

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

MARIA LUIZA LOPES DA CONCEIÇÃO

TEIAS DE CUIDADO:

Desvendando a intersetorialidade e itinerários terapêuticos na Raps

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

2024

MARIA LUIZA LOPES DA CONCEIÇÃO

TEIAS DE CUIDADO:

Desvendando a intersetorialidade e itinerários terapêuticos na Raps

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense para obtenção do título de mestre em Política Social.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas Sociais

Orientador: Prof. Dr. Valter Martins

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

2024

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

C744t Conceição, Maria Luiza Lopes da
TEIAS DE CUIDADO: : Desvendando a intersetorialidade e
itinerários terapêuticos na Raps / Maria Luiza Lopes da
Conceição. - 2024.
118 f.

Orientador: Valter Martins.
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
Escola de Serviço Social, Niterói, 2024.

1. Política Social. 2. Saúde Mental. 3. Ação
Intersetorial. 4. Política de Saúde Mental. 5. Produção
intelectual. I. Martins, Valter, orientador. II. Universidade
Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

MARIA LUIZA LOPES DA CONCEIÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Estudos Pós-Graduados em
Política Social da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal Fluminense para
obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Avaliação de Políticas
Sociais

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valter Martins - Orientador
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – Examinadora
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Micheline Roat Bastianello – Examinadora
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Rosiran Carvalho de Freitas Montenegro – Examinadora Suplente
Universidade Federal de São Paulo

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

2024

Dedico esse trabalho ao meu avô, Edson Rodrigues Lopes (*in memoriam*), que é exemplo de sabedoria, inteligência e dedicação. Estudou até a quarta série, mas me ensinou até em nosso último abraço.

AGRADECIMENTOS

Sempre leio os agradecimentos dos trabalhos que tenho acesso com curiosidade. Neles, fazendo alusão ao título da dissertação, estão presentes as teias que tornaram possíveis, ou mais fáceis, a conclusão de cada estudo. Agora, no meu momento, gostaria de honrar toda a minha rede de cuidado, proteção e afeto.

Agradeço a Deus pelo Seu infinito amor que me constrange, fortalece e impulsiona.

Agradeço a minha família que é porto seguro e lugar possível de descansar. Sem vocês não seria possível caminhar. Dedico especial agradecimento ao Bernardo, meu amor, pelos quilômetros que dirigiu para me levar até a UFF, pelas dezenas de horas que passou na biblioteca aguardando o fim das minhas aulas, por nesse percurso (concreto e abstrato) ter me animado, trazido leveza e ter sido tão generoso. A minha mãe, Rosana, agradeço por ter feito do meu sonho o dela, ninguém nesse mundo é capaz de confiar tanto em mim como ela faz. A minha filha Bella, que pelo seus olhos de criança me dá força, me cura, me mostra que sou capaz e me faz olhar a vida com entusiasmo e otimismo. A minha amiga e sogra, Kenia, agradeço por deixar minha rotina mais fácil tornando possível que eu me dedicasse a escrita: obrigada por ficar com a Bella, pelos muitos almoços e pelos potes de comida, que quase sempre devolvi sem as tampas.

Aos amigos que estiveram presentes nesse processo, vibrando e torcendo por mim: aos de perto e aos de longe, muito obrigada!

Aos profissionais de saúde que me acompanham e me ajudam a lidar com meu próprio diagnóstico em saúde mental.

Ao Programa de Pós Graduação em Política Social da UFF. Aos amigos de turma que me ensinaram, dividiram angustias, alegrias, dúvidas e respostas. Aos professores e técnicos administrativos, em especial da extensão de Campos dos Goytacazes: eu agradeço pela partilha de conhecimento, pelas experiências e pela dedicação à interiorização do Programa. O mestrado foi possível para pessoas como eu, graças à esse esforço.

Agradeço ao professor doutor Valter Martins, meu orientador. É um prestígio ser conduzida num processo de orientação que te valide, respeite e impulsiona. Foram muitas as reuniões de orientações que partilhei minhas limitações e angustias e em todas elas, sem exceção, fui acolhida e motivada. O professor Valter demonstra, através de seu currículo Lattes, uma produtividade e compromisso excepcionais com a academia. Contudo, foi seu compromisso pessoal, evidenciado no contato direto e nas palavras encorajadoras, que me

apresentou uma universidade possível, humana e acessível. Agradeço sinceramente por ser uma inspiração contínua.

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini e profa. Dra. Micheline Roat Bastianello, pelas preciosas contribuições na qualificação, pelas leituras atenta e respeitosa. Que presente de banca!

Aos autores que li, todos, em absoluto. A gente escreve com receio que não leiam, que o fim último da produção seja a própria publicização. A beleza de escrever é poder ver nossa obra sendo compartilhada, compreendida, questionada e poder contribuir, na teoria e na prática, com a produção científica. Obrigada por toda contribuição! Agradeço também aos colaboradores das pesquisas incluídas na revisão integrativa, os trabalhadores e usuários da Raps, àqueles que foram entrevistados e que suas falas traziam suas experiências e perspectivas. Quanta coragem e riqueza: minha gratidão!

À Capes, pela concessão da bolsa de pesquisa, sem a qual não teria sido possível concluir este mestrado. Agradeço profundamente pelo apoio financeiro que permitiu a realização deste estudo.

RESUMO

A Política de Saúde Mental, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), resulta de um esforço coletivo para reestruturar a atenção em saúde mental em direção a um cuidado em rede, baseado no território e na preservação dos vínculos familiares e comunitários. Reflexo da política social, a RAPS é fruto de diferentes perspectivas que influenciam seus elementos normativos, substantivos, subjetivos e materiais, afetando a efetivação de ações intersetoriais e itinerários terapêuticos. O objetivo desta dissertação, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense, é oferecer um panorama sobre como as produções científicas compreendem a intersetorialidade e os itinerários terapêuticos na saúde mental. A metodologia adotada incluiu uma pesquisa qualitativa com revisão integrativa e análise de conteúdo. A coleta de dados foi realizada no Portal de Periódicos da Capes, utilizando equações de busca com operadores *booleanos* com os descritores “saúde mental” AND “intersetorialidade”; OR “RAPS” AND “Intersetorialidade”; OR “Raps” AND “Itinerário terapêutico”; OR “saúde mental” AND “itinerário terapêutico”. Foram selecionados artigos revisados por pares, cujo conteúdo estava relacionado ao objetivo da pesquisa e cujo contexto fosse posterior a 2011, data de publicação da portaria da RAPS. A análise dos vinte e um artigos indicou que as ações intersetoriais são ferramentas importantes para resultados positivos na saúde mental dos usuários da RAPS. A rede de apoio familiar e sócio-comunitária se apresenta como uma das principais estratégias de cuidado e manutenção do tratamento em saúde mental. Também foi observado que o Centro de Atenção Psicossocial é o principal espaço de ações intersetoriais, embora práticas setorializadas ainda sejam identificadas. O estudo apontou a necessidade de fortalecer o trabalho em rede, pois os itinerários terapêuticos dos usuários apresentam fragilidades, especialmente para mulheres e para aqueles em condições socioeconômicas desfavoráveis, sem que ações intersetoriais tenham sido amplamente sistematizadas. Conclui-se que a RAPS desempenha um papel crucial no cuidado em saúde mental, embora enfrente desafios significativos relacionados à intersetorialidade. As contribuições deste estudo incluem a análise das ações intersetoriais e itinerários terapêuticos em todos os níveis de atenção da RAPS, que podem subsidiar o fortalecimento da articulação em rede e do movimento de Reforma Psiquiátrica, especialmente em tempos de investidas contrárias.

Palavras-chave: Raps; Saúde Mental; intersetorialidade; itinerários terapêuticos.

ABSTRACT

The Mental Health Policy, including the Psychosocial Care Network (RAPS), results from a collective effort to restructure mental health care towards a networked model that is based on territoriality and the preservation of family and community ties. Reflecting social policy, RAPS is the product of various perspectives that influence its normative, substantive, subjective, and material elements, affecting the implementation of intersectoral actions and therapeutic itineraries. The objective of this dissertation, developed within the Graduate Program in Social Policy at the Federal Fluminense University, is to provide an overview of how scientific productions understand intersectorality and therapeutic itineraries in mental health. The adopted methodology included qualitative research with integrative review and content analysis. Data collection was conducted on the Capes Journals Portal, using search equations with Boolean operators and descriptors: “mental health” AND “intersectorality”; OR “RAPS” AND “intersectorality”; OR “RAPS” AND “therapeutic itinerary”; OR “mental health” AND “therapeutic itinerary.” Peer-reviewed articles were selected based on their relevance to the research objective and their publication context after 2011, the date of the RAPS ordinance. The analysis of the twenty-one articles indicated that intersectoral actions are important tools for positive outcomes in the mental health of RAPS users. The family and socio-community support network is presented as one of the main strategies for care and maintenance of mental health treatment. It was also observed that the Psychosocial Care Center is the primary space for intersectoral actions, although sectoralized practices are still identified. The study highlighted the need to strengthen network work, as users' therapeutic itineraries exhibit weaknesses, especially for women and those in unfavorable socioeconomic conditions, without widely systematized intersectoral actions. It is concluded that RAPS plays a crucial role in mental health care, although it faces significant challenges related to intersectorality. The contributions of this study include the analysis of intersectoral actions and therapeutic itineraries at all levels of RAPS care, which can support the strengthening of network articulation and the Psychiatric Reform movement, especially in times of opposing investments.

