

A construção de uma rede intersetorial de cuidados em saúde mental

The construction of an intersectoral network for mental health care

Fernanda Nunes da Rosa Mangini*

Sheila Kocourek**

Caroline Morsch***

Resumo: Este artigo tem como elemento estruturante a construção de uma rede intersetorial na saúde mental. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem metodológica qualitativa e descritiva. A coleta de dados se deu por meio da observação participante, durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) da região sul do Brasil, entre agosto de 2016 a junho de 2017. Também foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de rede, intersectorialidade e território, à luz da teoria social crítica, visando dar suporte ao objetivo de descrever e analisar o processo de constituição da rede intersectorial. Os resultados correspondem às análises empreendidas sobre o processo de construção da rede, por meio da qual foi possível desencadear processos de organização e mobilização. Compreende-se que é necessário avançar dentro da proposta, mas que a mesma está servindo para mobilizar, capacitar e construir as políticas públicas.

Palavras-chave: Intersectorialidade. Saúde mental. Trabalho em rede.

Abstract: This article focuses on the construction of an intersectoral network for mental health care. It reports on an experience using a qualitative and descriptive approach. The data was collected through participant observation during a required curricular internship in Social Service, conducted at a Center for Psychosocial Care for Children and Adolescents in southern Brazil, between August 2016 and June 2017. A bibliographic review was also conducted of concepts of network, intersectoriality and territory from the perspective of critical social theory, to support the description and analysis of the constitution of the intersectoral network. The results correspond to the analyses made about the construction of the network, by means of which it was possible to undertake processes of organization and

* Doutora em Serviço Social (UFSC). Professora do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: fernandapesquisadora@gmail.com.

** Doutora em Serviço Social (PUC/RS). Professora do departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: sheilakocourek@gmail.com

*** Bacharela em Serviço Social (UFSM). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: carol-m95@hotmail.com



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

mobilization. It is understood that it is necessary to go farther with the proposal, but that it serves to mobilize, qualify and construct public policies.

Keywords: Intersectoriality. Mental health. Work in network.

Recebido em: 11/06/2018. Aceito em: 10/09/2019

1 INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta um relato de experiência da execução de um projeto de intervenção, desenvolvido durante um estágio curricular supervisionado, em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria/RS, intitulado de “Rede e atenção integral na saúde mental: Território e Serviços um binômio que precisa andar junto”, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi)¹ na região sul do Brasil, no período de agosto de 2016 a junho de 2017. Uma importante experiência que obteve impactos na política de saúde mental, na vida dos usuários em sofrimento psíquico e no trabalho dos profissionais da rede de atenção psicossocial desse município.

O presente artigo tem como objetivo descrever e analisar o processo de constituição da rede intersetorial de suporte aos usuários do CAPSi, a partir de um relato de experiência da implantação e execução do projeto de estágio curricular “Rede e atenção integral na saúde mental: Território e Serviços um binômio que precisa andar junto”. A metodologia empregada é de cunho qualitativo e descritivo. A coleta de dados se deu por meio da observação participante durante o período de estágio que compreendeu o planejamento e a construção da rede. Para a execução do objetivo, foi realizada uma revisão teórico-bibliográfica sobre os conceitos de rede, intersetorialidade e território, tendo como horizonte a perspectiva teórico-metodológica e ético-política do Serviço Social contemporâneo para a análise dialética dos dados.

Uma das principais barreiras encontradas no trabalho junto ao CAPSi, que suscitou a elaboração do referido projeto, foi a fragilidade do diálogo entre os atores da rede de atenção psicossocial, especialmente em relação à política de saúde mental. Essas dificuldades envolvem: o fluxo de atendimento; as formas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção aos transtornos mentais; manifestações discriminatórias e estigmatizantes acerca dos usuários da saúde mental presentes entre os profissionais da rede e na comunidade em geral. Diante disso, desenvolveu-se uma proposta com intuito de aproximar e mobilizar os atores da rede de proteção social para fortalecer a articulação das ações de saúde mental no “território”, considerando-o potente no processo de cuidado.

A experiência em tela esteve alinhada com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, estabelecidos pela lei nº 10.216, sancionada em 2001 (BRASIL, 2001). Também se levou em conta os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), descritos na portaria nº 3.088, no ano de 2011 (BRASIL, 2011), que visa a desinstitucionalização mediada por práticas intersetoriais, com a finalidade de oferecer atenção integral ao usuário. Por isso, o projeto de construção de redes esteve pautado nos seguintes objetivos específicos: promover ações intersetoriais, a fim de aproximar o CAPSi do território onde os usuários estão inseridos, e, com isso, desenvolver atenção integral ao usuário; informar e integrar a comunidade a respeito de transtornos mentais e oferecer subsídios para detecção de sua presença e prevenção de agravos; e ainda, auxiliar a comunidade a eliminar a estigmatização e a discriminação, estimulando-a a criar um ambiente social favorável para a recuperação e reintegração do usuário.

