

A INTERSETORIALIDADE NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Adriana Chaves de Oliveira Ruback¹
Maristela Barenco Corrêa de Mello²

RESUMO: O presente artigo pretende discutir a intersectorialidade no campo da saúde, especificamente na saúde mental, e sua contribuição para redirecionar a organização do trabalho em rede. Tal trabalho se estruturou a partir de uma situação clínica que transformou o modo de cuidado à infância e à adolescência trazendo-os como protagonistas no campo da saúde mental. O cuidado a estes usuários apontaram a intersectorialidade como a única possibilidade de intervenção, revelando desafios na condução de políticas de atenção à saúde mental deste grupo. O caso de uma adolescente em conflito com a Lei será um norteador que irá possibilitar cartografar esta rede, com o objetivo de criar alternativas ao modo de cuidado aos sujeitos em sofrimento.

Palavras-chave: Intersectorialidade. Educação Permanente. Saúde mental infanto-juvenil.

THE INTERSECTORIALITY IN THE CONSTRUCTION OF THE MENTAL HEALTH NETWORK OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT: This article discusses the intersectoral in health area, particularly mental health, and their contribution to redirect the organization of networking. Such work was structured from a clinical situation that has transformed care so the children and adolescents bringing them as protagonists in the mental health field. The care these users pointed intersectoriality as the only possibility of intervention, revealing challenges in conducting care policies to the mental health of this population. The case of a teenager in conflict with the law will be a bookie that will allow mapping this network, in order to create alternatives to care in order to subjects suffering.

Keywords: Intersectoriality. Continuing Education. Children and Youth Mental Health.

¹ Psicóloga, Especialista em Saúde Mental, Gestão e Pesquisa, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense, Professora de Psicologia da FASAP. Contato: adriana_ruback@hotmail.com

² Psicóloga, Doutora em Meio Ambiente e Sustentabilidade, Professora Orientadora do Programa de Pós Graduação em Ensino do Instituto do Noroeste Fluminense de Educação Superior da Universidade Federal Fluminense.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo pretende discutir a intersectorialidade no campo da Saúde, mais intensivamente no campo da saúde mental, aonde vem contribuindo para redirecionar as práticas deste campo.

Tomaremos uma situação clínica que foi disparadora para a organização do trabalho em rede para crianças e adolescentes em um município de aproximadamente 10.000 habitantes, situado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.

Usamos um caso clínico neste estudo, porque o caso em questão foi estruturante da rede. A partir de sua intensidade e delicadeza pôde fazer uma transformação no modo de cuidado à infância e à adolescência, trazendo-os como protagonistas no campo da saúde mental. O cuidado a estes usuários impõem a Intersectorialidade como a única possibilidade de intervenção, ensinando/aprendendo aos trabalhadores deste campo, podendo apontar desafios na condução de políticas de atenção à saúde mental desta população. A Intersectorialidade é entendida como a prática entre pessoas de diferentes setores públicos e/ou privados com saberes e poderes diversos com o objetivo de intervir em uma situação, neste caso em questão, em um desafio no campo da saúde³ (FEUERWERKER E COSTA, 2000 p.26).

A metodologia utilizada neste estudo foi a cartografia, “método de pesquisa fundamentado nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, e que vem sendo utilizado em pesquisas de campo para o estudo da subjetividade” (ROMAGNOLI, 2009, p.169). Utiliza o caso como traçador deste mapa que se apresenta. Tomemos o caso de uma adolescente em conflito com a Lei, como um agenciador que irá nos possibilitar cartografar esta rede, com o objetivo de criarmos alternativas ao modo de cuidado na rede.

As justificativas do caminho escolhido para o desenvolvimento deste estudo encontra eco na posição de ROLNIK (1989, p.69), quando esta diz que “paisagens psicossociais também são cartografáveis”, pois podem construir e reconstruir novos mundos, e que “todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas”.

³ Este conceito será mais bem discutido no decorrer do artigo.

Ainda no sentido de justificar a escolha do método, o estudo de ROMAGNOLI aponta que “a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo” (ROMAGNOLI, 2009, p.169), uma preocupação deste pesquisador que usa seu campo/espaco concreto de trabalho também como espaço de pesquisa.

Nessa proposta, o papel do pesquisador é central, uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele (ROMAGNOLI, 2009, p.170).