Keywords: RAPS; Mental Health; intersectorality; therapeutic itineraries.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. PRIMA: Resultado da busca nas bases eletrônicas.....	67
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Relação dos artigos pré selecionados e selecionados para a Revisão Integrativa. Eixo “Das pesquisas e dos pesquisadores”	72
QUADRO 2. Relação dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa. Eixo “Sobre quem se escreve”	81

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps– AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
Capsi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
Capsij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cfess	Conselho Federal de Serviço Social
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
MRP	Movimento de Reforma Psiquiátrica
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
MDS	Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate a Fome
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Panamericana das Nações Unidas
PPGPS	Programa de Pós Graduação em Política Social
RAS	Rede de Atenção a Saúde
Raps	Rede de atenção Psicossocial
RIA	Rede, Intersetorialidade e Articulação
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL - Elementos estruturantes	22
2.1 DAS REINVIDICAÇÕES REFORMISTAS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL: ELEMENTOS DE ANÁLISE DA SAÚDE E DA SAÚDE MENTAL	23
2.2 REFLEXÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DOS ANOS DE 1990 E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE E NA SAÚDE MENTAL.....	28
2.3 A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ 2016: NOVOS SERVIÇOS, VELHAS PRÁTICAS?	32
2.4 A REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE 2016	40
3 CAPÍTULO II: REDE, INTERSETORIALIDADE E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CONCEITOS E CONTEXTOS	50
3.1 CONCEITUANDO REDE	51
3.2 CONCEITUANDO INTERSETORIALIDADE.....	57
3.3 CONCEITUANDO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	61
4 CAPÍTULO III: CAMINHOS ENTRELAÇADOS: A RAPS E SUAS ROTAS DE CUIDADO – uma revisão integrativa	65
4.1 DAS PESQUISAS E DOS PESQUISADORES:	69
4.2 SOBRE QUEM SE ESCREVE.....	74
4.2.1 Trabalhadores	74
4.2.2 Usuários e Familiares.....	78
4.3 ATENÇÃO BÁSICA	84
4.4 CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	85
3.4.1 A articulação com outros serviços	86
3.4.2 Cuidado e tratamento	87
3.4.3 Condições materiais do serviço:.....	89
4.5 INTERNAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO.....	90
4.5.1 A experiências do hospital como primeiro ponto de procura do usuário ou familiar ao tratamento em saúde mental.....	90
4.5.2 Experiências negativas em relação a hospitalização, relacionadas a medicalização, a contenção, ao afastamento familiar, ao sofrimento, e a despersonalização.....	91
4.5.3 Suporte em episódios de crises e em percepção de necessidade.....	92
4.5.4 Indicativos de encaminhamento aos demais serviços da rede no pós alta	93
4.6 REDE SOCIAIS DE APOIO	93
4.7 INTERSETORIALIDADE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: Explorando a Jornada que Revela a Intrasetorialidade na Saúde Mental.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	104

1 INTRODUÇÃO

Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto.

Leonardo Boff

Início a presente dissertação de mestrado citando Leonardo Boff, pois a pesquisa científica comprometida com a análise de processos sociais, dentro de todo rigor metodológico e ético, é também dotada da subjetividade do pesquisador. A leitura é sempre uma interpretação, seja da realidade concreta, seja de textos e palavras, a qual carrega em si o lugar que o pesquisador ocupa e o mirante sob o qual ele escolhe se apropriar. Essa é uma perspectiva difundida por importantes autores (Löwy, 1987; Marx, 1984; Behring; Boschetti, 2006; Giovanni, 2009). Nessa abordagem a relação sujeito-objeto assume uma postura relacional, bem distante de um empirismo positivista. Dito isso, esclareço que é a partir das minhas vivências como trabalhadora e usuária do Sistema Único de Saúde, como pesquisadora dentro de uma universidade pública que utiliza uma orientação teórica crítica e dialética, é que me proponho a realizar as análises da intersectorialidade e dos itinerários terapêuticos na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) desde a sua implementação em 2011.

A escolha pelo estudo da temática reflete uma jornada acadêmica e profissional que me aproximou da política de saúde mental nos últimos dez anos. A partir das três iniciações científicas que realizei durante a graduação em serviço social, pude me dedicar a pesquisas sobre a relação entre saúde mental na Atenção Básica, controle social e gênero. A pesquisa intitulada “Impactos do alcoolismo na saúde da mulher” me rendeu o primeiro lugar no Congresso Fluminense de Iniciação Científica na Universidade Federal Fluminense em 2016. Foi estudando Saúde Mental que me conectei com os processos científicos de pesquisa e escrita.

Esses primeiros anos me mostraram como o movimento pela Reforma Psiquiátrica, em direção a uma sociedade inclusiva, com respeito à autonomia das pessoas, inclusão social e dignidade, está diretamente alinhado com muitos dos princípios fundamentais do Serviço Social. Uma prática comprometida com a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a consolidação da cidadania, a eliminação de todas as formas de preconceito, entre outros princípios que caminham nessa direção (Brasil, 1993), não compartilha raízes com a segregação, o isolamento e as políticas higienistas que historicamente marcaram a saúde mental (Pereira, 2004).

No meu primeiro emprego como assistente social, em 2018, trabalhei em um hospital geral com leito de saúde mental em uma pequena cidade do Espírito Santo. Na época, a instituição contava com quatro leitos e dois deles estavam ocupados por pacientes residentes, ou de longa permanência. Essas duas internações eram resultado de ordens judiciais. Embora esses pacientes tivessem recebido alta médica, seus vínculos familiares fragilizados e sua incapacidade de realizar suas atividades diárias de forma independente os impediam de deixar a instituição. Havia um problema de rede ali. Tanto na rede de proteção social desses pacientes quanto na rede de serviços, porque as unidades não comunicavam: havia pouca ou nenhuma coordenação entre o judiciário, os serviços socioassistenciais e os serviços de saúde do município onde o hospital estava localizado e nas áreas de origem dos pacientes.

Acredito que foi nesse momento que percebi que um serviço isolado, no caso a internação, por si só não é capaz de atender às demandas dos usuários, mas, mais do que isso, na ausência de uma abordagem intersetorial e do estímulo ao potencial da rede, pode até promover o efeito contrário ao inicialmente esperado. Como promover a saúde mental vivendo isolado em um leito hospitalar? Como as instalações da Rede de Atenção Psicossocial desenvolvem a intersetorialidade? Quais são as possibilidades de construção de itinerários terapêuticos?

Embora esses tenham sido os primeiros contatos com os desafios da intersetorialidade na saúde mental, não foram os únicos casos, e perguntas semelhantes sempre surgiram no meu dia a dia de trabalho. Depois de alguns anos, quando assumi um cargo em uma Comunidade Terapêutica, que faz parte da Raps, o ambiente diferente não trouxe nenhuma mudança para a minha relação com a rede. Pude perceber que a internação ou o acolhimento em uma comunidade terapêutica eram quase sempre, as primeiras opções de tratamentos.

As pessoas que sofriam de transtornos mentais ou abusavam de álcool, crack e outras drogas pareciam ter pouco acesso a outros serviços públicos. Isso se manifestava na fragilidade de relatórios e laudos e dos encaminhamentos ou, ainda mais claramente, na falta de documentação civil dos usuários que buscavam atendimento. Essa foi uma questão que sempre me surpreendeu, pois o indivíduo, mesmo fora de crise, encaminhado para tratamento em saúde mental, sem qualquer documentação civil prévia, parece ter ficado limitado aos títulos que a chamada “loucura” pode lhe conceder. Parece que não houve articulação prévia que pudesse enxergá-lo de forma diferente. Qual itinerário terapêutico trouxe esse usuário a esse serviço?

É importante lembrar que, historicamente, a atenção à saúde mental era restrita aos hospitais psiquiátricos, com atendimento dentro de muros e isolado da sociedade, o que tornava esses corpos mais doentes em vez de oferecer possibilidades (Delgado, 2019). A construção de

uma rede de saúde mental, com diferentes pontos de atenção, que se articulam e se complementam, leva a um atendimento mais humano, integral e eficaz (Prudêncio, 2019).

Assim, a intersetorialidade, a articulação com outros pontos de atenção e serviços, bem como o trabalho em rede surge como elementos presentes nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reflexo de uma reformulação da forma de atenção, que vai se desdobrar na saúde mental, com a constituição da Raps.

A intersetorialidade se relaciona ao projeto da Reforma Sanitária, uma vez que o conceito ampliado de saúde passa a ser compreendido não mais como a ausência de doença, mas a partir de aspectos biopsicossociais, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego (Brasil, 1986). Na saúde mental, o Movimento da Reforma Psiquiátrica prevê uma mudança de paradigma na reivindicação por uma substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços extra hospitalares, como nova forma de cuidado e atenção. A lógica da intersetorialidade aparece na Legislação 10.216 de 2001; nos mecanismos de controle social, como a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010; e na formação de Redes de Atenção à Saúde, com destaque para a Rede de Atenção Psicossocial.

Assim, em relação aos possíveis caminhos terapêuticos dos usuários dos serviços de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial prevê dispositivos que devem ser articulados entre si e com outras políticas públicas, a fim de promover o cuidado e a proteção dos indivíduos em sofrimento psíquico e ou em uso ou abuso de álcool, crack e outras drogas (Brasil, 2011, 2017). Desde a criação da Raps, a nível nacional, um conjunto de processos de diversas ordens impactaram a Política de Saúde Mental e a sua dimensão organizacional. Eleito alguns elementos para análise, os parágrafos seguintes estabelecem esse primeiro movimento de caracterização da Política de Saúde Mental após a implementação da Raps em 2011.

Do ponto de vista normativo, o estabelecimento de uma rede de serviços se afirma em equipamentos que se conversem e se complementem (Brasil, 2011). Ela parte da concepção da incompletude de um único serviço e da necessidade da articulação entre diferentes pontos de atenção. Na Saúde Mental, essa orientação se relaciona com os princípios da Reforma Psiquiátrica que, reivindicando novas formas de cuidado e denunciando práticas centradas no Hospital Psiquiátrico, e que propõe um conjunto de serviços substitutivos.

A criação da Raps, em 2011, caminha nesse sentido, pois estabelece uma rede de serviços de saúde mental. Mas, apesar de direcionar para o atendimento das demandas da Reforma Psiquiátrica, há autores que tecem críticas por ela inserir as Comunidades Terapêuticas nessa Rede. Justificam que esse equipamento se distancia dos princípios da Reforma

Psiquiátrica. Mais tarde, em 2017, a Raps passa a incluir o próprio Hospital Psiquiátrico e um novo modelo de Caps também criticado por alguns defensores da Reforma Psiquiátrica. Esses elementos nos mostram que o campo das Políticas Públicas é resultado de interesses divergentes. Para Bowen (2009), os documentos não são reflexo de uma racionalidade técnica e neutra, mas são resultados de um processo que é político e histórico, eles expressam acordos, consensos, dissensos e valores de um determinado contexto.

Durante o período recortado, o cenário político brasileiro atravessou um redirecionamento que é um elemento importante dessa análise. No campo da Saúde Mental, isso reverbera, por exemplo, quando Valencius Wurch, médico conhecido pela direção, em 1990, do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, assume a Coordenação Nacional de Saúde Mental, no final de 2015. O Hospital Dr. Eiras foi alvo de sucessivas denúncias por ferir direitos humanos e vai na direção contrária às reivindicações do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Apesar da entrega do cargo que ocorreu após cerca de cem dias, impulsionado por reivindicações dos movimentos sociais e dos protestos “Fora Valencius”, surgem alguns embates. Para Duarte (2016a), perspectivas diversas vão dando forma a esse polarização: A institucionalização como modelo tradicional de tratamento; a desinstitucionalização, com a extinção de todas as formas de manicomialização; e a desospitalização como medida de redução do tamanho dos hospitais e do tempo de internação, mas com o reconhecimento de que a internação em hospitais ainda se faz necessária em alguns casos.

Ainda que tenha dado vestígios anteriores de uma reorientação, também podemos registrar como marco importante o impeachment da Presidente Dilma Roussef, em 2016. A partir daí, assume o poder um grupo político com princípios diferentes, representado naquele momento por Michel Temer. O campo das legislações da Política de Saúde Mental vai assumindo reorientações que culminam em processos denominados por alguns autores como “marchar para trás”, (Delgado, 2019), “retrocessos” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019), “marcha ré” (Onocko-Campos, 2019).