A metodologia de trabalho empregada no projeto de construção da rede intersetorial foi de reuniões com os trabalhadores da rede do território

¹ O CAPS iniciou suas atividades no ano de 2005, sendo que até este momento, o sofrimento infantil era abordado como dificuldade de aprendizagem, distúrbio de conduta ou deficiência. O atendimento era realizado na Rede filantrópica, principalmente, Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e, em abrigos para deficientes, sendo excluídos de uma história formal de saúde.

onde os usuários habitam, sendo escolhida para intervenção a região da cidade que possui o maior número de usuários atendidos pelo CAPSi. Os encontros foram realizados com periodicidade mensal, para os quais os profissionais do CAPSi se deslocaram até o território, reunindo-se com agentes dos equipamentos sociais locais². Junto aos diferentes serviços, postulou-se o diálogo, trocas de saberes e informações, promovendo e fortalecendo ações intersetoriais.

A proposta teve como substrato teórico-conceitual o princípio da intersetorialidade, o trabalho em rede e a territorialização³, considerados como fundamentais na construção da atenção integral ao usuário. Pretendeu-se com a ação que os direitos das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico sejam garantidos e não violados, e que os mesmos estejam em uma rede de proteção que promova a saúde, de acordo com o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, os setores da educação, assistência social e justiça, além da saúde em geral, e da saúde mental, em particular, precisaram se implicar na busca de processos de trabalhos mais coletivos em prol de resultados melhores e mais justos, voltados para a melhoria da saúde mental das crianças e adolescentes.

Para fins deste estudo, a intersetorialidade é entendida como estratégia para que a política de saúde mental concretize os seus princípios e objetivos, rompendo com a lógica setorializada e fragmentária, por meio da articulação com outras políticas públicas e da criação de vínculos com a sociedade para complementar ou ampliar os recursos existentes. (MORSCH; MANGINI, 2017). A noção de intersetorialidade ainda é bastante abrangente, e estudos nessa área têm apontado para a necessidade de desenvolver metodologias de trabalho intersetorial (SCHUTZ; MIOTO, 2010). Neste trabalho, a intersetorialidade é tomada como um princípio que subsidia o diálogo entre interlocutores de várias políticas públicas, que compartilham de um objetivo comum, contribuindo para a formação de uma rede mais ampla.

² Profissionais das unidades de saúde, escolas e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

³ Esses conceitos foram trabalhados no projeto a partir dos contributos de Junqueira (1998) e Amarante (2007).

As redes de atenção à saúde são formas de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira (BRASIL, 2010). No que tange à política de saúde mental, Amarante (2007, p. 88) refere que, “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos”. Nesse sentido, compreende-se rede pela articulação de unidades de serviços públicos que mantêm pontos de contato e conexão, a partir da afirmação da ação do Estado na garantia e viabilização de direitos, produzindo integralidade no atendimento em saúde mental.

A categoria território, pensada como local onde os usuários habitam, combinada com a intersetorialidade e o trabalho em equipe, pode ser potencializadora de diversas ações. A concepção de território aqui esboçada, considera que é importante situá-lo na perspectiva da totalidade, evitando análises fragmentadas, e sem perder de vista as particularidades do território (SPOSATI, 2006). Nesse sentido, reconhece-se que o território detém recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjos para compor projetos terapêuticos efetivos.

Para fins de elaboração deste estudo, o mesmo constitui desta introdução, apresenta um debate teórico-conceitual em torno dos conceitos de intersetorialidade, redes e território e suas disposições na política de saúde mental no Brasil, situando-os como parte dos avanços e direitos conquistados no atendimento aos usuários em sofrimento psíquico. Na sequência, apresenta-se a metodologia ou o processo por meio do qual desenvolveu-se a experiência do CAPSi no Sul do País. No item resultados e discussão, uma análise é realizada a fim de subsidiar o debate e, por fim, concluímos mostrando a importância do trabalho em rede no território e os desafios para a concretização da intersetorialidade.

Este trabalho foi previamente apresentado em um Congresso de Serviço Social na área de saúde e recebeu menção honrosa pela iniciativa e pioneirismo da experiência (MORSCH; MANGINI, 2017)⁴. Assim, espera-se que a divulgação dessa

⁴ O trabalho foi submetido na modalidade resumo e apresentado no VIII Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (VIII

experiência possa contribuir para inspirar novas propostas de articulação intersetorial de modo a tecer redes na saúde mental. Em meio a um período de avanços do neoliberalismo e práticas conservadoras, mais do que nunca é preciso se respaldar nas legislações das políticas públicas para concretização destas, além disso, a saúde mental, que historicamente é alvo de pré-conceitos, precisa sempre estar pautando práticas humanizadoras e ações de desinstitucionalização.

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: INTERSETORIALIDADE, TERRITÓRIO E REDES

Historicamente, as ciências médicas e jurídicas contribuíram para a associação da incapacidade e periculosidade à pessoa com transtorno mental, incorporando a ideia da falta de discernimento e o atribuindo como perigoso, segregando-os e os afastando do convívio social. Esse entendimento foi reforçado pela sociedade capitalista no intuito de manter no mercado de trabalho apenas quem atendesse ao ritmo de trabalho industrial, excluindo as pessoas consideradas improdutivas (ROSA, 2016).

Na esteira do Movimento da Reforma Sanitária, nos anos de 1970, buscava-se um novo patamar civilizatório, incluindo o conceito ampliado de saúde já adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Após a Segunda Guerra Mundial, e incorporado nos discursos proferidos na VIII Conferência Nacional, a saúde passa a ser vista como ‘necessidade humana’ cuja satisfação,

[...] associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico (LAURELL, 1997, p. 86).