Ainda é importante marcar que no processo de construção deste caso, os conceitos da Educação Permanente não eram conhecidos da autora, mas foram primordiais para a estruturação desta rede. Quanto aos agenciamentos⁴ entre os diferentes setores só foram possíveis a partir de encontros onde o que os movia era a delicadeza do caso e a busca de uma nova possibilidade de cuidado que precisava ser “inventada”, pois todos os atores estavam no terreno do desconhecido e sabiam que tinham que construir o desconhecido mais não sabia “o modo de fazer”.

2 ESTADO DA ARTE DO PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

Em 1996, acontece o primeiro concurso público para a Saúde com característica multiprofissional, para profissionais de nível superior.

Esta equipe chega a um município que está construindo a Saúde, com uma rede incipiente sem hospital, com características marcantes de transferência para outros municípios os casos que necessitassem de atendimento especializado ou

⁴Este termo é usado neste texto referindo-se ao conceito de Gilles Deleuze que remete ao campo de experiência, um agenciamento se dá todas as vezes que pudermos identificar e descrever o acoplamento de um conjunto de relações materiais e de um regime de signos correspondente, a partir do qual a existência se mostra indissociável de agenciamentos variáveis e remanejáveis que não cessam de produzi-la. A maneira como o indivíduo investe e participa da reprodução desses agenciamentos sociais depende de agenciamentos locais, “moleculares”, nos quais ele próprio é apanhado, seja porque, limitando-se a efetuar as formas socialmente disponíveis, a modelar sua existência segundo os códigos em vigor, ele aí introduz sua pequena irregularidade, seja porque procede à elaboração involuntária e tateante de agenciamentos próprios que “decodificam” ou “fazem fugir” o agenciamento estratificado. (ZOURABICHVILI, 2004, p. 8)

apenas um cuidado mais intensivo. Este modelo também se refletia no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico.

Ainda situando a equipe de Saúde deste concurso, observamos uma característica muito peculiar: a maior parte dos profissionais que vão trabalhar no município são moradores de outros territórios e como estrangeiros trazem suas histórias. Estes profissionais “estrangeiros” quando chegam desconhecem as leis, os costumes e hábitos deste território. E trazem consigo suas histórias no percurso até este território, que de certa forma influencia no modo de construir a Saúde. Em relação à construção do projeto de saúde mental as influências da reforma psiquiátrica estão presentes em uma parte do grupo, principalmente os “estrangeiros”. Os profissionais munícipes (moradores do município) têm ainda a internação em manicômio, como visão de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico e usam muito o discurso: “Aqui sempre foi assim”. Desconstruir este discurso sempre foi o objetivo do Programa de Saúde Mental.

A chegada destes profissionais não médicos é carregada do imaginário social de inutilidade. “O que estes outros vão fazer no município?” Referindo-se principalmente a psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social. Como não havia um lugar definido a equipe multidisciplinar foi se constituindo profissionalmente a partir dos próprios ideais. Isso possibilitou a criação de um coletivo de trabalhadores que pensaram a Saúde no conceito da reforma sanitária, participando de todos os movimentos para a construção do projeto público de Saúde.

Tal projeto caminha em duas frentes: o modelo de Saúde centrado na cura de doenças, hospitalocêntrico que, em uma análise mais aprofundada remete ao desejo de cuidado no território desta comunidade, que em sua história foi sempre excluída de seu meio quando precisava de cuidados médicos. E do modelo de Saúde de “encarnação do SUS”, onde buscamos o ideal de política pública de Saúde de responsabilidade territorial, acessibilidade e equidade. Estes dois coletivos conseguem dialogar, às vezes com algumas tensões, mas com muito respeito, pois o objetivo final é o cuidado a comunidade.

Neste cenário, a Saúde Mental começa a se estruturar de forma tateante, o ambulatório inicialmente era basicamente de crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem. Poderíamos ter nos acomodado com esta demanda mais “fácil”, mas as crianças com grave sofrimento mental não faziam parte deste cenário.

Na contramão deste fluxo, a equipe preocupa-se com o cuidado às pessoas em grave sofrimento mental, que aos olhos da gestão da saúde estavam sendo tratadas nos manicômios. O foco do programa de saúde mental era conhecer e cuidar destas pessoas. Por isso, iniciou a construção das bases para trazer o ideário da Reforma Psiquiátrica a este território.

A partir do levantamento da demanda, o Programa Municipal de Saúde Mental inicia o projeto de implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como o serviço que se responsabilizaria pelos portadores de transtornos mentais graves e persistentes no município. Nesta época havia no município um grande número de internações em hospital especializado, em torno de 25 pacientes/ano⁵. Estas internações foram diminuindo e com a implantação do CAPS I⁶ em 2002, reduz-se drasticamente este número para apenas 3,3 internações/ano.