O financiamento da Saúde Mental, como elemento de análise da estrutura material (Giovanni, 2009), foi progressivamente realocados para os serviços substitutivos no período de 2001 a 2014 (Fiocruz, 2015). Segundo os dados da Fiocruz (2015), os gastos hospitalares que representavam 95% do recurso total utilizado em saúde mental transformaram-se em 30%. Essa informação, dita desta maneira, parece revelar apenas um lado da moeda: o gasto em saúde mental caminhou apenas em direção aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Mas como revela

Pereira (2020), a política social, e aqui inserimos o financiamento dessa política, não é o que se apresenta na superficialidade.

O estudo de Oliveira (2017) sobre o financiamento aponta para a diminuição da proporção dos gastos em saúde mental se comparado ao montante total dos gastos em saúde, além disso há uma parcela significativa de gastos em medicamentos prevista dentro dos gastos em serviços substitutivos, além da destinação de recursos para a terceirização e investimento em serviços de saúde mental criticados por pesquisadores da área, como é o caso das Comunidades Terapêuticas. Não desarticulado a esse processo, as condições de trabalho denunciam as precárias condições materiais da execução do acompanhamento e cuidado dos usuários em serviços ambulatoriais, como aponta a pesquisa de Prudêncio (2019) da Rede de Atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Em termos macroeconômicos, a própria dinâmica do capitalismo periférico, desenha a impossibilidade de as legislações por si só efetivarem as conquistas de movimentos sociais. Marques e Mendes (2012, p. 268) indicam que “[...] a dominação financeira sustenta a permanência de uma política econômica que torna o social apenas um apêndice, sempre subordinado aos objetivos macroeconômicos”. Então a realidade da área social tende a se apresentar com maior ou menor cortes de recursos e contingenciamentos, conforme as imposições da dinâmica financeira. Assim, a própria posição do Brasil dentro da dinâmica capitalista impõe às políticas sociais condicionalidades. Ou seja, quer seja do ponto de vista micro ou macroeconômico, existe resistências que apresentam limites ao financiamento da saúde mental.

A estrutura simbólica (Giovanni, 2009) também aparece como elemento estruturante da organização da Saúde Mental. A cultura do cuidado em saúde mental foi, durante muito tempo, a internação e o afastamento da sociedade. Nesse sentido, a instituição de outras formas de serviço não veio desvinculado dessas perspectivas. O campo da política é um espaço que é permeado por valores, não exclusivamente no sentido ideológico da produção de conhecimento, mas também na sua própria organização empírica (Giovanni, 2009). Assim, não bastaria estabelecer uma rede de serviços do ponto de vista legal, mas haveria a necessidade de repensar a forma com que se enxerga o usuário e o tratamento, naquilo que é concreto. Nesse cenário, trabalhos importantes indicam um processo de cultura da internação, da “neointitucionalização” (Duarte, 2016a) e de um “capscomio” (Duarte, 2016b), o que parece mostrar que no empírico permanece com os “antigos” valores do cuidado em saúde mental. Os princípios neoliberais também aparecem como influência na forma com que a sociedade se comporta, e parecem ser elementos que invadem esse cenário e justificam práticas e orientações.

Outra característica que o cuidado em rede estabelece é a intersectorialidade, mas a maneira com que o próprio conceito de intersectorialidade é compreendido e executado não é homogêneo. Podemos dizer que essa questão também se encontra permeada por elementos simbólicos (Giovanni, 2009), na perspectiva entre o que está posto nas legislações e o que efetivamente é compreendido e realizado entre os serviços. Além disso, por elementos substantivos (Giovanni, 2009), que dizem respeito aos atores, interesses e regras. Pois para a concepção de uma política e a sua implementação, existe a própria execução dos atores, o contexto da execução e a maneira com que esses atores compreendem esse processo.

Para Arretche (2001, sp), por exemplo, “a incongruência de objetivos, interesses, lealdades e visões de mundo entre agências formuladoras e a gama diversa de implementadores implica que dificilmente um programa atinja plenamente seus objetivos e que seja implementado inteiramente de acordo com seu desenho”. A autora continua sinalizando que essas divergências podem estar presentes nos formuladores, financiadores e nos implementadores que são os profissionais de execução da política. Ou seja, para “realizarmos análises menos ingênuas” (Arretche, 2001, sp), é necessário pensar que a intersectorialidade e o trabalho em rede envolvem atores distintos: classes profissionais, instituições governamentais e não governamentais, além de fundos de financiamento e formuladores diversos da Raps. Como exemplo, as Comunidades Terapêuticas, financiadas pela Senad e gerenciadas por instituições não governamentais; classes profissionais diferentes inseridas no mesmo processo como: como médicos, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos; os Caps de gerências municipais e estaduais; entre outros. Como esses atores de interesses diversos e por vezes antagônicos implementaram a intersectorialidade e o trabalho em rede?

Esses processos, que foram apresentados, por escolha pedagógica, separadamente, estão na realidade concreta imbricados e resultaram em alterações significativas na Raps desde sua criação. O estabelecimento de um conjunto de serviços, como é o caso da Raps, com o princípio do trabalho em rede e da intersectorialidade, não garante que ela funcionará como o inicialmente desenhado. Isso porque existe um conjunto de elementos políticos, normativos, materiais e substantivos que se apresentam dando maior ou menor potencialidade a intersectorialidade e o trabalho em rede na saúde mental.

Há trabalhos publicados que discutem a intersectorialidade em saúde mental a partir de características específicas: dispositivos (Pedrosa, 2022), níveis de atenção (Silvio, 2018), segmentos de usuários (Andrade, 2016) e experiências regionais isoladas (Ribeiro, 2016). O que é inédito é a análise da intersectorialidade e dos itinerários terapêuticos na Raps que

considera a percepção de trabalhadores e usuários, em nível nacional, desde a criação dessa Rede. A pesquisa aqui apresentada buscou abordar essa importante lacuna identificada.

Nesse sentido, identificamos o problema de pesquisa recortado para essa pesquisa: Como a intersectorialidade e os itinerários terapêuticos têm sido abordados na Rede de Atenção Psicossocial desde sua implementação. Tendo como objetivo geral oferecer um panorama sobre como a produção científica compreende a intersectorialidade e itinerários terapêuticos na saúde mental. Esta pesquisa se fundamentou em objetivos específicos que visaram analisar a articulação da rede e o trabalho intersectorial desenvolvido na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), apreender como os profissionais e dispositivos da Raps realizam o trabalho intersectorial, compreender a articulação na rede de saúde mental pelos usuários a partir de seus itinerários terapêuticos, observar possíveis diferenças regionais, de grupos específicos e temporais nos estudos sobre intersectorialidade e itinerários terapêuticos na Raps, e identificar lacunas na literatura que indiquem a necessidade de novas pesquisas.

Este estudo configura-se como pesquisa qualitativa, conforme definido por Gil (2008), onde a análise depende de muitos fatores, como a natureza dos dados, a extensão da amostra, os instrumentos e os pressupostos teóricos que orientam a pesquisa. Segundo o autor, o processo de construção da pesquisa envolve uma categorização inicial que é reexaminada e alterada sucessivamente, visando uma abrangência necessária aos significados e ideias.

Para discutir a premissa do objetivo e considerando a importância da proposta para avançar nossa compreensão do fenômeno, utilizou-se a Revisão Integrativa como procedimento metodológico. Assim como outras revisões de literatura, esta é uma metodologia de pesquisa que utiliza fontes e dados da literatura sobre um determinado tópico. Lima e Miotto (2007) destacam que a revisão de literatura é uma etapa fundamental no processo de pesquisa, contendo passos importantes na organização, construção e discussão do conhecimento. As Revisões de Literatura podem seguir o modelo tradicional, conhecido como Revisão narrativa, ou modelos mais objetivos, conhecidos como revisões sistemáticas da literatura (Botelho; Cunha; Macedo, 2011).

A Revisão Sistemática Integrativa, procedimento metodológico escolhido para esta pesquisa, propõe reunir processos específicos e objetivos com a intenção de agregar claramente processos e resultados relevantes de um grande espectro (Hermont, *et al.*, 2021). Recentemente, estudos relevantes utilizaram essa metodologia em relação a estudos em saúde mental, tais como: O artigo de Campos *et al.* (2020) que revisa estudos em saúde mental publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva; o trabalho de Rocha, Pegoraro e Prochno (2022) sobre percepções dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial; a dissertação de mestrado de

Araújo (2019) que analisa artigos dos Congressos Brasileiro de Assistentes Social sobre a relação entre Serviço Social e intersectorialidade na saúde mental; e o trabalho de conclusão de residência de Bezerra (2020), que analisa os trabalhos disponíveis no Scielo sobre a Raps publicados em 2019.

O procedimento metodológico indicado incorpora todos os estudos do recorte selecionado, a partir de critérios evitando conclusões precipitadas a partir de apenas alguns artigos. Na área da saúde, esta metodologia é amplamente utilizada para integrar dados de estudos realizados separadamente sobre determinada intervenção ou terapia, possibilitando a análise de resultados conflitantes e/ou semelhantes. Assim, pode ser utilizada para definir conceitos, estabelecer práticas baseadas em evidências, identificar perspectivas metodológicas divergentes e descobrir áreas para possíveis estudos futuros (Whittmire; Knaf, 2005 *apud* Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a Revisão Integrativa, foi necessário seguir rigorosamente definições metodológicas, permitindo o leitor identificar claramente os estudos incluídos e seus achados científicos. Foram utilizadas as seis etapas: 1. Definição do problema; 2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3. Pesquisa na literatura; 4. Avaliação dos dados; 5. Análise dos dados; e 6. Apresentação dos dados (Mendes *et al.*, 2008).

O primeiro capítulo fornece subsídios para refletir sobre a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O texto foi elaborado a partir dos marcos históricos que moldaram a Política de Saúde Mental brasileira desde o processo de redemocratização até 2023. Intitulado “Política de Saúde Mental: Elementos Estruturantes”, o capítulo discute elementos materiais, normativos, simbólicos e substantivos que acompanharam a organização da Política de Saúde Mental.

No segundo capítulo, organizamos os conceitos de rede, intersectorialidade e itinerário terapêutico, apresentando diversas concepções obtidas no debate e como essas concepções foram historicamente apreendidas e/ou implementadas por diferentes grupos ou espaços. Intitulado “Redes, Intersectorialidade e Itinerários Terapêuticos: Aproximações com a Saúde Mental”, o capítulo também analisa como essas categorias se conectam no campo da saúde mental.