Igualmente abrangente, propunha-se o conceito de saúde mental, que passou a ser objeto de discussão, a partir de 1980, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa, por sua vez, pode ser entendida como,

“conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do ‘louco’ e da ‘loucura’, mais especialmente, em torno das políticas públicas para lidar com a questão” (BRASIL, 2007, p. 58). Esse movimento instituiu a construção de um modelo humanizado de atenção integral na Rede Pública de Saúde, sendo a hospitalização não mais a única e primeira forma de tratamento.

Inspirada na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio, o tema entra em debate no Brasil e começa a fazer parte das conferências e congressos em saúde mental. Tratava-se de abordar aspectos que incluem a autonomia, competências e capacidades – tanto intelectuais quanto emocionais – com vistas a resgatar as capacidades dos sujeitos em sofrimento psíquico para gerenciarem suas vidas, mantendo um cuidado integral com foco na cidadania.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, conhecida como constituição cidadã, em seus artigos 196 a 200, a saúde é definida como dever do Estado e direito universal de toda população. No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais.

Com o processo de Reforma Sanitária, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da “Lei 8.080 de 1990” (BRASIL, 1990), e, três meses depois institui-se a participação da comunidade na gestão do sistema com a “Lei 8.142” (BRASIL, 1990). Assim, o SUS é formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2005).

Muitos anos depois da proposição do projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, em 2001, é sancionada a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta lei promoveu estatuto de sujeito jurídico-político à pessoa em sofrimento psíquico e a extinção progressiva dos manicômios no país, dando origem a um conjunto de dispositivos, entre eles, a Portaria nº 336, de 2002 (BRASIL, 2002). Tal portaria define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), deslocando o eixo do cuidado para as redes de atenção psicossocial.

A noção de cuidado à pessoa com transtorno mental inaugura uma renovação das práticas técnico assistenciais, passando a ser realizado na lógica de uma rede integrada de atenção. Esta rede vai desde a assistência primária, em Unidades Básicas de Saúde ou por meio de equipes de saúde da família, até o atendimento mais especializado nos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua, Unidades de Acolhimento, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros (FURTADO et al, 2016).

O CAPS é o principal equipamento de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, sendo um serviço aberto e comunitário, é dividido em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2004). Esses serviços se configuram como instituições dedicadas a acolher usuários com transtornos mentais, tendo como estratégia o apoio em suas iniciativas de busca de autonomia e integração à dinâmica familiar, prestando atendimento médico, psicológico, bem como, socioassistencial, grupal e oficinas terapêuticas e de aprendizagem, geração de renda, entre outros (BRASIL, 2004).

Desta forma, o tratamento nos CAPS pretende integrar os usuários à sociedade, respeitando o contexto socioeconômico e cultural no qual vivem, assumindo uma posição estratégica no processo de Reforma Psiquiátrica e na organização da Rede Comunitária de cuidados (BRASIL, 2004). Preconiza-se que esses centros atuem em conjunto com as Equipes de Estratégia de Saúde da Família, articulando-se com outros serviços da Rede, tais como: serviços sócio-sanitários, jurídicos, conselhos tutelares, escolas, CRAS, empresas, entre outros (BRASIL, 2004).

Os CAPS infanto-juvenis são serviços de atenção psicossocial para atendimentos diários às crianças e aos adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, como os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004). Esses centros são referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, orientados pela construção coletiva e intersetorial de uma rede de base comunitária para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990, p. 1). A Constituição Federal de 1988 e o ECA, reconhecem a condição cidadã da criança e do adolescente, assegurando-lhe:

[...] o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A Portaria nº 3.088, de 2011 (BRASIL, 2001), refere-se ao funcionamento da rede de atenção da saúde mental, reforçando o trabalho territorial e as ações intersetoriais nas suas diretrizes VII e X, conforme segue:

VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011, p. 2).

Neste contexto, entende-se que a Política de Saúde Mental voltada para infância e adolescência precisa garantir a integralidade do cuidado dentro de uma lógica de políticas públicas intersetoriais, possibilitando à cidadania, à educação, à proteção social, à promoção e à garantia de direitos da criança, do adolescente e de sua família (BRASIL, 1990). Portanto, os CAPS encontram-se no sentido de estabelecer parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social, ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil, ampliando e integrando a linha de cuidado. Sendo assim, adota-se como ferramenta o princípio da intersetorialidade como uma diretriz de organização e operacionalidade dos serviços em saúde mental.

Os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem

assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (BRASIL, 2005, p. 14).

Conforme Raichelis Degenzajn (2008, p. 212), “por meio da intersectorialidade, é possível abordar de forma mais ampla as problemáticas sociais em seu caráter complexo e multidimensional”. Nesse sentido, estabelece-se a intersectorialidade como uma articulação de saberes e experiências que possui objetivo de alcançar melhores resultados nas ações. Em consonância com Amarante (2007), a intersectorialidade é uma estratégia que perpassa vários setores, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo.

[...] os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental [...] e no campo da saúde em geral [...], ou no âmbito das políticas públicas em geral [...], e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se (AMARANTE, 2007, p. 86).

Segundo Sposati (2006), a intersectorialidade deve ser ativamente construída, representando um árduo trabalho de construção, nesse sentido, ela não se dá espontaneamente e, em alguns casos pode ser positiva ou não. A intersectorialidade é movida pela convergência entre intersectorialidade e setorialidade, por meio da qual se desenvolve um saber resultante da integração de vários setores, podendo causar mudanças significativas na capacidade de resolução de problemas.