Com a sanção da Lei de Saúde Mental em abril de 2001, a conjuntura favorável na gestão estadual de saúde mental é fundamental para que em julho de 2001, o projeto do CAPS seja aprovado na instância estadual. Iniciando seu funcionamento no final de novembro de 2001.

Essa experiência rompeu com a lógica segregativa da institucionalização psiquiátrica e passou a propor que a assistência em saúde mental fosse desenvolvida no contexto de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio que passassem a validar os direitos dos usuários, a disponibilidade dos serviços e a priorização de investimentos nos projetos de vida dos usuários, na valorização das pessoas e aumento de seu poder contratual.

Deslocamento essencial da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade; o deslocamento do centro do interesse somente da doença para a pessoa e para a sua desabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva nos confrontos dos pacientes com seus contextos (ROTELLI, 1990, p. 28).

Este caminhar rumo à inclusão e à valorização da cidadania das pessoas com transtorno mental tem sido um espaço assinalado por tensões, avanços e resistências, como todos os processos que envolvem transformações de práticas, valores sociais, culturais e profissionais em nossa sociedade. Apesar dos avanços

⁵ Fonte: Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Alto.

⁶ A Portaria GM 336/2002, define as modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, sendo o CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

evidentes, tanto em nível local quanto nacional, a mudança no modelo hegemônico de cuidado em saúde mental ainda apresenta desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção integral e no próprio processo de desmonte do modelo centrado no hospital.

O Programa de Saúde Mental estruturado com perfil voltado para o atendimento de adultos em sofrimento mental grave, também atende a criança desde sua implantação, na concepção de intersetorialidade. Compreende a extrema necessidade de articular as ações com cada um dos setores envolvidos com o atendimento da criança e com a promoção e proteção de suas famílias, mas os casos atendidos até o momento em sua maioria não requereram uma organização complexa da rede. Apresentando tal programa, uma característica de defasagem de organização em relação à rede de atenção aos adultos portadores de transtorno mental comum a outros territórios.

No contexto de diferentes países, é evidente uma marcada defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela. Esta defasagem está presente em nações de todas as regiões do mundo, independente de seus níveis econômicos e de distribuição de renda, mas é especialmente significativa no grupo de países em desenvolvimento (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008, p.385).

3 BREVE RELATO DO CASO DISPARADOR PARA A ARTICULAÇÃO DA REDE

O caso em questão de uma adolescente de 16 anos, em cumprimento de medida sócio educativa, que desde muito pequena é vista na comunidade como criança com dificuldade de “adaptação social”. Teve seu percurso na rede escolar com muitas interrupções e sempre vista como uma criança com condutas inapropriadas. Moradora de uma comunidade de periferia, com a mãe e três irmãos mais novos, residia próxima à casa da avó materna e outros tios. Inicia seu percurso institucionalizante a partir do momento em que comete alguns pequenos furtos de roupas nos varais, alguns brinquedos e berloques. Apresenta comportamentos reativos a qualquer cumprimento das regras sociais e ordens familiares, mantendo também este comportamento na escola. Não há em momento algum o relato de pertencimento a grupos de adolescentes e ao uso de drogas. A adolescente em

questão não foi atendida no serviço de saúde antes da medida sócioeducativa, seu percurso foi pela justiça, que à medida que tomava conhecimento através do Conselho Tutelar dos comportamentos da adolescente, agia com repressão e punição. Sendo excluída do convívio social por dois anos, encaminhada à internação no Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), na capital.

O caso em tela irá subsidiar a discussão da intersetorialidade no campo da atenção psicossocial.

4 INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

Os conceitos de interdisciplinaridade e saúde vêm sendo muito questionados e discutidos atualmente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Este conceito amplo abrange alguns aspectos importantes, dentre eles a afirmação de que saúde não está limitada apenas ao corpo físico e a relação do indivíduo com o meio. Impondo uma atitude interdisciplinar ao campo da saúde.

O conceito de interdisciplinaridade é um conceito historicamente e socialmente produzido, muito discutido nos dias de hoje, contudo ainda não foi estabelecido um conceito consensual entre os principais estudiosos sobre o assunto.

Fazenda (1999) relata que “(...) o pensar interdisciplinar parte da premissa de que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma exaustiva. Tenta, pois, o diálogo com outras fontes do saber, deixando se irrigar por ela” (FAZENDA, 2002. p.15).