Sob o título “Caminhos Entrelaçados: RAPS e suas Rotas”, o terceiro capítulo integra os estudos da revisão integrativa dos trabalhos mapeados. Foram descritos os métodos e procedimentos utilizados. O capítulo apresenta a intersectorialidade e o itinerário terapêutico, oferecendo um panorama sobre como os profissionais e demais atores envolvidos na RAPS

compreendem e/ou realizam ações intersetoriais. Além disso, são apresentados os itinerários terapêuticos dos usuários dos serviços de saúde mental.

2 CAPÍTULO I: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL - Elementos estruturantes

O cuidado e atenção em saúde foi passando por transformações e alargamentos, os quais se alteram conforme os contextos históricos, econômicos, sociais e culturais vão se estabelecendo. No campo da saúde mental a assistência foi marcada por um modelo de internação asilar, comumente chamados de “manicômios”, focado na medicalização e na alienação (Castel, 1978). No Brasil, o cuidado ofertado à pessoa em sofrimento mental desde a inauguração do Hospital Pedro II, em 1852 até a década de 1970 se centrou na internação psiquiátrica, caracterizado pela exclusão social, afastamento das relações sociais e familiares (Amarante, 2003).

Algumas mudanças ocorrem quando, a partir da Segunda Guerra Mundial, há uma tendência de propostas de tratamento que trouxeram novas estratégias e modos de cuidado que pudessem conviver com as novas exigências do mundo produtivo e com as normas sociais da época (Basaglia, 1982 *apud* Pereira, 2004). O que Basaglia (1982) sinaliza é que a criação de novas formas de cuidados em saúde estava atrelada tanto a sociabilidade da época como aos elementos econômicos naquele período e contexto determinados. Mas os novos dispositivos trazidos pela experiência do pós-guerra não tinham a intenção de substituir o manicômio, e sim de lançar uma rede de serviços que convivessem com os muros institucionais. Dessa maneira, o hospital não era o único local de atendimento, embora continuasse a ocupar um espaço fundamental (Pereira, 2004).

Ainda que com algumas evoluções, o século XX foi hegemônico na prática da saúde biomédica, com base na revolução Pausteriana (Andrade, 2004). As alterações mais significativas, no caso brasileiro, ocorrem no final do século. Para Teixeira (1989), a análise da política de saúde do Brasil na década de 1980 tem como aspectos centrais: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. A nível internacional a intersectorialidade e a discussão da rede aparecem na carta de Ottawa, mesmo que com limitações na concepção (Bellini; Faler, 2014) e atrelado aos valores econômicos do capitalismo da época.

Já os anos de 1990 foram marcados pelas orientações neoliberais que vão desenhando tanto a sociabilidade como a forma de implementação das políticas sociais, e aqui inserimos a política de saúde e de saúde mental, impondo limites que vão sendo estabelecidos ou extrapolados conforme o poder de fogo e de organização dos movimentos sociais contrários a

essas orientações. Nesse período são realizados os principais debates que darão margem para a promulgação da Lei 10.216 da Saúde Mental, em 2001.

O período que segue, de 2001 a 2015 marca o reordenamento dos gastos hospitalares; a criação de novos dispositivos de saúde mental e da Rede de Atenção à Saúde, com desdobramento para a Rede de Atenção Psicossocial; mas também permanecem elementos importantes que indicam um hibridismo entre as novas perspectivas e as antigas práticas.

A fase subsequente, de 2016 aos dias atuais contempla a deposição da presidente Dilma Rousseff, com fortes características da nova direita, do neoconservadorismo, num cenário que abrange o período da pandemia da Covid-19, a qual desvela um cenário de reorientação política com implicações importantes na Política de Saúde Mental.

Propõe-se uma análise que considere os múltiplos aspectos que influenciaram a política de saúde mental no período proposto. Nesse sentido, concordamos com Giovanni (2009) que a análise das políticas não se faz apenas a partir de um viés, tampouco pela justaposição das informações relativas à estrutura formal, substantivas, material e simbólica, mas pela relação de interferência mútua entre elas. Ou seja, importa analisar de que maneira a teoria, práticas e os resultados; atores, interesses e regras; financiamento, suportes, custos e os valores; e os saberes e linguagens se relacionam entre si e são capazes de se significar e ressignificar conforme essa interferência ocorre.

Assim, a revisão dos estudos a seguir propõe estabelecer as características que desenharam a política de saúde mental, não com o intuito de esgotar os elementos estruturantes, mas de levantar como esses elementos influenciaram esse processo.

2.1 DAS REINVINDICAÇÕES REFORMISTAS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL: ELEMENTOS DE ANÁLISE DA SAÚDE E DA SAÚDE MENTAL

O período inicial do regime militar, de 1964 a 1970 foi de grande investimento no aumento e manutenção da rede privada de assistência, o que na saúde mental ocasionou um aumento importante no número de leitos psiquiátricos (Resende, 1987). Essa ampliação da rede hospitalar privada, somada a poucos mecanismos de controle de admissão e alta dos pacientes, levou a um alto número de pessoas internadas. Assim, a assistência psiquiátrica da década de 1970 foi caracterizada pelas internações longas, com poucos prognósticos e péssimas condições de vida (Pereira, 2004).

Impulsionado pela perda de legitimidade social causada pelo fim do “milagre econômico” e de seus impactos no cotidiano brasileiro, a segunda metade da década de 1970

foi responsável pelo início, ainda que tímido, do processo de redemocratização do Brasil. Os anos de 1970 e 1980 foram de insatisfação, questionamentos e críticas acerca das más condições de vida da população. Esse processo culminou em “um avanço das forças de resistência e desenvolveu-se a prática de enfrentamento do regime militar” (Pereira, 2001, p. 123). Em resposta ao crescimento das insatisfações populares e na busca de equilíbrio de poder, o governo militar propôs estratégias para um processo de democratização de deveria ocorrer de forma “lenta, gradual e segura”.

A saúde assume uma perspectiva política, além dos limites estritamente técnicos, por meio das lutas sociais e a busca pela democratização. Essas reivindicações de movimentos populares em saúde deram origem ao Movimento de Reforma Sanitária. Formado por trabalhadores da saúde, lideranças políticas proveniente na maioria das vezes do partido comunista, intelectuais e outras entidades da sociedade civil. Esse Movimento influenciou a difusão do pensamento crítico em saúde (Gerschmann, 1995).

A luta pela reorientação do sistema de saúde, se embasava nas reflexões sobre a conexão das condições de saúde e de vida, incluindo aqui seus determinantes econômicos, políticos e sociais (Bravo, 2001 p. 9).

Por isso o papel político é importante pois defendia uma reformulação do Estado, com a admissão de saúde como direito universal. As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Junto a Reforma Sanitária, no campo da saúde mental, o Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) assume as reivindicações na direção de novas formas de cuidado em saúde mental. As primeiras denúncias de maus tratos contras pessoas em sofrimento mental surgiram na década de 1970. A partir de então, e especialmente na década seguinte, diversos questionamentos ao modelo hospitalocentrico, acusando-o de “coisificar essas pessoas, reduzindo-lhes a condição de objeto” foram surgindo e se fortalecendo (Duarte, 2016, p. 126). Para Amarante o Movimento de Reforma psiquiátrica realiza uma crítica não só “conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas” (Amarante, 1995, p. 87).

Além do Movimento da Reforma psiquiátrica, destacam-se o Movimento de Luta Antimanicomial, formado majoritariamente por usuários e familiares (Pitta, 2011) e o

Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (Mtsm), formado pelos profissionais da área. Sobre isso, Amarante *et al.* (1995, 64-65) destaca que: “o Mtsm é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”. Essa característica já expressava sua vinculação com os movimentos populares. Nesse contexto Amarante destaca que “um outro aspecto relevante do Mtsm foi a premissa que a transformação da assistência psiquiátrica não é um objetivo em si, mas estaria vinculada à busca de uma democracia plena e uma organização mais justa da sociedade” (Amarante *et al.*, 1995, p.62).

Assim, denunciava-se os hospitais psiquiátricos, o isolamento, o cárcere e a medicalização excessiva, a violação de direitos humanos, mas também a forma que o Estado se organizava. A organização institucional privilegiava a instituição privada como executora das práticas da Previdência Social, a qual identificava a saúde como objeto de lucro, gerando fragilidades na qualidade da prestação do serviço médico e uma medicalização dos problemas sociais (Pereira, 2004). A busca pelo lucro gerava distorções, com o pagamento de serviços os quais não foram produzidos, ou irracionais e desnecessários, os quais poderiam gerar prejuízos a saúde dos indivíduos (Pereira, 2004).

Nessa lógica, as práticas profissionais estavam organizadas em termos empresariais, pois os trabalhadores assalariados estavam submetidos às exigências das empresas:

Empregado, trabalhará cumprindo orientação da empresa, atribuindo prioridade ao lucro financeiro do patrão, no que isto significa de aumentar o período de internação, efetuar internações desnecessárias e outros expedientes, sem o que correm o risco de serem sumariamente dispensados. (CSMC, 1980, p.54).

Esse não é um processo que acontece isoladamente, haja visto que internacionalmente esse período foi marcado por intensas discussões e transformações no campo da saúde mental em todo o mundo (Pereira, 2004). No Brasil, alguns espaços de discussão podem ser destacados como fagulha no processo da Reforma Psiquiátrica na década de 1980.

Em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se conclamava a reorganização do Sistema Nacional de Saúde e a elaboração das bases para o processo da Constituinte. Com presença de trabalhadores, gestores e, pela primeira vez, usuários do sistema de saúde, foi debatido o conceito ampliado de saúde, financiamento do sistema, o papel da cidadania e do Estado (Escorel, 1998). Esses aspectos que se encontravam dentro do movimento sanitário se transformaram na base do texto constitucional de 1988 (Pereira, 2004).

No mesmo ano, no Canadá ocorre a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, nela pela primeira vez, surge a ênfase na discussão sobre a intersetorialidade. Conhecido como

Carta de Ottawa, o discurso é o reconhecimento do limite de cada setor, indicando a ampliação da participação de múltiplos setores. Para tanto se propõe a responsabilidade pela ação coordenada entre todas as partes envolvidas – governo, setor de saúde, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, que centrou-se na saúde.

Para Bellini e Faler (2014) ainda que se reconheça os avanços, a fragilidade da intersectorialidade nesse discurso se inicia na própria relação de responsabilidade da saúde com a gestão da prática intersectorial, pois assim se reitera a setorialidade e não a intersectorialidade. Uma outra questão que registramos é a concepção da rede que aparece para ser acionada: Aqui serviços públicos, voluntários e privados surgem no mesmo bojo, como se, na relação intersectorial, tivessem o mesmo objetivo, e mais do que isso, os mesmos valores.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade! (Ottawa, 1986, sp.)

Utilizando as análises de Pereira e Teixeira (2013) sobre esse mix público/privado na intervenção social, o Estado passa a não ser visto como gestor, administrador e executor, dos serviços, mas numa visão liberal do Estado, como normatizados de uma rede de serviços que é ofertada e executado pela sociedade. Vale lembrar que esse discurso não está descolado do período histórico considerando as novas exigências do capitalismo para as políticas sociais a nível internacional (Behring; Boschetti, 2006). Contudo, no cenário nacional, em razão da força dos movimentos sociais, as discussões vão sendo na direção da responsabilização do poder público.