Ademais, o potencial da intersectorialidade pode ir além, pode contribuir para produzir “uma nova inteligência institucional, um novo domínio da realidade e traz o debate da inovação, superando

o modelo de resposta pronta e única”, na direção de um modelo de gestão democrático (SPOSATI, 2006, p. 140). Além de permitir a aprendizagem entre os atores da rede, a intersectorialidade se mostra como um caminho para estruturar novas respostas, às novas demandas, que se apresentam as políticas públicas.

Nesse contexto, aparece o trabalho com redes e intervenção intersectorial, como uma alternativa capaz de responder às demandas, cada vez mais complexas que se apresentam dentro de um contexto de contenção de despesas e requalificação das intervenções. No campo da saúde mental e dentro desta configuração, a interinstitucionalidade já não pode ser tratada com único meio de intervenção:

No âmbito das sociedades complexas têm aumentado, por um lado, as expressões de ‘mal-estar’ que fogem aos enquadramentos tradicionais da doença e da delinquência. As situações de vida cotidiana levam indivíduos, ou grupos de indivíduos, a expressarem de forma cada vez mais difusa o sofrimento e os sentimentos de ‘não ser’, ‘não encontrar-se’, e de solidão, típicos da contemporaneidade (MIOTO, 2002, p. 53).

E o território, local onde os usuários habitam, é o *locus* em que melhor pode se fazer um “mergulho no real”, trazendo para a instituição aspectos da realidade que não são reconhecidos. Assim, o território é a categoria chave para o desvendamento da realidade social, das relações de poder, das resistências, das dificuldades e das potencialidades de constituição da rede intersectorial. O território está conectado às diversas redes, por meio das quais pessoas, informações e recursos movem-se de maneira dinâmica (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Nessa linha, o território é também admitido como um conjunto de recursos terapêuticos, que precisam ser explorados e articulados, uma vez que os mesmos não compõem diretamente a rede de saúde mental. Vizinhanças, associações, casas religiosas, escolas podem significar espaços de inclusão social para crianças e adolescentes em sofrimento mental, contudo precisam ser reconhecidos como tais, sem disputas com as demais políticas públicas que também atendem o público usuário e que, geralmente,

estão localizadas próximas às suas moradias (BARBOSA; CAPONI, VERDI, 2016).

Foi na perspectiva de articulação de diferentes recursos sociais e terapêuticos que se desenvolveu a experiência que será relatada, congregando intersetorialidade, rede e território na saúde mental. Partiu-se do entendimento que gerar saúde mental e inclusão social demandam um trabalho de intersetorialidade (entre políticas públicas) e no território (intersecção entre políticas públicas e o cenário de vida dos sujeitos), ambos precisam ser reconhecidos como importantes dispositivos que, se trabalhados em conjunto, podem construir medidas efetivas de garantia de direitos das crianças e adolescentes (FURTADO et al., 2016).

3 METODOLOGIA

O eixo estruturante deste artigo é o relato da experiência que desencadeou na construção de uma rede intersetorial na saúde mental. Trata-se de um estudo de cunho descritivo e qualitativo, por meio do qual busca-se descrever e analisar a constituição dessa rede, apontando suas lacunas e desafios. A coleta de dados se deu por meio da observação participante, durante o período de desenvolvimento e execução do projeto de estágio curricular supervisionado em Serviço Social, no CAPSi, compreendido entre agosto de 2016 a junho de 2017. A análise dialética dos dados foi realizada tendo como base os conceitos de rede, intersetorialidade e território.

Este estudo pautou-se sob a égide da intersetorialidade como dispositivo para a conquista da integralidade de atenção de saúde mental. Para promover diálogo entre os atores da rede de proteção social à criança e ao adolescente com transtornos mentais, desenvolveu-se a realização de encontros mensais no território, envolvendo todos os profissionais, residentes e estagiários da equipe do CAPSi, os quais mensalmente saiam do serviço e iam ao território promover rede de forma intersetorial e interdisciplinar.

O território escolhido para o desenvolvimento desta experiência justificou-se por ter o maior número de usuários do CAPSi, dado percebido por meio de levantamentos nos prontuários. Trata-se de uma região com um registro histórico peculiar, pois esta passou a ser habitada na década de 1990, e configurou-se como uma das maiores

ocupações da América Latina. Atualmente, a região abriga inúmeras famílias em situação de vulnerabilidade social, beneficiárias de programas sociais e, pelas suas características, detém significativo número de dispositivos que compõem a rede de proteção social e cuidado em saúde.

Além de aproximar o CAPSi do território, objetivou-se alargar o diálogo com os atores da rede, de modo a encorajar os dispositivos de proteção e cuidado a superarem a fragmentação nas políticas e promover o acesso à informação e ao conhecimento das particularidades acerca da política de saúde mental. E ainda, com essa articulação, poder construir projetos terapêuticos efetivos, em conjunto com os serviços do território, assim, realizando possíveis intervenções junto às famílias e usuários.