Interdisciplinaridade no campo da saúde apresenta-se como uma atitude de ousadia e busca frente à compreensão do sujeito em sua multiplicidade e singularidade, sendo imperativo o diálogo com outros campos do saber. A interdisciplinaridade acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença. O conceito ampliado de saúde que busca a valorização da vida e o protagonismo do usuário enquanto conhecedor de sua história e de seus desejos, muitas vezes esbarra com o trabalhador deste serviço, que possui uma formação altamente tecnicada,

enxergando o usuário através de padrões biológicos, com o hospital no topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho.

O debate acerca da interdisciplinaridade aponta desafios no bojo da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento, comum ao modelo educacional que impera no Ensino Superior, fragmentando o saber e valorizando os especialismos, conforme aponta Motta e Aguiar.

O arcabouço das Instituições de Ensino Superior (IES), organizado em faculdades e departamentos que eventualmente não se comunicam, pode impedir o desenvolvimento de cultura acadêmica que desenvolva e compartilhe o trabalho de forma interdisciplinar (MOTTA, AGUIAR, *apud* Vasconcelos (2002). 2007 p.367).

Este modelo educacional vai reproduzir no campo do trabalho a fragmentação do cuidado. Ultrapassar esta barreira é urgente, para isso, é necessário que os trabalhadores da saúde se apropriem do lugar de “educador em saúde”, para que a humanização da saúde e a valorização da vida sejam norteadores para a produção dos serviços em saúde. É necessário também que os trabalhadores entendam que a conformação das tecnologias se dá no terreno de construção dos saberes e fazeres em saúde, expressos pelos: equipamentos/máquinas; conhecimentos implicados com a ação produtiva e os processos relacionais em ato; produtores do cuidado.

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos (MOTTA, AGUIAR, 2007, p.367).

Outro conceito que é necessário compreender no âmbito da saúde é o de Intersetorialidade, dada a importância das ações intersetoriais na promoção de saúde desde a 1ª Conferencia Internacional Sobre Promoção da Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Ottawa, no ano de 1986. No Brasil, a intersetorialidade vem sendo considerada como importante componente para a mudança do modelo assistencial e de reorganização da atenção à saúde, discutida com mais foco desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 com a Lei 8.080.

Faz-se necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde. Pois de acordo com os princípios do SUS, a descentralização das

decisões a nível local, a participação social e a universalização do acesso, além de se basear no conceito ampliado de saúde, que não contempla apenas a doença, mas o direito à qualidade de vida.

A intersectorialidade passou a ser uma dimensão valorizada nas políticas públicas à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas nas políticas setoriais. A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território. Esta é uma perspectiva importante, porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e também para a sua solução.

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses (JUNQUEIRA, 2000, p. 42)

A incorporação da intersectorialidade nas políticas públicas trouxe a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns.

5 QUESTÕES DA INTERSETORIALIDADE COM A SAÚDE MENTAL

No campo da saúde mental, campo clínico por definição, é preciso fazer valer a clínica, tomar uma via que inclui o sujeito e sua história, levando em conta sua subjetividade e acreditando que não será pelas regras impostas e pelas ofertas bem estabelecidas (protocolos, horários, atividades, escola, etc.) que um caminho será possível, visando implicar outros campos, considerando os princípios de tomada de responsabilidade, construindo assim, uma política pública consistente, e consequente.

Essa concepção se propõe a realizar uma reformulação e uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, trazendo para a prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas.

Neste campo, o conceito de clínica ampliada, é norteado por: compreender um compromisso radical com o sujeito em sofrimento visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; buscar outros conhecimentos em diferentes setores. Enfim, assumir um compromisso ético profundo.

Neste sentido, trabalhar na ótica da intersetorialidade é fundamental, é um exercício de partilha, onde cada setor que é responsável pelo caso e detém um determinado saber, deve compartilhar com os outros e direcionar coletivamente o tratamento junto com o sujeito, que é parte atuante deste destino. Não é possível pensar em cuidado em saúde mental sem esta lógica.

O campo da saúde mental é caracteristicamente intersetorial à medida em que as competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões que atuam neste campo, rompe com suas estruturas disciplinares de forma a configurar uma nova totalidade.

Segundo Merhy, a educação permanente pode colaborar para fortalecer as ações intersetoriais pois apresenta outros modos de cuidar em saúde, considerando a experiência e vivência de cada trabalhador como fundamental na construção do cuidado.