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, nela são debatidas questões similares à 8ª Conferência Nacional de Saúde como o conceito ampliado de saúde, as determinações sociais do processo saúde doença, a importância da participação popular nos fóruns de decisão e discussão dos serviços de saúde, além da democratização das instituições (Pereira, 2004). Acompanham essas bandeiras, os três tópicos centrais que constituíram a crítica inicial do Mtsm: a necessidade de investimento do poder público na execução dos serviços e ações de saúde; as condições de trabalho dos profissionais da saúde mental; e a assistência psiquiátrica organizada centrada no modelo hospitalar. Pretendeu-se a reversão do modelo “hospitalocentrico e psiquiatricocentrico” por meio de

redução progressiva de leitos; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; utilização de recursos dos hospitais gerais para atendimento de emergências psiquiátricas e internações de curto período; implementação de recursos assistenciais alternativos aos asilares como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários, espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental; trabalho protegido e reabilitação profissional (Brasil, 1988, pp.18-19).

No mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do Brasil, na cidade de São Paulo. E em 1989, em Santos, se iniciou a construção de uma rede de serviços de cuidado, trabalho moradia e inserção social voltado para a saúde Mental (Pereira, 2004). Segundo Nicácio (1994), Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede substitutiva de saúde mental, e a quarta do mundo. A cidade de Santos viveu um processo de desinstitucionalização, por meio da intervenção do poder público municipal ao mesmo tempo que passou pela criação de dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos (Pereira, 2004).

Também em 1989, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657, pelo então deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, cuja elaboração foi pautada nas discussões em saúde mental. Para Pereira (2004, p. 109)

A apresentação do projeto à Câmara dos Deputados não pode ser entendida como a elaboração de um projeto isolado de um parlamentar, mas sim como integrada a uma estratégia do movimento social, que buscava a abertura de um canal que garantisse a entrada no circuito legislativo das suas idéias e proposições. O Deputado Paulo Delgado estabeleceu esse canal, por: compartilhar de um ideário próximo ao do movimento social no campo da saúde mental; integrar um partido político que reconhecidamente estava articulado às questões populares; e, manter laços fraternais com uma das importantes lideranças do movimento social em saúde mental.

A apresentação do Projeto ao Congresso Nacional não ocorreu sem debates e críticas dos muitos interesses que giravam em torno da psiquiatria.

Podemos dizer que a década de 1980 brasileira foi marcada por um movimento importante de levante popular na direção de propostas de novas formas de políticas sociais, em especial no campo da saúde. Na América Latina, como um todo, um movimento importante crescia na direção da epistemologia social, fundamentada numa saúde crítica que “bebia da fonte do materialismo dialético”. Falar isso é importante para dimensionar como o Brasil não estava desassociado da conjuntura internacional. A economia capitalista ocidental passava por um processo de orientação neoliberal, mas que chegou nos países periféricos desse lado do continente somente na década seguinte. Dessa forma, até o final da década de 1980 permaneceram os debates progressistas na direção da normatização da política social brasileira.

Vis a vis a esses processos, diversos setores da Sociedade Civil levantaram o debate sobre a necessidade da democratização e do exercício do controle social do Estado. Para Pereira

(2001, p. 132), “o clima em torno da futura Constituição mobilizou diferentes setores da sociedade civil e política: a elite hegemônica, os setores populares, as instituições religiosas, as organizações educacionais, das áreas de saúde e dos meios de comunicação”.

A Assembleia Constituinte se organizou em dois blocos, o grupo de empresários, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e a ala do Movimento da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Bravo (2001) destaca três elementos que foram importantes para atingir os objetivos da Plenária das Entidades: a capacidade técnica para elaborar com antecedência um projeto de textos consistente e claro; a constante pressão sobre os constituintes e a mobilização da sociedade. A proposta de Emenda popular, defendido na plenária por Sergio Arouca, foi assinada por mais de cinquenta mil eleitores. No interior do processo constituinte, as demandas sanitárias em direção a saúde pública, de direito universal, foram alcançadas pela Carta Magna de 1988.

Assim, promulgação da Constituição de 1988 representou a esperança de um enfrentamento aos índices de desigualdade social, por meio da extensão dos direitos sociais. Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde passa a ser considerada como um direito, garantido constitucionalmente para todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado. Nesse sentido, acaba com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano. O texto também prevê a Constituição de um Sistema Único de Saúde, o qual deverá integrar os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e regionalizada, com atendimento integral e com a participação da comunidade. Também delimita que o setor privado deverá atuar apenas de maneira complementar, preferencialmente por meio de entidades filantrópicas, além de dar ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo as normas contratuais.

Mas o histórico brasileiro de injustiças sociais acumulado por séculos e a longa tradição de privatizar a coisa pública pela classe dominante, segundo Bravo (2001), não seria capaz de ser corrigido com a Constituição de 1988. A autora sinaliza que além dos limites estruturais, as forças progressistas perdem espaços na coalizão governante e no interior dos aparelhos institucionais (Bravo, 2001). O retrocesso do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (Bravo, 2001).

2.2 REFLEXÕES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DOS ANOS DE 1990 E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE E NA SAÚDE MENTAL

A Política econômica, com característica neoliberal foi adotada no Brasil a partir da década de 1990. Essas orientações geraram prejuízos para a área social, restringindo direitos e focalizando o público de acesso. As políticas sociais passaram a “subordinadas às reformas estruturais e restritas à ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constituir uma política pública, contrariando a Constituição de 1988 [...]” (Rosa, 2003, p. 117). Esse redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, realiza um forte ataque ao texto constitucional. Vale ressaltar que a precarização das políticas sociais nesse período não é resultado exclusivo de um determinado governo, mas de condições estruturais do capitalismo (Martins, 2022). Assim como, os avanços concebidos nessa década também são graças a um movimento social forte construído no período anterior (Behring; Boschetti, 2006).

A reforma do Estado, ou contra Reforma (Behring, 2003), é um instrumento que se baseia na ideia de que o Estado se desviou das suas funções básicas ao estar presente no setor produtivo. Em seu Plano Diretor, indicam um esgotamento da estratégia estatizante com a necessidade de uma administração pública menos burocrática, com um modelo gerencial com características voltadas para a produtividade, redução de custos, eficiência e no controle dos resultados. As responsabilidades econômica e social deveriam ser transferidas ao setor privado. E o referido plano também propõe a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, deveriam obedecer às leis do mercado (Pereira, 1995).

É comum nesse período que as políticas sociais sejam justificadas na sua funcionalidade de instrumento de crescimento econômico. Assim, o desenvolvimento das habilidades e capacidades dos sujeitos, potencializados pelas políticas sociais (Sen, 2000), se justificam pela necessidade de qualificação para inserção no mundo do trabalho e da produtividade (Martins, 2022).

Nos países em desenvolvimento, a lógica neoliberal foi responsável pelo gradativo empobrecimento da população, tanto dos setores mais empobrecidos, como da chamada classe média (Martins, 2022). Para o autor, a dependência do capital internacional, o desemprego estrutural, os baixos salários, a desigualdade social são elementos da queda do padrão de vida da população, justificado pela busca e garantia do lucro, na lógica do capital (Martins, 2022). Colaborando com a afirmação, Bravo (2001) também sinaliza que a hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pelos ataques aos direitos sociais e trabalhistas, além do sucateamento da saúde e das demais políticas públicas. Para Martins (2022) a arquitetura mutável das políticas, caracterizada pela mudança importante no papel do Estado, do capital, das instituições e da sociabilidade geraram uma nova atmosfera.

O centro desse processo concentrou-se na mudança das atividades do setor público, onde o Estado passa de Provedor a Regulador, estabelecendo as condições sob as quais os mercados são autorizados trabalhar, e também Estado Avaliador, analisando esses resultados (Martins, 2022). Nessa lógica, a economia deverá atuar de maneira, livre, devendo ao Estado intervir de apenas de maneira circunstancial ou como regulador das relações sociais, por meio de ações dirigidas e focalizadas, voltadas a grupos mais vulneráveis.

Além disso, surge um novo ethos, uma nova “cultura de performatividade competitiva” baseada no “individualismo performático”. Essa cultura se justifica em razão do desemprego estrutural, que cobra do indivíduo o exercício da sua máxima performance, na direção de sua inserção e na sua manutenção no mercado de trabalho (Ball, 2004, *apud* Martins, 2022).

Essa lógica, encontra-se tanto no plano macro, do ponto de vista da privatização da coisa pública, na refilantropização, e nas parcerias público privado (Bravo, 2001; Martins, 2022), como também da lógica interna dos serviços, que devem atender de maneira competitiva, isso é, com o menor custo, menor tempo, mas nem sempre preocupados com a qualidade dos processos (Martins, 2022).

A saúde que no Brasil foi a primeira a tornar-se universal, também foi a primeira a realizar parcerias público-privadas (Martins, 2022). O setor privado foi responsável por edificar a infraestrutura e posteriormente, foi se alastrando para o arrendamento de hospitais, pronto socorro, gestão e com parte importante da mão de obra, quer seja nos serviços de hard services ou soft services, também contratados (Martins, 2022).

Bravo sinaliza que na saúde dois projetos convivem em tensão: o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na constituição em 1988 e o projeto articulado ao mercado, hegemônico na segunda metade de 1990 (Bravo, 2001). O projeto vinculado ao modelo médico e privatista está embasado na Política de Ajuste com tendência a racionalização da oferta e a descentralização com a intenção de desresponsabilizar o poder central. A proposto é de focalização a fim de se atender pelo poder público estritamente as populações vulneráveis, além ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, e da eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996).

Ao mesmo tempo que o cenário econômico, político e cultural é tomado por essas referenciais, a década de 1990 também foi um cenário de inovações legislativas no campo da psiquiatria. Em um estudo realizado pela OMS cerca de metade das leis existentes em 2001 foram elaboradas nesse período (OMS, 2001). Alguns elementos importantes ocorrem a nível internacional e nacional que vão dando forma a legislação brasileira.

Em 1990, na Venezuela, foi realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde. Essa Conferência marca a história das políticas de saúde mental do continente sul-americano. Ela traça direcionamentos para mudanças a serem realizadas nos processos de assistência à saúde mental. A Declaração de Caracas, documento criado para nortear a reestruturação psiquiátrica, critica o modelo tradicional de tratamento e o hospital psiquiátrico como modalidade única de assistência, reforçando a atenção primária como espaço privilegiado de promoção de modos alternativos de cuidados, centrados na comunidade, território e família (Opas, 1990).

