a convergência do que as disputas, legitimar os sujeitos envolvidos (através da descentralização do poder) (*ibid*).

Desse modo, se por um lado, foram muitos os avanços, nos últimos anos, no que se refere aos movimentos da reforma psiquiátrica, por outro lado, a questão da desconstrução da cultura medicamentosa, manicomial foi suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais

Enfim, não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Não é tarefa fácil traduzir nos serviços, nas práticas do dia-a-dia, as ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização, articulada aos diversos setores do governo e que efetive os princípios de intersetorialidade e da participação. Tal tarefa exige, entre outras, a definição de políticas que instalem espaços onde possa haver o trânsito entre âmbitos político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, técnico-assistencial, representados por diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas, instituições (Universidades, serviços públicos, organizações não governamentais, instituições formadoras, entre outras) [...] (SCARCELLI & ALENCAR, 2009, p.8).

Somando-se a isso, outra dificuldade da efetivação das políticas intersetoriais neste campo, se coloca diante da própria compreensão da complexidade do trabalho territorial. Ou seja, mesmo estando disposto nas leis e nas diretrizes que regem essas práticas em relação à dimensão comunitária e intersetorial dos serviços, falta ainda a própria concepção do trabalhador e da própria gestão em fomentar tais mudanças nos processos do trabalho diário. A dimensão política, no sentido de valores, interesses, aspirações e relações sociais, envolvendo a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades resultantes das relações coletivas e individuais, muitas vezes não é construída no processo próprio de trabalho das relações entre esses trabalhadores. Somando-se a isso, salientamos que ocorrem

outras dificuldades para que esta estratégia de gestão aconteça, dentre elas duas merecem destaque; a burocratização, e a integração dos serviços.

Como resposta a essa dificuldade, uma alternativa seria abandonar a ideia de trabalhar com as instituições e entre elas; o segredo consiste em trabalhar com as pessoas, com a subjetividade delas, com as pessoas que vivem e trabalham nas instituições, exercendo seu papel político na própria sociedade.

Nesse sentido, não temos dúvidas de que os problemas estruturais de nossos serviços só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições, nos forçando a continuar buscando soluções, mesmo pontuais, e principalmente de desvendar as complexidades de nossa realidade social. Diante da esfinge decifremos o enigma ou, inevitavelmente, seremos devorados (Scarcelli, 2002).

Portanto, apesar das significativas mudanças que as Políticas de Saúde Mental sofreram e vem sofrendo ao longo destes últimos trinta anos, diante de suas mudanças de organização no âmbito legislativo, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atenção e nos serviços oferecidos.

Por isso, a importância de se entender que embora a intersetorialidade seja uma concepção que têm sua origem na saúde, sendo estratégia transversal das políticas do SUS, é só com a participação de setores fora da “saúde” juntamente com a livre participação da sociedade e de especialistas no debate público, que se poderão aproximar as instâncias governamentais e não-governamentais às reais necessidades da população com sofrimento psíquico.

#### **4. CONCLUSÃO**

Como vimos até aqui, a nova concepção de saúde mental visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade. Neste sentido, afirmamos que saúde pode ser entendida em seu sentido mais amplo, como um componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde. Com a aplicação e utilização de toda riqueza disponível, conhecimento e tecnologia desenvolvidos



pela sociedade nesse campo, podemos adequar a abrangência da promoção e proteção a saúde, prevenção, diagnóstico, redução de riscos de vida e sociais.

Fica evidente, que os serviços propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, por excelência, necessitam ser intersetoriais, ou seja, com projetos oriundos da área de educação, da cultura, do transporte, ação social, dentre outros. Não apenas no âmbito dos projetos das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades.

Neste sentido, falar em teoria da Intersetorialidade se apresenta de fácil construção, no entanto, realizá-la na prática é muito mais difícil. No campo da saúde mental, ao buscarmos superar tantas fragmentações históricas, sabemos que não estamos diante de uma tarefa simples. Se torna um desafio construirmos estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas implementadas, bem como a descoberta de novos caminhos fundamentados por referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. Em: Archivos de saúde mental e atenção. Engº Paulo de Frontin, RJ: Nau, p.45-65. 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília – DF, 2006.

CAVALCANTI, P.B. **Apontamentos sobre o despertar da assistência psiquiatra nacional**. Revista Teoria Política e Social. v.1, n.1, p.123-130. 2008.

GUERRA, A. M. C. **Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática**. RJ. Contracapa livraria, 2008.

JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Caracas: UNESCO/CLAD, Série Concurso de Ensayos,1998.

SCARCELLI, Ianni R. **Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão no campo da saúde mental**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2002.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S.L.S. **Saúde Mental E Saúde Coletiva: Intersetorialidade E Participação Em Debate**. Cad. Bras. Saúde Mental, v.1, n.1, 2009.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001. (Coleção bacamarte).

VENTURINI, Ernesto. **O caminho dos cantos: morar e intersetorialidade na saúde mental**. Fractal: Revista de Psicologia, v.22, n.3, p.471-480, Set./Dez. 2010.