Existe um certo jeitinho de quem está trabalhando na hora da atividade produtiva. Mesmo em processos produtivos muito normatizados, como aqueles em que o produto é “único” e define o rumo dos atos produtivos, olhando bem de perto, percebe-se que há variações no modo de agir na hora da atividade produtiva dependendo de quem é o trabalhador que está realizando aquela atividade (MERHY, 2010, p.29-29)

6 SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA

A Política de Saúde Mental no Brasil vem avançando em sua construção, garantindo o cuidado aos portadores de transtorno mental, embora com todos estes avanços, a atenção à criança e ao adolescente ainda encontra-se em um estágio menos avançado neste campo.

Contudo, o cenário da atenção a crianças e adolescentes no campo da saúde mental testemunha que ainda coexistem intactas, ao lado da Reforma Psiquiátrica, práticas manicomiais capazes de produzir efeitos tão devastadores quanto os produzidos pelos hospícios. Para muitas crianças, o campo da saúde mental é ainda cercado, senão por um silêncio, por uma discricção no tratamento de questões relativas à loucura, operando-se aí uma sutil exclusão, um sutil confinamento.

Sabe-se que crianças e adolescentes ainda são encaminhadas para instituições que, sob os significantes de “cuidado e proteção” ou que remetem à ideia de acolhimento, submetem-nas a práticas ortopédico-pedagógicas, tomando como frente de trabalho o apagamento do sintoma, retirando da criança a possibilidade de subjetivar suas questões, além de contribuírem para a desassistência no campo da saúde mental. Para alcançar esse ideário, o estado não poupou a abertura das instituições fechadas, apoiadas numa lógica institucionalizante, uma lógica que hoje sabemos que mais excluiu do que qualquer outra coisa. Essa infância perdida precisa ser por vezes lembrada, a fim de que nos sirva para reafirmar o desejo hoje, de outra infância.

A reformulação da assistência pública nesse setor vem marcada pelo atravessamento da clínica, demarcando uma proposta que articula a subjetividade e a dimensão política na organização da assistência.

A tensão provocada pelo confronto entre a dimensão política, que cria uma assistência “para todos” e a clínica, que sustenta a escuta de “cada um”, tem produzido férteis contribuições na área, em uma relação dialética entre os dois campos ou em uma relação de estranhamento que deve guardar suas diferenças, sobretudo no que tange à dimensão ética (FERREIRA, 2001, p.21).

Segundo Barreto (2000, p.39), podemos observar epidemiologicamente que: “um estudo das Nações Unidas em países em desenvolvimento concluiu que, aproximadamente, 15 em cada 100 crianças necessitam de educação inclusiva ou de algum tipo de reabilitação”.

7 ANÁLISE DO CASO

O caso apresentado aponta diversos equívocos em sua condução: a fragmentação, a setorização, a ênfase na especialização das ações. Estes acabam por produzir políticas inadequadas, programas pontuais que dispersam os recursos e reduzem a eficácia e a efetividade dos programas realizados. Um dos mais importantes equívocos foi não se levar em conta que atender uma criança em qualquer situação deve ser vista em sua integralidade. O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu corpo, já indica este caminho, bem como os princípios do SUS. É recomendável buscar a integração dos diferentes níveis de governo, garantindo a intersetorialidade das políticas e dos programas que tenham a criança e suas famílias como destinatários.

Outro equívoco é a exclusão sofrida pela adolescente em questão, que indo para uma instituição fechada, retirada de seu meio social, é entendido em vários momentos equivocadamente, pelos representantes da Secretaria Municipal de Ação Social, como forma de cuidado.

É longa a história que envolve a oferta de instituições de abrigo no cenário assistencial brasileiro, assim como extensas as críticas já formuladas sobre o caráter puramente institucionalizante, segregador e cronificante adquirido por esses dispositivos ao longo do tempo. Constituídos para cumprirem uma função social de proteção e cuidado, esses abrigos acabaram por se constituir em instrumentos de exclusão, reproduzindo um modelo que, se francamente criticável, mostra-se, entretanto, tenaz e resistente à sua desconstrução (COUTO, 2000, p.61).