Em 1991, a Resolução 46/119, aprovada pela Assembleia Geral, reforça a importância e garantia dos direitos à saúde mental e da responsabilidade dos governos na organização e implementação de medidas dessa promoção. No ano seguinte acontece no Brasil a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que, teve como tema central “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania”. Nela se debateu a centralidade de transformar o modelo assistencial numa perspectiva que só assim se alcançaria a cidadania. O relatório final direciona deliberações relacionados a atenção integral e a cidadania (Brasil, 1994). Assim, desenha-se um modelo de rede de cuidado, o qual é apresentado no relatório final da Conferência:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. (Brasil, 1994, p.13).

Além da proposta de rede, também se registra a indicação da necessidade de promoção de ações intersetoriais com serviços de cultura, esporte, assistência, habitação e outros (Brasil, 1994, p.14). O que se percebe é a defesa de que desse novo modelo de cuidado, ao ultrapassar os muros hospitalares, deve caminhar na direção de uma rede que converse entre si, bem como com as demais políticas públicas.

Nessa mesma direção, a nível internacional, em 1996 a Organização Mundial de Saúde propôs uma lista de dez princípios a serem observados na elaboração das novas legislações em saúde mental dos países membros. A lista foi inspirada na 46/119 da ONU, e embasada no estudo comparativo, desenvolvido pela própria OMS, das legislações nacionais de saúde mental de quarenta e cinco países. Novamente a necessidade de criação de uma rede assistencial de

cuidado toma o centro da questão, sendo descrita como importante estratégia de garantia de direitos e modelo de cuidado (Pereira, 2004).

No Brasil, em 2001, a aprovação da Lei 10.216 foi um marco importante na reorganização da assistência em saúde mental (Brasil, 2001). Desde o projeto de Lei até a promulgação do texto houve muitos debates que refletem os muitos interesses e perspectivas acerca da saúde mental. O texto aprovado inclui o cuidado em meio aberto, com o protagonismo do sujeito e o acesso aos serviços do território, na relação com a comunidade (Brasil, 2001).

2.3 A IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ 2016: NOVOS SERVIÇOS, VELHAS PRÁTICAS?

Em 2001, enquanto materialização desse movimento, é promulgada a Lei 10.216, a qual ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001). Nela se estabelece a proteção e os direitos dos usuários e o modelo de assistência prestada. A prioridade do tratamento passa a ser por serviços comunitários de saúde mental, e a internação, por sua vez, passa a ser recomendada apenas quando os serviços extra hospitalares forem insuficientes (Brasil, 2001). Dessa maneira, a contragosto da chamada “indústria da loucura”, o cuidado em saúde mental vai assumindo novo desenho.

Essa inversão da lógica de cuidado exemplifica a tendência no capitalismo em que a política social é, bem como a própria configuração do Estado, uma relação que passeia entre interesses opostos do capital e do trabalho para, dialeticamente, atendê-los conforme o “poder de fogo” que cada um tem em um determinado tempo e espaço (Pereira, 2020). Para Fleury (1998) e Yazbek (2016), as Políticas Sociais são a materialização no Estado da relação de força da sociedade. Assim, conforme visto no item anterior, a organização política dos movimentos sociais, com ênfase nos anos 80, deu força para a construção normativa da Legislação em Saúde Mental aprovada em 2001. Mas esse não é um processo estável e constante.

Dentro desse modo de produção capitalista, há contradições que caminham lado a lado: ainda que se tenha momentos de alguma organização dos movimentos sociais (Duarte, 2016; Tenorio, 2002), de reorganização do fundo público em direção às demandas das pautas dos intelectuais, militantes e usuários (Oliveira, 2017), e dos progressos legislativos que caminham em uma direção mais progressista da Política de Saúde Mental (Brasil, 2001), concomitantemente, há investidas conservadoras que tensionam o tempo todo esses processos, assumindo ora ganhos e ora retrocessos. O elemento da contradição encontra-se no bojo do

método dialético de Marx (1982). Vejamos como as estruturas elementares (Giovanni, 2009) vão se estabelecendo nesse período.

Do ponto de vista substantivo, temos a criação de legislações adjacentes que vão dando contorno a política de Saúde Mental brasileira. Os Centros de Atendimento Psicossocial (Caps) constituíram o núcleo fundamental desses serviços, tendo sido projetados para atender às principais demandas de assistência aos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 2002). Os CAPS foram criados em 2002, inicialmente com três classificações, que indicam o porte do equipamento – I, II e III – com indicações de implementação conforme o tamanho do território a ser atendido. Posteriormente, foram criados os CAPS I, para atendimento de crianças e adolescente e os CAPS AD para atendimento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2002).

Como estratégias de desinstitucionalização de pacientes com histórico de internação de longa permanência, foram criadas as Residências Terapêuticas para acolhimento de paciente que não conseguiram retornar para o seio familiar e tampouco conseguiram se autossustentar. Também foi instituído, em 2003, o programa De Volta para Casa, que oferece auxílio financeiro para pacientes internados ininterruptamente durante, no mínimo, o período de um ano (Fiocruz, 2015). Esses dois serviços, criados nos primeiros anos da Lei da Reforma psiquiátrica, visavam o estímulo à desospitalização.

O relatório da Fiocruz (2015) sinaliza que o período de 2001 a 2014 foi marcado pela implementação e ampliação de serviços substitutivos e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da redução de leitos psiquiátricos e da reversão dos gastos em saúde mental (Fiocruz, 2015). Nesse período, os 53.962 leitos psiquiátricos de 2001 transformaram-se em 25.988 no ano de 2014 (Fiocruz, 2015). Outra característica refere-se à reorientação do porte dos hospitais psiquiátricos, com desestímulo financeiro aos grandes hospitais. Esse fator, somado a desinstitucionalização de pacientes de internações de longa permanência proporcionou a diminuição do quantitativo de grandes hospitais e o aumento proporcional de hospitais menores. A Fiocruz (2015) oferece um importante panorama do cenário: Os hospitais de grande porte, com mais de 400 leitos, em 2002, representavam 30%. O número foi reduzido de forma gradual e em 2011 esse modelo de hospital representava 10,5%. Vis a vis, os hospitais menores que representavam 22% do total de leitos, em 2011 já representavam 52%. Assim, os hospitais psiquiátricos perdem força e concomitantemente novos serviços de cuidado de base territorial e próximo a família vão sendo criados.

Ainda realizando uma análise do ponto de vista substantivo, percebe-se a organização de atores importantes na direção dos interesses da Reforma psiquiátrica. A IV Conferência

Nacional de Saúde Mental, meio de controle e participação social, que aconteceu em 2010, foi pela primeira vez intersetorial e teve como tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O título do evento já direcionava o desejo popular dos usuários e dos profissionais na permanência dos avanços e na resistência à retrocessos.

O caráter intersetorial da conferência imprime um avanço importante na direção de atender demandas reais e concretas que o novo modelo de atenção, já não pautado em uma única instituição, cobrava desse espaço. Assim, a saúde mental deveria assumir uma transversalidade entre as diversas políticas sociais (Brasil, 2010). O texto indica a necessidade do estabelecimento da relação de intersetorialidade em diversas frentes da saúde mental, como princípio norteador (Brasil, 2010). Nessa direção, o relatório sinaliza que:

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado (Brasil, 2010, p.7).

A intersetorialidade esteve presente nos subeixos de todos os três eixos do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; e em Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (Brasil, 2010).

A Conferência reivindica a necessidade de interlocução efetiva entre as equipes de saúde mental com as equipes das diversas políticas (Brasil, 2010). Mas mais do que isso, reivindica a intersetorialidade como estratégia de desinstitucionalização, no cuidado as pessoas em situação de rua, em uso de álcool e outras drogas; na gestão e planejamento; no controle social; nas práticas complementares, comunitárias e integrativas, entre outras (Brasil, 2010).

O Sistema Único de Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção em 2010, por meio da portaria 4.279 (Brasil, 2010). Partiu-se do pressuposto de que o modelo de atenção à saúde vigente até então, baseado em ações curativas e centrado no atendimento médico, estava se mostrando insuficiente. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) passou a ser constituída por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que, a partir de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, oferecem atenção integral aos usuários (Brasil, 2010). Posteriormente, por meio de portarias específicas, serão instituídas as Redes Temáticas de Saúde: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção à Saúde das

Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Foi em 2011 quando o Ministério da Saúde instituiu a Raps (Brasil, 2011). Conforme proposto pela RAS, ela se estabeleceu uma variedade de equipamentos, organizados em níveis de especialidades, que deveriam estar articulados entre si, bem como de forma intersetorial. Assim, os usuários da Raps transitariam entre os serviços de saúde mental e outras políticas públicas para receber atendimento integral.

A Raps passou a ser composta por sete componentes, que se desdobram em dezenove pontos de atenção: Atenção Básica, composta por Unidades Básicas de Saúde; Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Centros de Convivência; Atenção Psicossocial Especializada, composto por Centros de Atendimento Psicossocial (Caps)- Divididos em Caps I, Caps II, Caps III, Caps AD, Caps AD III e Caps i; Atenção a Urgência e Emergência, composto por Unidade de Pronto Atendimento e Samu; Atenção Residência de Caráter Transitório, composto por Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil e Comunidade Terapêutica; Atenção Hospitalar, composto por Leitos e Enfermarias Especializadas; Estratégia de Desinstitucionalização, composto por Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial, composto por Cooperativas (Brasil, 2011).

Apesar das taxas positivas de crescimento da rede substitutiva, pesquisas importantes indicam debilidades na continuidade do processo de implementação desses serviços. Dados do Ministério da Saúde indicam que, até 2012, por exemplo, existia uma assimetria entre as regiões do Brasil (Brasil, 2012). A região Sul apresentava maior crescimento, enquanto a região Norte, crescia em lentidão menor em relação as demais regiões federativas (Brasil, 2012). Indicam também que a cobertura nacional dos CAPS era 72%, ou seja, a 28% era negado o direito de acesso a serviços de saúde mental (Brasil, 2012). Somado a isso, desde 2015 o acesso aos dados oficiais do Ministério da Saúde encontra-se fragilizado. Delgado (2019) afirma os serviços comunitários têm mostrado uma importante debilidade institucional com financiamento inadequado e na sua legitimação enquanto assistência psicossocial. Esses são elementos que se constituem como empecilho na configuração de uma rede de serviços que se articule entre si e de maneira intersetorial.

Em Duarte (2016), ao se propor a análise dos rumos da Política de Saúde Mental na perspectiva dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica e as suas bandeiras de luta, se destaca dentre outras questões, o processo de neoinstitucionalização. Em sua dissertação, a autora sinaliza que ainda que haja um aumento dos números de CAPS e serviços substitutivos,

bem como desospitalização dos usuários, há uma tendência a uma nova institucionalização por meio das Comunidades Terapêuticas. Correntes ainda mais críticas, defendem que esse processo ocorre também com os leitos de saúde mental, ainda que gire em torno de internações de curta permanência, mas que se afastam de uma sociedade sem manicômios (Duarte, 2016).