Para melhor apresentação do percurso metodológico, dividiu-se em 2 (dois) itens chamados “A construção do projeto de rede intersetorial” e a “Avaliação da rede de articulação intersetorial”, que seguem:

3.1 A construção do projeto da rede intersetorial

Acompanhando as recomendações do disposto na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o projeto enfatizou a integralidade do cuidado das crianças e adolescentes em sofrimento mental. Partiu-se da concepção do cuidado em redes ampliadas, as quais são constituídas, sobretudo, pelos atores dos territórios (vizinhança, centros comunitários, associações) e também pelos componentes intersetoriais (política de assistência social, educação, atenção primária em saúde, previdência social, entre outras) (BARBOSA, CAPONI, VERDI, 2016).

Primeiramente, houve um cuidadoso planejamento da ação, de modo que houvesse a sensibilização e a corresponsabilização dos agentes envolvidos na proposta de construção da rede. A exemplo, o projeto foi apresentado mais de uma vez a equipe do CAPSi, durante reunião de equipe, exibindo sua necessidade conforme a legislação da política de saúde mental e, somente após seu aceite e comprometimento pelo desenvolvimento da ação pela equipe é que a proposta teve continuidade.

As instituições que compõem a rede de serviços da região abrangente do projeto

receberam o convite para participar das reuniões de rede, convite este impresso em papel grosso e colorido, que foi entregue pelos profissionais, residentes e estagiários do CAPSi, diretamente aos atores dessa rede. A boa receptividade da proposta pelos profissionais da rede de serviços do território pôde ser percebida desde a entrega do convite e reforçada no primeiro encontro realizado, em que todos os convidados estiveram presentes e ainda, expuseram a necessidade das reuniões de rede⁵ com a presença do CAPSi.

Durante a execução do projeto de estágio, ocorreram apenas dois encontros, porém as reuniões de rede continuaram acontecendo, pois a proposta foi de que houvesse essa continuidade, ou seja, que a rede fosse se construindo e se consolidando com o tempo através dos encontros mensais no território. Essas reuniões ocorreram mensalmente em uma escola municipal do bairro, a qual cedeu seu espaço para a sua realização. As duas primeiras reuniões foram planejadas pela equipe do CAPSi e as consecutivas pelo grupo de participantes das reuniões.

Os primeiros encontros contaram com significativa participação dos profissionais da rede de serviços do território, compostos pelas políticas de saúde e saúde mental, educação, assistência social e terceiro setor. Entretanto, de todas as categorias profissionais do CAPSi, somente a equipe do Serviço Social e da Fisioterapia estiveram presentes nos encontros, apesar de todos os trabalhadores terem sido convidados em reunião de equipe, terem aceitado a proposta e estarem corresponsabilizados pela ação. Os profissionais da instituição que não compareceram alegaram estarem cumprindo suas tarefas dentro do CAPSi, não podendo estar presentes na reunião de rede.

Essa foi uma dificuldade vivenciada na execução da proposta. Por mais que houvesse a aceitação e o incentivo para a concretização, essa ação não deixa de ser mais uma tarefa a ser desenvolvida por atores que estão submetidos, muitas vezes, às condições de trabalho precárias. No entanto, a participação de diferentes profissionais é muito importante, considerando ainda que, a construção da rede é preconizada pela legislação, e, nesse sentido, a sensibilização

e corresponsabilização dos profissionais precisa ser constante.

Durante os dois primeiros encontros, a temática abordada envolveu saúde mental de crianças e adolescentes, trazendo informações sobre benefícios, direitos, medicalização da infância, estigma e “pré-conceitos”. Também foram entregues e debatidos materiais sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como, trabalhada a desconstrução da imagem de periculosidade e incapacidade atribuída aos usuários da saúde mental. Além disso, um fluxo de atendimento do CAPSi foi entregue e explicado, a fim de demonstrar como deveriam ser realizados os encaminhamentos de crianças e adolescentes para a instituição⁶.

Nas reuniões, em meio as falas dos trabalhadores, diversas vezes, foram apontados desafios e dificuldades encontrados no seu campo de atuação, que mostram a fragilidade em que as políticas públicas se encontram e quanto isso impacta no atendimento aos usuários dos serviços. As falas também reforçavam a importância que consideravam dos encontros em rede, entendendo a necessidade de articulação intersetorial para a construção e fortalecimento, em conjunto, das políticas públicas.

Outro aspecto relevante que emergiu foi o diálogo acerca das estratégias de cuidado e ruptura do modelo institucionalizante. O relevo deu-se ao reconhecimento do território e dos seus recursos, bem como, da tessitura das redes de atenção psicossociais, ambos compreendidos como forças importantes e alinhadas como Política de Saúde Mental (BARBOSA; CAPONI; VERDI, 2016).

Considera-se que as políticas públicas atualmente, se encontram num período de recursos escassos, falta de profissionais, entre novas demandas, precisando os profissionais se reinventarem, requalificando suas ações para fazer seu trabalho. Diante da fragilidade em comum dos serviços, os profissionais veem a possibilidade de construção da intersectorialidade

⁵ Nome dado aos encontros mensais no território no primeiro encontro.

⁶ Neste período, no município, o CAPSi não funcionava como porta de entrada para usuários da saúde mental. O ingresso na instituição dava-se através de encaminhamento da rede, que poderia ser pelas seguintes instituições: CRAS; Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); CAPS; Atenção Básica (UBS e ESF); ambulatório de saúde mental; hospitais; Pronto Atendimento Municipal (PAM); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e PRAEM.