O Programa de Saúde Mental Municipal apresenta falha em sua condução quando apenas toma conhecimento do caso através da Gerência Estadual de Saúde Mental, que havia sido acionada pelo Ministério Público da comarca do município, em busca de um espaço para diálogo sobre a adolescente em questão. Este desconhecimento demonstra que o referido programa não tem conhecimento eficaz da clientela. O atendimento à criança e ao adolescente no município remete ao olhar da Reforma Psiquiátrica à criança e ao adolescente, “que em sua grande maioria, estavam fora das tradicionais unidades hospitalares psiquiátricas e, desta forma, aparentemente protegidos da mortificação imposta pela lógica asilar” (COUTO, 2000, p.64), conforme diz Couto. Neste sentido, é a gravidade deste caso que dará novo rumo à atenção a saúde mental da criança e do adolescente no município em estudo.

Quando nos propomos a montar um novo cenário, precisamos reconhecer que existe um outro a ser desmontado. Há uma lógica a ser desconstruída e que nos invade, nos permeia muito concretamente, porque é histórica, cultural, criou hábitos, parece quase natural... uma lógica à qual estamos também submetidos por estar no bojo de nossa cultura, então é necessário

que se esteja alerta, para que não se tenha uma posição ingênua diante da mudança que se vem implementando, porque sempre há um resto com o qual temos que lidar. Então, há uma política, uma outra política que precisa se consolidar, e que para isso, se acreditamos e confiamos nisso, é preciso saber que uma política sempre mexe com um cenário já montado (WHEATLEY, 2008, p.2)

Interferir no cenário indicou que tivéssemos em mente que este trabalho para se efetivar, seria necessário se estruturar em uma ótica clínica, ética e política, com uma visão intersetorial.

8 PERCURSO DO CASO NA REDE

A delicadeza do caso é que vai nortear as estratégias de atendimento, proporcionando uma visão integral deste sujeito. No caso em questão, após tomarmos conhecimento através da Gerência Estadual de Saúde Mental, iniciamos o processo de tomada de responsabilidade pelo caso, e a desinstitucionalização desta adolescente.

A Política de Saúde Mental para a criança e o adolescente, mantém os mesmos princípios da atenção ao adulto. Afirma que o trabalho se dá numa dimensão clínica, institucional e política, ressaltando que há princípios e direções afirmados, sustentados por portarias, normas, legislações, mas que há sempre uma discussão que inclui a clínica, como ética do cuidado. São eles: noção de sujeito, acolhimento universal, encaminhamento implicado, rede, território e intersetorialidade. Nessa nova política, trata-se de trazer os sujeitos à cena. Quem são esses sujeitos?

Formulou-se no discurso freudiano a concepção de que o sujeito é necessariamente dialógico, isto é, uma modalidade de sujeito que se constituiu apenas pelo outro e através do outro. O que implica enunciar que não existe qualquer possibilidade de representar o sujeito como uma mônada fechada, como uma interioridade absoluta, pois a interioridade subjetiva remete sempre para a exterioridade do outro (BIRMAN, 1994, p.37).

Antes de tudo, é preciso partir do princípio que a criança a ser cuidada é um sujeito. Esta noção implica falar também de responsabilidade. O sujeito: criança ou adolescente tem responsabilidade em seu sintoma, seu sofrimento, sua dor. É também sujeito de direitos, incluindo o direito ao cuidado. É preciso que se cuide

para que esse cuidado aconteça levando em consideração o princípio primeiro – tomar a criança como sujeito. Porque no caso das crianças, muito facilmente se cai na tentação de falar de, ou falar por, quando precisamos falar com elas, sempre.

Não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que não é a prática corrente, caracterizada por uma leitura moral, em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. p. 11-12),

Este caso aponta a clínica dos sujeitos que não tinham lugar, por qualquer motivo, mas talvez porque portasse uma radical marca da diferença, portadores de graves transtornos psíquicos, aqueles que nos faziam pensar “não sabemos o que fazer com eles”, esta era a forma como eram tratados. Várias respostas são racionalizadas: não temos o tratamento adequado, não sou especialista, precisamos saber o diagnóstico... O que acabou por transformar estes personagens em “peregrinos de lugar nenhum”, traçando-lhes um perfil bem delineado: “perfil para lugar nenhum”. Isso não é mais possível. O Programa de Saúde Mental pode até não saber, de imediato, o que fazer com eles, mas é preciso reconhecer que é do campo da saúde mental, o lugar é ali mesmo.

Outro princípio a ser entendido é o de acolhimento universal, sendo que acolher não equivale a atender, acolher é poder olhar aquele sujeito apostando que se pode mudar mesmo o curso da história, dependendo do modo como nos dispomos a ouvir aquilo que nos pedem.