Outra questão pertinente em Duarte (2016) refere-se a questão cultural, pois um reordenamento do pensamento sobre a loucura permanecia no campo do ideal, prevalecendo o preconceito e práticas estigmatizadoras. Na pesquisa, a autora sinaliza que os próprios CAPS apresentam, muitas vezes, características de uma lógica de cuidado que perpetua uma cultura de manicômio, transformando o CAPS em um “Capsicômios” ou “manicômios de portas abertas” (Duarte 2016, p. 99). Sob a ótica de uma análise a partir de Giovanni (2009, p. 20), esses são elementos reveladores da estrutura simbólica, que demonstram que não há neutralidade na atividade social, mas sim interações que expressam as arenas políticas, “bem como os níveis de racionalização e tecnificação; tradicionalismos e interferências ideológicas que ocorrem nessa mesma arena”.

O próprio enfraquecimento do poder de organização dos movimentos sociais em favor da Saúde Mental é um ponto de análise em Duarte (2016), que aparecem como menos articulados após a aprovação da Lei de 2001, chegando a perder espaços decisórios, como a Coordenação Nacional de Saúde Mental, que até 2015 era gerenciada por militantes da área.

Entre o final de 2015 e início de 2016, Valencius Wurch, é nomeado como coordenador nacional da Saúde Mental, no Ministério da Saúde. O então coordenador já havia sido diretor do maior hospital privado da América latina e o maior hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro no período de 1990, o Hospital Dr. Eiras (Duarte, 2016). O mesmo hospital que fora sucessivamente denunciado por maus tratos, mortes, descaso com os pacientes, dentre outras violações de direitos humanos. Assim, a nomeação de Valencius e seu currículo antagônico a luta antimanicomial já expressa e tendenciona os possíveis caminhos que a política de Saúde Mental assumiu nos anos seguintes. Surge nesse período a luta “Fora Valencius”, a qual crítica e se opõe a nomeação de Wurch. Essas características parecem indicar que dentro dos até então novos serviços existem/existiam antigas práticas.

Para Fleury (1998), as concepções sobre a vida, o bem-estar, a saúde, a cidadania, a cultura, a educação, os bens públicos, e aqui inserimos a saúde mental, de maneira geral, sofrem alterações redefinindo seus significados, a partir de sua conexão com os diferentes projetos de hegemonia em vigor. Essa batalha ideológica, que não exime o conteúdo técnico articulado dessas disputas – é ao mesmo o processo de formação e construção dos sujeitos sociais (Fleury, 1998). Para a autora, “da mesma maneira que se diz que não há cidadãos antes do exercício da

cidadania, também não existem sujeitos prévios ao enfrentamento de seus projetos, o que quer dizer que os sujeitos sociais se constituem na relação que estabelecem nas disputas pelo poder” (Fleury, 1988, s/p).

Dessa maneira, a loucura e o dito louco - o usuário em uso abusivo de substâncias psicoativas ou o sujeito com transtornos mentais - é parte de constantes investidas de projetos hegemônicos distintos que tencionam a formação da política. Não por acaso, ainda que se tenha avanços, a questão da loucura é atravessada por momentos de perdas, estagnação e retrocessos, como é o caso da neoinstitucionalização, a questão cultural das práticas conservadoras e a formalização material disso impressa em representantes do próprio governo assumindo cargos importantes de gestão da Política de Saúde Mental.

Ao tomar como exemplo a infância, Fleury (1998) observa que a margem desta questão estão diferentes grupos sociais como – ONG, igrejas, grupos de voluntários, a burocracia encarregada dos programas governamentais, universidades, organizações internacionais de cooperação, a justiça, a polícia, etc. Cada um deles participa na disputa de significados e definições do conteúdo dessa questão social, tal como se demonstra na sucessão de qualificativos e/ou sinônimos concorrentes à infância: menor, dependente, vulnerável, carente, desamparado, abandonado, de rua, marginal, infrator, cidadão e outros. Na disputa por significados e conteúdos se constituem diferentes atores, em um processo de mútua interpelação.

Da mesma maneira, a questão da saúde mental reúne distintos grupos sociais que compreendem o processo de adoecimento, o tratamento, o direito e o próprio sujeito de maneiras diferentes, e por muitas vezes, de maneira irreconciliável. A associação Brasileira de Psiquiatria, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, e as associações religiosas neopentecostais são exemplos desses grupos no campo da Saúde Mental. “Ou seja, não só se atribui significados como também se criam, reforçam e refazem identidades” (Fleury, 1998, s/p). Nos termos de Giovanni (2009), esses elementos substantivos revelam como os interesses de diversos agentes de uma mesma política podem caminhar em sentidos opostos na direção da lógica da acumulação de capital; da acumulação de poder político; ou da lógica da acumulação de recursos de bem estar.

A análise do ponto de vista material (Giovanni, 2009) revela que desde a implementação da Lei 10.216 (2001) até 2014, os recursos financeiros destinados a rede hospitalar foram progressivamente realocados para os serviços substitutivos. Segundo os dados da Fiocruz (2015), os gastos hospitalares que representavam 95% do recurso total utilizado em saúde mental transformaram-se em 30%. Essa informação, dita desta maneira, parece revelar apenas

um lado da moeda: O gasto em saúde mental caminhou apenas em direção a Reforma Psiquiátrica, na construção de uma rede substitutiva. Mas como revela Pereira (2020), a política social, e aqui inserimos o financiamento dessa política, não é o que se apresenta na superficialidade.

No estudo sobre gasto público com ações e serviços de saúde mental, entre 2001 e 2016, Oliveira (2017) sinaliza que o Ministério da Saúde destinou em média 2,4% do orçamento do SUS com a Saúde Mental. Até 2006 esse gasto era majoritariamente destinado a ações hospitalares e, a partir de 2006, os gastos extra hospitalares foram maiores (Oliveira, 2017). Manteve-se crescente a destinação dos recursos não hospitalares até 2010, quando de 2010 a 2014, houve uma tendência decrescente, com retorno ao aumento em 2015, contudo, em 2016, os gastos extra hospitalares representaram menor destinação desde 2008.

Oliveira (2017) sinaliza que a proporção dos gastos em Saúde Mental em relação aos gastos em saúde, diminuiu de 2,4% em 2001 para 1,6% em 2016. Na análise do mesmo período, a autora também avalia uma tendência de redução gradativa de investimento em ações e a criações de serviços assistenciais de reinserção social, enquanto os gastos com medicações consumiram mais de 33% dos gastos com ações extra-hospitalares e, em determinados períodos, assumiu maior investimento, inclusive, que os CAPS (Oliveira, 2017). Nesse sentido, a avaliação da destinação do orçamento Público à Saúde Mental não apresenta constância de progressão em relação a construção de uma rede de serviços em saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico e articulada entre si, conforme a proposta da Reforma psiquiátrica.

A definição orçamentária para a Saúde Mental é uma questão que vai além da organização matemática do processo. A definição da destinação do Fundo Público à saúde mental e a maneira que ela é gerenciada revela como o Estado e sua forma de ação se direciona, não somente economicamente, mas também, e especialmente, politicamente, descortinando as forças sociais que disputam na sociedade (Salvador, 2012). No campo da saúde mental essa disputa se apresenta em movimentos contrários. De um lado, grupos em direção a Reforma Psiquiátrica, a qual defende a desinstitucionalização do sujeito, a desmercantilização dos serviços e a desmedicalização da vida. De outro lado, grupos tradicionais e conservadores que desejam novas formas de institucionalização, com visão religiosa e moralizante, o qual muitas vezes submete os usuários e familiares a intervenções que isolam, anestesiaram e/ou criminalizam, numa “indústria da loucura em busca de lucros” (Oliveira, 2017).

Outra questão importante levantada por Salvador (2012) refere-se à renúncia fiscal. Por meio dessa prática, impostos que poderiam ser direcionados a Seguridade Social, especialmente a tributação das entidades filantrópicas e a indústria farmacêutica, são direcionados ao mercado

privado, dando privilégios a diferentes formas de privatização da política de saúde. O que se apresenta, na prática, como uma transferência de recursos públicos para o setor privado. Essa renúncia fiscal tende a promover a compra de serviços privados de saúde, e, conscientemente ou não, a lógica de que a saúde do mercado é melhor que o Sistema Público (Salvador, 2012). Dentro da Política de Saúde Mental, a compra de serviços previstos na Raps no setor privado acontece especialmente a partir dos leitos e dos gastos hospitalares (Oliveira, 2017) e, no momento seguinte, na compra de vagas das Comunidades Terapêuticas.

Em 2012, a Portaria 131 institui o incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório, aqui inclusas as Comunidades Terapêuticas. O incentivo financeiro no valor de R\$15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada 15 (quinze) vagas de acolhimento. Essa Portaria atende as demandas dos Donos de Comunidades Terapêuticas e à bancada evangélica, as quais pressionaram o legislativo e formaram a Frente Parlamentar de apoio às Comunidades Terapêuticas para que fossem implementadas o financiamento do serviço pelo poder público (Oliveira, 2017).

A partir da Portaria. Indicou-se um custeio mensal de R\$1.000,00 (hum mil reais) por usuário em acolhimento em Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2012). Um equipamento criticado por diversos autores do campo da Saúde Mental (Tenório, 2002; Duarte, 2016; Oliveira, 2017) pela lógica em que se dá o tratamento do usuário. Que saúde se pretende ofertar dessa forma?

Um aspecto que parece revelar o incentivo às CTs é o componente do “uso de drogas” compreendido como “novo risco social”. Segundo Pereira e Pereira (2021) os “novos riscos sociais” são geridos majoritariamente por associações prestadoras de serviços, numa prática de micro solidariedade, em ambientes familiares reduzidos e em “ativa reestruturação” (Pereira; Pereira, 2021). O uso abusivo de álcool e outras drogas passa a ser visto muitas vezes como comportamento desvirtuoso a ser tratado na perspectiva da moralidade ou da espiritualidade. Segundo pesquisa do IPEA as Comunidades Terapêuticas são majoritariamente formadas por associações religiosas: cerca de 47% das CTs são evangélicas ou protestantes e 27%, católicas (Ipea, 2014).

Outro aspecto relevante refere-se aos gastos hospitalares, que no período em análise decresceram 78,41%. Dentre os recursos destinados a essas ações, a maioria encontra-se vinculada a procedimentos realizados em hospitais psiquiátricos, sendo a maioria privada e conveniada ao SUS (Oliveira, 2017). Informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes) e analisados pela autora, revela no final de 2016, existiam

25.097 leitos em instituições psiquiátricas, deles 15.831 pertencem a instituições privadas conveniadas com o SUS (63,1%), e 9.266 leitos (36,9%) pertencem a órgãos público.