(por meio da intersecção das políticas e inclusão dos atores do território, fortalecendo a rede de atenção psicossocial), como uma forma de, juntos, enfrentarem as dificuldades e buscar soluções, ou seja, buscarem respostas compartilhadas para problemas comuns.

3.2 A avaliação das ações de articulação da rede intersetorial

Como forma de avaliar e monitorar a ação, em um dos encontros, foi entregue um questionário a cada um dos participantes, a fim de verificar algumas percepções dos integrantes para melhor planejar os próximos encontros. Como pode-se observar na Tabela 1, os trabalhadores veem como positiva a ação realizada.

Tabela 1 – Como considera a ação realizada?

Como você considera a ação realizada:				
Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Ruim
6	4	4	0	0

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao responder a questão “você acredita que ações como esta podem melhorar o atendimento às crianças e adolescentes com transtornos mentais”, 100% dos participantes responderam que sim. As respostas dos profissionais reforçam a importância do trabalho em rede intersetorial na saúde mental, inclusive mostram o reconhecimento que os trabalhadores têm sobre o trabalho em conjunto.

Nas respostas, os profissionais apontaram a importância da parceria com os serviços, bem como, a oportunidade de conhecer as outras instituições, e com isso fomentar novas ações, a troca de saberes, experiências e informações. Além de pontuar que as reuniões devem ter continuidade, foi sugerido a criação de identidade para o grupo e, assinalado a necessidade de documentar essa ação para o fomento nas políticas públicas.

No questionário, os profissionais demonstram a necessidade de articulação em rede intersetorial, a fim de fortalecer a rede de cuidados, facilitar seu trabalho e melhorar os atendimentos. Quanto ao nível de importância atribuído, a Tabela 2 a seguir mostra os resultados.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Tabela 2 – Qual nível de importância atribuído às Reuniões de Rede?

Nível de importância atribuído às Reuniões de Rede:				
Sem Importância	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
0	0	2	4	8

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com a importância atribuída pelos profissionais que compõem às reuniões de rede, a mesma foi incorporada no trabalho fazendo parte, mensalmente, da agenda dos serviços do território e do CAPSi. A partir da articulação da proposta inicial pelo CAPSi através de uma intervenção de estágio, a consecutividade das reuniões foi liderada pelos participantes do grupo, e teve o propósito de discutir casos em comum, nos quais há dificuldades de resolução, ocorrendo uma rotatividade dos locais de encontro nos serviços que a compõem.

Uma visão ampliada sobre a dimensão técnico-assistencial do processo de reforma psiquiátrica revela-nos que a transformação da oferta de serviços de atenção em saúde mental implicou o estabelecimento de estratégias de cuidados que envolvessem o reconhecimento do território e de seus recursos, assim como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Essa transformação implicou em estabelecer formas de acolhimento ao sofrer, mediante a criação de projetos e estratégias de cuidado diversificadas, articuladas em rede a esse território.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aproximação e articulação do CAPSi com os serviços do território, foi possível avançar na construção das reuniões de rede, realizando-as de forma contínua e sistemática. A articulação do CAPSi com os serviços da rede de proteção social do território através das reuniões intersetoriais de rede possibilitou auxílio na resolução de casos difíceis pela equipe; encaminhamentos corretos de demandas; e esclarecimento de dúvidas sobre saúde mental.

Assim, trabalhar saúde mental com outras equipes e serviços que também atendem os usuários, permitiu auxiliar no tratamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Por meio da troca de informações e conhecimentos mais aprofundados sobre os transtornos mentais e da ação em conjunto, foi possível contribuir para a detecção, prevenção e tratamento no próprio território onde os usuários habitam.

É essa a direção preconizada pela Reforma Psiquiátrica, que busca inserir as pessoas com transtorno mental em lugares sociais, estabelecendo sua cidadania como pessoa portadora de direitos sociais. Ao discorrer sobre as perspectivas de continuidades dos avanços da Reforma Psiquiátrica, Vasconcelos (2016) aponta para os desafios e retrocessos da atual década, gerados pela crise econômica, política, ética e social, tendo em vista os ajustes neoliberais, os quais incidem diretamente nas políticas sociais, nos direitos garantidos aos usuários do SUS, bem como, da política de saúde mental.

Alguns desses retrocessos podem ser visualizados na realidade do CAPSi, que possui uma demanda muito elevada, considerando a pouca quantidade de recursos humanos disponíveis e a estrutura física incompatível com o número de usuários atendidos na instituição (em 2017, se tinha uma média de 600 usuários atendidos na instituição). Alguns dos problemas enfrentados são: salas insuficientes; estrutura precária (o refeitório não comporta todos os usuários que almoçam); lotação nos grupos; e indisponibilidade na agenda dos profissionais.

Muitas vezes, o diálogo da instituição com a gestão municipal é conturbado e truncado, bem como, são escassos os recursos e investimentos destinados à política de saúde mental. Diante disso, é comum encontrar relatos de trabalhadores cansados e desmotivados. Além do mais, esses impactos também incidem nos processos formativos dos futuros profissionais, como na residência multiprofissional em saúde e no estágio, que em face da falta e da sobrecarga dos profissionais, acabam suprindo as demandas do serviço, o que não compete ao processo de formação.