Este princípio significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde mental infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.12).

Ações foram implantadas para dar conta desta demanda, foram necessárias ações intersetoriais para garantir o retorno da adolescente ao município, o Programa Municipal de Saúde Mental toma para si o agenciamento do cuidado, articulando as diversas ações, e responsabilizando pelos cuidados em saúde mental. Foram oferecidos cuidados diários no CAPS I, onde a adolescente foi acompanhada por equipe multiprofissional, participando de oficinas terapêuticas (oficina de artesanato, de geração de renda, de cuidados pessoais e de reforço escolar), atendimentos

médicos e psicológicos dentre outras atividades que se mostraram necessárias em situações pontuais.

Além do atendimento à adolescente, mantivemos o atendimento à família, especialmente a mãe, que vem sendo atendida em psicoterapia em regime ambulatorial, e propusemos que a mesma participasse de oficinas de geração de renda.

O Programa Municipal de Saúde Mental avalia que para a inserção social da mesma é conveniente que haja um projeto de inclusão em programas de saúde, educacionais, sociais e de lazer. Se um caso não é para ser atendido por aquele serviço, ou necessita de outros atores no cuidado, um encaminhamento se faz necessário, então é também necessário que aquele que encaminha também se inclua naquele processo. Ou seja, de certo modo permaneça junto ao caso, acompanhando aquele a quem se dispôs a escutar. A isso chamamos de encaminhamento implicado.

Essa redefinição exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.13)

No Município, o Programa de Saúde Mental participa junto com a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no atendimento a família nas ações básicas de saúde, bem como ficou estabelecido que o Pronto Atendimento da localidade onde a usuária reside, a unidade de saúde que junto com o CAPS I, se responsabiliza quando há agudização do caso.

Houve a inclusão em processo educativo formal, tendo em vista que seu percurso educacional foi fragmentado. Foi oferecida a possibilidade de participar de outras atividades extraclasses, como o grupo de teatro e as atividades musicais e artísticas.

A Secretaria de Promoção Social é a responsável por proporcionar condições de sobrevivência à família, residência e alimentação, pois sua responsável não possui renda. Ações de fortalecimento dos laços familiares são incentivadas, tais como, a participação em programas de capacitação e geração de renda.

A adolescente participa dos programas oferecidos aos adolescentes tais como o Agente Jovem, através de cursos de artesanato, e atividades de lazer, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Pelo conhecimento e acompanhamento do histórico da situação da adolescente desde a infância, e possuir forte vínculo com a mesma, o Conselho Tutelar foi definido por todos os parceiros que junto com o Programa Municipal de Saúde Mental, e este quem responsabilizou para facilitar e promover que a rotina da adolescente fosse mantida.

Como organizador da rede psicossocial, o CAPS, realiza reuniões mensais como os outros atores para acompanhamento e avaliação das ações, deste caso e de outros que em sua singularidade são cuidados por diferentes atores. Tais reuniões acontecem no CAPS e geram relatórios ao Ministério Público. Em frequência trimestral estas reuniões acontecem na sala do Ministério Público para que o mesmo acompanhe mais próximo a estruturação da rede de cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes.

O Programa de Saúde Mental compreende que a complexidade da situação dos casos requer um conjunto de ações que devem acontecer articuladas, e o CAPS está ativamente participando e avaliando junto com os outros atores e incluindo novas parcerias quando necessário.

Para que fosse possível este caminho na construção da rede de saúde mental da infância, foi necessário um exercício dos atores envolvidos na busca de possibilidades, parcerias, a partir de experiências pessoais e coletivas onde hoje reconhecemos a presença do conceito de educação permanente, sendo fundamental neste processo do trabalho.

O conceito de educação permanente foi compreendido como uma prática de ensino aprendizagem na construção do trabalho em saúde.

Significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIN e FERLA, 2008, p. 107).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESAFIOS APONTADOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA REDE

Neste momento apontaremos os desafios nesta rede. Pensando que rede são linhas que vão se conectando, interligando, tecendo através de uma fala presente, numa voz que tem nome, alguém que fala com outro alguém em nome de outro alguém, que veio pela queixa de outro alguém – mas todos “alguéns” com nome, sobrenome, referência. A rede é feita de contatos, de profissionais que se falam, discutem. Porque a rede se faz de serviços que se falam, e se falam e se comunicam através de profissionais, de pessoas, que às vezes saem daqui, vão para ali. A rede é viva e sua construção, permanente.