A articulação do CAPSi para promover reuniões de redes intersetoriais foi uma alternativa estratégica em meio a tantas dificuldades. Era frequente no discurso dos profissionais do CAPSi as expressões: “falta rede”; “não temos rede”. Referindo-se à rede como todos os serviços públicos de proteção social que atendem crianças e adolescentes, que tem pontos que servem

de conexão para a realização de contatos e encaminhamentos, suscitando assim, novos arranjos e estratégias com vistas às práticas efetivas de garantia de direitos.

Os resultados já alcançados com a ação foram positivos tanto para as instituições quanto para os usuários, mostrando que a articulação em rede é importante e necessária na política de saúde mental. A composição da rede foi de caráter predominantemente público, considerando o número expressivo de atores de instituições públicas que estava presente nas reuniões. A iniciativa foi construída com base no empenho e esforço voluntário desses atores, principalmente dos profissionais do CAPSi, dos quais partiu a proposta, pautada em princípios éticos e democráticos da Reforma Psiquiátrica.

A iniciativa do CAPSi foi de buscar superar a fragmentação das políticas públicas, por meio da instituição de canais de comunicação, troca de informações, conhecimentos e articulação dos serviços, na perspectiva da intersectorialidade. Em vista de uma visão integrada, a proposta foi de somar forças ante as tensões, empoderar os usuários e os profissionais, obter maior participação social e efetivar o controle social, buscando com a ação respostas compartilhadas para problemas comuns. Porém, com a precarização da oferta de serviços públicos e das condições de trabalho nesses espaços, cabe questionar se a construção dessa rede não acaba se tornando funcional e encobrindo as insuficiências dos serviços da região.

Parte-se do pressuposto de que a perspectiva de intersectorialidade precisa avançar, não se restringindo somente ao esforço voluntário de profissionais para articular os serviços, que apesar de importante, não é suficiente para suprir as lacunas do serviço. Isto é, a falta de recursos, de condições objetivas, de planejamento coordenado e comum às diversas políticas públicas.

Nesse sentido, cabe fazer frente a apropriação ingênua da intersectorialidade como um meio de suprir as insuficiências das políticas públicas, tornando-se funcional aos cortes neoliberais dos gastos sociais. Para tanto, é preciso ultrapassar o esforço e o compromisso subjetivo dos profissionais a fim de consolidar a rede na arena das políticas públicas, ampliando o espaço e as condições para realizá-la, especialmente a partir do controle social. Ampliar

a rede significa projetá-la na esfera pública, para além do território, por meio de uma organização coletiva capaz de pôr em evidência tais lacunas, exigindo a garantia e a efetivação dos direitos dos usuários da saúde mental.

A aplicação da intersectorialidade em territórios vulneráveis pode tanto potencializar ações quanto segregar grupos humanos, ou seja, este modelo, ao ser aplicado em uma parte da cidade, deve se relacionar com o todo, dentro de uma proposta de gestão para a cidade (SPOSATI, 2006). Embora a iniciativa de construção de rede intersectorial tenha sido uma experiência pioneira de organização das instituições públicas locais nesse âmbito, para avançar, é preciso superar a fragmentação do debate no território, na comunidade.

A expansão da ação mobilizadora tem papel fundamental para que a rede possa atingir um contorno mais amplo, no âmbito do município e para além dele, mediante sua formalização e vinculação com as instâncias de controle social do município, ampliando a capacidade de interferir na proposição e no planejamento das diversas políticas públicas no que tange à saúde mental.

Na agenda dos serviços de saúde mental, encontram-se o crescente número de novas demandas apresentadas aos serviços, exigindo respostas cada vez mais qualificadas aos profissionais da área, os quais se encontram impotentes diante da fragmentação das políticas públicas, somadas aos poucos recursos disponíveis pelo Estado (MIOTO, 2002). A proposta de articulação em redes no CAPSi pode ser compreendida como uma forma de resistir, de confrontar e de fazer frente a essas impotências por parte de profissionais comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde.

Nas últimas décadas, o trabalho em saúde mental mudou, exigindo cada vez mais ações intersectoriais e interdisciplinares, a fim de garantir a integralidade do atendimento. Nesse sentido, toda equipe precisa se envolver nas articulações das redes em saúde mental, com vistas à garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes em sofrimento psíquico. A proposta trata a intersectorialidade como princípio do trabalho em rede, definida como a articulação entre políticas públicas, entendendo que cada uma possui uma rede de instituições e serviços, que consistem em

alternativas ao enfrentamento das expressões da questão social (SCHUTZ; MIOTO, 2010).

De forma geral, a construção da rede, a partir da iniciativa do CAPSi proporcionou o início do diálogo e do intercâmbio com o território, havendo apropriação pelos profissionais da proposta do trabalho em rede, como um elemento constitutivo dos seus processos de trabalho, além do desenvolvimento de ações socioeducativas sobre os transtornos mentais de crianças e adolescentes. A proposta atuou em cima de uma necessidade reconhecida que os profissionais do CAPSi e das instituições do território possuíam, tendo continuidade atualmente. Com isso, essa experiência se tornou uma importante estratégia para que o cuidado em saúde mental seja integral, perpassando por várias políticas que atendem esse seguimento. (MORSCH; MANGINI, 2017)