A rede que importa deve levar em conta a categoria do território. Levar em conta o território não implica considerar apenas o espaço geográfico regional. Estes limites explodem a fronteira geográfica, porque se trata de uma categoria que leva em conta seu trajeto subjetivo. De certo modo, só pode realmente trabalhar um território a partir da história de um sujeito, então é este sujeito que estará orientando a tomada do mesmo. Somente pode-se trabalhar com o conceito de território se puder dar voz ao sujeito.

Neste sentido, a rede possibilitou que a adolescente organizasse sua vida a partir deste norte o território, construiu outros vínculos, rompeu vários que foram pactuados a princípio, mas deu um sentido singular a sua vida, construiu laços afetivos, ingressou-a no mundo do trabalho, se constituiu como sujeito.

Várias foram às tensões na construção da rede de atenção à saúde mental da infância, mas a grande marca da exclusão que poderia ser paralisante foi fundamental para a construção da mesma.

Um trabalho clínico inclui o serviço e os profissionais que nele estão; a rede de serviços, mas também toda a rede de qualquer natureza. Esta não se define a priori, mas desde que atravesse a vida deste de quem se cuida, ela faz parte do território a se trabalhar. Uma clínica que traz em seu coração, a intersetorialidade. Será possível pensar em trabalhar sem esta perspectiva? Há ações e intervenções que precisam ser realizadas na perspectiva da intersetorialidade, e também aqui se trata de um tema muito falado, mas muito delicado. Porque ao dizer que há vários setores responsáveis por um caso, diz-se que a todos, mas especialmente a cada um cabe um papel, uma função, diz-se que esse trabalho precisará seguir numa direção, direção a ser indicada com o auxílio inclusive daquele próprio que é cuidado.

O cuidado de crianças e adolescentes impõe ações de vários campos. Do campo da saúde mental estiveram ausentes por longo tempo as crianças autistas, psicóticas, portadoras de retardo ou de graves transtornos também. Diante dessa ausência, instituições filantrópicas, asilares, abrigos, justiça, passaram a ser aquelas com que essas crianças poderiam contar. É importante pontuar este trajeto com o propósito de não perder de vista que há uma necessária condenação da participação desses campos quando se trata do cuidado/atenção de crianças e adolescentes.

Para avançar é preciso tomar a responsabilidade no campo da saúde mental frente a esses casos que desafiam, é preciso articular ações e ações que demandam a participação de outros setores. Impondo a intersectorialidade como a única possibilidade do cuidado integral ao sujeito em sofrimento.

REFERÊNCIAS

- BARRETO M. A. A. A FUNLAR e a Construção da Cidadania das pessoas portadoras de deficiência no Município do Rio de Janeiro. In: ALMEIDA, N.; DELGADO, P. G.(org) **De Volta a Cidadania: Políticas Públicas para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro. IFB/FUNLAR, p. 39-60. 2000.
- BIRMAN, J. **Psicanálise, Ciência e Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- CECCIN e FERLA Educação Permanente em Saúde. PEREIRA I.B., LIMA, J. C. F. (ORG) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, p. 107-111.
- COUTO, M. C. V. Abrigos para “menores deficientes”: seus impasses clínicos, assistenciais e éticos. In: ALMEIDA, N.; DELGADO, P. G.(org) **De Volta a Cidadania: Políticas Públicas para crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro. IFB/FUNLAR, p.61-70. 2000.
- COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S. e DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatria**, Dez 2008, vol.30, nº4, p.384-389.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FERREIRA, T. Sob o manto da deficiência. In: FERREIRA, Tânia (org). **A Criança e a Saúde Mental, enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica, p.13-22; 2004.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Nov. /Dez. 2000, vol. 34, nº6, p. 35-45

MERHY, E. Desafios de Desaprendizagens no Trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A.M. (ORG.) **Caderno de Saúde Mental: Os Desafios da formação**, Belo Horizonte, ESP-MG, 2010, v.3. p.23- 36.

MOTTA, L. B. e AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abr 2007, vol.12, nº.2, p.363-372

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo**, Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Revista Psicologia & Sociedade** [online]. 2009, vol.21, n.2, p. 166-173.

VASCONCELOS E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes; 2002.

WHEATLEY, L. Princípios da Política em Saúde Mental da Criança e do Adolescente, In: **I Congresso de Saúde Mental**, apresentação oral. Florianópolis, 2008.

ZOURABICHMLI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro Relume Dumará, 2004.