Apesar dos avanços, novos desafios se postulam aos trabalhadores do campo saúde mental, com vistas à consolidação da rede, na direção da democratização e da garantia dos direitos. É preciso que a rede se estruture formalmente, que mantenha conexões constantes entre seus componentes, que compartilhe e dissemine objetivos e princípios em comum, que tenha capacidade de se ampliar, articulando novos componentes e redes, que saiba fortalecer e aumentar sua capacidade e poder decisórios no sentido de interferir na conformação das políticas públicas. Isso faz sentido apenas quando a rede extrapola o território e avança em direção aos outros canais de controle social e interlocução na esfera pública.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a Reforma Psiquiátrica, muitos avanços foram alcançados na saúde mental infanto-juvenil, porém, muito ainda tem a se avançar. E a atual conjuntura política e econômica brasileira tem sido um empecilho no avanço da política de saúde mental, pois instauram-se uma série de medidas e ajustes neoliberais que retraem recursos das políticas públicas. Diante disso, os profissionais das políticas públicas, e aqui em específico da rede intersectorial de saúde mental, tem papel fundamental para tencionar, mobilizar, organizar e defender os direitos dos usuários.

É com este propósito que foi desenvolvido o projeto de redes intersectoriais, a partir da

intervenção de estágio junto com os profissionais do CAPSi. Acredita-se que projetos como este, de reuniões de rede intersetoriais no território, podem ser um meio de fortalecer a rede de serviços socioassistenciais que se encontra fragilizada. Também representam uma forma de resistência dos setores que compõem a rede, somando forças junto com os trabalhadores de diversas áreas, para, então, juntos lutar por políticas públicas de qualidade. A proposta de articulação em rede foi uma iniciativa pioneira que demonstra o compromisso dos trabalhadores envolvidos com as diretrizes e os princípios do SUS.

Na política de saúde mental e nas legislações que a compõem, estão presentes a intersectorialidade, o trabalho em rede e a territorialização como elementos constitutivos dos processos de trabalho na saúde mental que os auxiliam significativamente. No entanto, a concretização desses princípios depende das condições sócio-históricas, aliadas à intencionalidade, ao entendimento e ao direcionamento que os agentes darão a proposta. Nesse sentido, esses conceitos aqui trabalhados, possuem caminhos dialéticos e contraditórios a seguir para sua concretização, que podem esbarrar tanto em um entendimento distorcido sobre a atual política de saúde mental quanto acabar sendo uma forma de encobrir as lacunas deixadas pela crise, especialmente do corte nos gastos sociais, da privatização e da redução da proteção social.

A construção e integração da rede apenas para suprir as deficiências do serviço, como uma alternativa em meio às dificuldades, acaba não tendo impacto nos problemas sociais complexos do qual a intersectorialidade seria estratégica.

A intersectorialidade se coloca como um referencial capaz de contribuir para reverter a gestão fragmentária das políticas públicas, que não seguem a uma previsão orçamentária única nem um planejamento em comum. Nesse sentido, a articulação da proposta de intersectorialidade na rede de atenção à saúde mental do CAPSi ainda está em construção, pois ela depende de uma série de mudanças no âmbito da gestão municipal e na prestação de serviços, supondo o rompimento com práticas e estruturas, além de ampla mobilização coletiva dos atores sociais na perspectiva da afirmação das políticas públicas, especialmente da saúde mental.

Considera-se a articulação em rede, a ação intersectorial e o trabalho no território, ainda que circunscritos a uma microrregião, extremamente importantes para a política de saúde mental e elementos essenciais que devem estar presentes nos centros de atenção psicossocial, portanto, para que eles se concretizem, precisa-se de dar o primeiro passo. Acredita-se que este foi dado na execução do projeto apresentado. Compreende-se que é necessário avançar dentro da proposta, ainda que a mesma foi e esteja sendo muito importante na política de saúde mental para crianças e adolescentes do município e que, está servindo para mobilizar, capacitar e construir as políticas públicas.

Por fim, ao compartilhar esta experiência aposta-se que esta seja estratégica para a concretização da política de saúde mental. Em tempos de avanço do neoliberalismo, propostas ousadas que movimentam os trabalhadores são formas de resistência aos retrocessos provocados.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Asilo, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 73-84.

BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C.; VERDI, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. **Revista Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 917-28, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=pt&nr_m=iso. Acesso em 08 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf?sequence=1. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 08 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 01 jun. 2017. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, 2007. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em 09 set. 2019.

BRASIL. 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. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde (BR). **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em 09 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FURTADO, J. P, et al. A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000902001&lng=en&nrm=iso Acesso em 08. set. 2019.

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

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e Políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, SP: Cortez, 1997, p.151-78.

MIOTO, R. C. T. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 5, n.1, p. 51-58, jan. 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5870>. Acesso em: 08 set. 2019.

MONKEN, M.; BARCELOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MORSCH; C. MANGINI, F. N. R. Rede e atenção integral na saúde mental: território e serviços um binômio que precisa andar junto. In: VIII CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE; XI SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE. 2017, Campinas. **Anais...** Campinas: Unicamp; Unesp. 2017. p. 93-94. Disponível em: https://www.conasss.com.br/upload/files/ANAIS_CONASSS_2017.pdf Acesso em: 18 set. 2019.

RAICHELIS DEGENSZAJN, R. Processos de articulação na perspectiva sócio-territorial. In: ARREGUI, C. C.; BLANES, D. N. (Orgs.). **Metodologias do trabalho social**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008, p. 209-216.

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

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Revista sociedade em debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun, 2010. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>. Acesso em: 08 set. 2019.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não?: comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 85, mar. 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.