Sobre os gastos orçamentários, Salvador (2012) chama atenção de que mais do que o caráter contábil, nele se desvela as prioridades do Estado nas Políticas Sociais. Nele se reflete a correlação de forças e os interesses inseridos no contexto em disputa, bem como a deliberação de quem pagará o ônus do financiamento dos gastos orçamentários. Na Política de Saúde, se vive um paradoxo pois apesar de se ter um sistema universal de saúde, é possivelmente o único país nessa situação com o gasto privado superior ao público (Salvador, 2012). Vale ressaltar que os gastos em saúde, de 2001 a 2016 cresceram 42,22%, enquanto os gastos de Saúde Mental decresceram 5,20% (Oliveira, 2017).

Registra-se também que a Organização Mundial da Saúde orienta a destinação de 5% dos gastos totais em Saúde à Saúde Mental, desempenho esse apenas experimentado em alguns países da Europa (Oliveira, 2017). Para que o Brasil chegue a esse nível, deveria dobrar a média do período e mais que triplicar os recursos destinados a Saúde Mental em 2016.

A Política de Saúde Mental, entre 2001 a 2015, teve indiscutíveis avanços. A reorganização dos serviços, a proposta da Raps e a inversão da lógica dos gastos são exemplos de ganhos importantes para a Saúde Mental. Contudo, como toda Política Social, a Política de Saúde Mental é fruto de investidas conservadoras que são históricas e permanecem tencionando e buscando fragilizar os avanços conquistados. A materialização desses entraves se manifesta por meio de elementos formais, substantivos, materiais e simbólicos, conforme demonstrado.

Assim, encontramos nos primeiros 15 anos de Reforma Psiquiátrica, indícios de uma tendência regressiva da Política de Saúde Mental, a qual irá se consolidar nos anos seguintes e que se sustenta no modo de produção capitalista e suas tendências neoconservadoras.

2.4 A REORIENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DE 2016

O período em destaque abarca acontecimentos significativos como a deposição da presidenta Dilma Rousseff, a pandemia do Corona Vírus, o avanço da nova direita e do neoconservadorismo. Esses acontecimentos vão implicar em reorientações na Política de Saúde Mental na direção de uma contra reforma.

Em 2016, a deposição da presidenta Dilma Rousseff indicou uma clara e radical reorientação normativa das políticas públicas/sociais. Durante o governo de Michel Temer, do MDB, (2016-2018) e de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) mudanças legislativas e de perspectivas políticas foram instauradas

A nova direita cria novas formas de concepções de proteção social. Muito intensificado no período da pandemia e na era Bolsonaro, esse novo grupo intensifica valores conservadores (Pereira; Pereira, 2021). Mas antes de aprofundar neste conceito, é importante compreender o público que é atendido, ou potencialmente poderia ser, pela Raps, para então observar como a onda do neoconservadorismo e da nova direita tem implicações diretas sobre as legislações que se seguem e sobre a própria organização interna dos serviços.

Segundo os estudos analisados por Passos (2018) a população negra é bastante representativa como público das políticas da Raps. Mais do que isso, a autora afirma que é necessário racializar as análises de saúde mental no Brasil (Passos, 2018). A partir de análises fotográficas contidas no livro de Daniela Arbex (2013, *apud* Passos, 2018), Holocausto Brasileiro, estudo sobre a Colônia de Barbacena (MG), observa-se que as pessoas lá internadas possuíam determinada cor e raça. No livro cemitérios dos Vivos, Bosi (2017, p.26 *apud* Passos, 2018) mostra a predominância da cor negra nos manicômios.

Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz com que as outras se ofusquem no nosso pensamento.

O que a autora demonstra em “*Holocausto brasileiro ou Navio negreiro*” a partir de um conjunto de estudos é que os corpos negros foram historicamente trancafiados e asilados num suposto cuidado à saúde mental (Passos, 2018). Ou seja, desde a maior catástrofe psiquiátrica brasileira que se tem acesso, foram as pessoas negras as que mais foram subordinadas a exclusão.

Continuando nessa direção, a pesquisa de Passos e Pereira (2017) sobre as Comunidades Terapêuticas, sinalizam que negros, pobres e LGBTQIA+ são o público alvo dos tratamentos dos comportamentos compreendidos como “desvio sociais” sob justificativa das demandas do uso de álcool, crack e outras drogas. Em Ramos (2018) também se denuncia que as mulheres negras em sofrimento psíquico representam 83% dos manicômios judiciais no Rio de Janeiro.

Em nossa análise dos III Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2017) e a pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (2014), documentos oficiais mais recentes que buscam compreender o perfil dos usuários de substância psicoativas no Brasil, percebe-se características importantes. De maneira geral há uma sobrerrepresentatividade masculina no uso de substâncias psicoativas, em especial as ilícitas (Bastos, *et al.* 2017; Bastos; Bartoni, 2014). E uma sobrerrepresentatividade de riscos, especialmente na esfera sexual, em relação às mulheres (Bastos; Bertoni, 2014).

Em relação ao perfil dos sujeitos usuários de crack, a pesquisa de Bastos e Bartoni (2014) registra que são em sua maioria jovens adultos, em média com 28 a 30 anos, majoritariamente homens (78,68%) e grande parte de pessoas pretas ou pardas, as quais representam em média 80%. Com prevalência da baixa escolaridade, com 16,49% apenas dos entrevistados que cursaram/concluíram o Ensino Médio e uma importante representatividade da população em situação de rua, com cerca de 40%.

É importante sinalizar que as pesquisas não destrincharam as análises pelo critério de raça, o que contribui para invisibilizar os efeitos do recorte racial do perfil do usuário de uso de álcool, crack ou outras drogas, conforme foi possível na análise por sexo. Essa escolha, conforme indicado por diversas pesquisas (Ramos, 2018; Passos, 2018; Passos, Pereira, 2017) não se justifica. Esses estudos podem nos dar indícios de como determinados grupos sociais vivem, adoecem e tem acesso de maneira distinta aos serviços públicos e quais e em que lógica esses serviços serão disponibilizados.

Após compreender quem é o público da Raps, retomemos o conceito de Nova Direita. Nova direita é um conceito relativamente recente, o qual segundo Wendy Brown (2006), referência nesse estudo, compreende como um conjunto de grupos formados por conservadores clássicos, socialistas arrependidos, feministas de direita, políticos tecnocratas, vertentes neopentecostais, moralistas no geral, anti-intelectuais e outros. Como denominador comum, esses grupos possuem o desejo de conservar e a resistência aos direitos humanos, o Estado Social, a militantes antirracistas e feministas, LGBTQIA+ dentre outros grupos formados por minorias de discurso crítico. Esse grupo não corresponde apenas a uma junção entre neoliberais e neoconservadores. Trata de uma fusão daquilo que a mais de mais “rígido e antissocial” com alto potencial de radicalização (Pereira; Pereira, 2021).

Nela, se une o neoliberalismo com os valores da meritocracia, relações mercantis e desreguladas, o individualismo e o Estado mínimo, ao neoconservadorismo e seus valores pautado no patriarcado, na família tradicional, na heterossexualidade compulsória, na religião como instituição e reguladora da moral e no Estado como controlador da manutenção dos bons costumes (Pereira, 2019). Separadamente, as duas correntes defendem que a proteção social deve ser mínima, destinada exclusivamente ao atendimento dos mínimos sociais, pois os valores da meritocracia devem ser preservados (Pereira; Pereira, 2021). Porém, quando essas vertentes se encontram, potencializam a defesa de um Estado mínimo na interferência econômica e forte na defesa de valores tradicionais. Torna-se, ainda que sem assumir, terreno fértil para o machismo, misoginia, racismo, LGTQIA+fobia e tantas outras formas de violência (Pereira; Pereira, 2021).

Como instrumento da hegemonia do capital, encobre relações de classe, tornando as relações mercadológicas e acentuando concretamente e no campo dos ideais o hiato entre ricos e pobres (Pereira; Pereira, 2021). Ainda nessa lógica, o Estado que colabora com a preservação das grandes fortunas é o mesmo que se exime do exercício do zelo do bem comum e de todos os direitos conquistados na Carta Magna (Pereira; Pereira, 2021). Isso fica ainda mais claro nas análises dos períodos de crise, como no caso da Covid-19.

No Brasil, a Covid-19 chega em 2020, uma pandemia causada por um vírus que ataca as vias respiratórias, com os primeiros casos registrados na China, em dezembro de 2019, e de rápido contágio aos demais países do globo. Para alguns autores, a pandemia da Covid-19 não foi um fato imprevisível (Pereira; Pereira, 2021; Rifkin, 2020). É um acontecimento passível de previsão, haja vista a exploração desenfreada dos recursos da natureza e do próprio trabalho humano e ainda mais, não é a causa da crise do capital, pois, como vimos, essa já vem acontecendo desde 1970, a pandemia é o próprio produto desse modo de produção (Pereira; Pereira, 2021; Rifkin, 2020). A condução da pandemia no Brasil teve orientações econômicas bem claras e seus efeitos, não por acaso, foram sentidos com maior força na população não branca e pobre (Pereira; Pereira, 2021).

Pereira e Pereira (2021) fazem previsão em como se tratarão os velhos e novos riscos sociais caso a nova direita permaneça: Para elas, o analfabetismo, a aposentadoria e a pobreza absoluta serão minimamente atendidos pelo Estado, enquanto as pessoas idosas, com deficiência, crianças e outros serão geridos com majoritariamente por associações prestadoras de serviços, numa prática de microsolidariedade, em ambientes familiares reduzidos e em “ativa reestruturação” (Pereira; Pereira, 2021). Esse é o Estado e suas “novas” concepções que direcionam as Políticas de Saúde Mental, tendo compreensões de loucura, de substâncias psicoativas, rede e intersectorialidade num permanente campo de lutas e investidas de grupos sociais distintos. No cenário atual, como sinalizado, se encontra uma grande potência predatória da nova direita.

Em 2017 foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (Brasil, 2017). Nesta nova Pnab, é retirada a palavra “democrática” do texto na Pnab 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão.

[...] O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual [...]. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF (Melo *et al.*, 2018, p. 43-44).

A fragilização gerada na Atenção Básica contribui diretamente para a diminuição das potencialidades de cuidado integrado e territorializado na articulação da Raps.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2019) analisaram de maneira muito lúcida os caminhos que a Política de Saúde Mental percorreu no período de 2016 a 2019. Na pesquisa os autores afirmam que a “nova” política tem como marco inicial a Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da Raps. A Resolução traz pela primeira vez o hospital psiquiátrico como componente de cuidado da Raps. Entre os itens analisados e criticados pelos autores encontram-se: maior financiamento dos hospitais psiquiátricos; falta de esclarecimento das diretrizes clínicas e como elas diferem das já previstas na Lei 10.216 e pela portaria 3.088; reajuste de valor das internações dos hospitais especializados; e o estímulo do fortalecimento de parcerias entre os Ministérios em relação às Comunidades Terapêuticas” (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019).

Não parando no Hospital Psiquiátrico, o documento oficial inclui na Raps os hospitais-dia, que se configuram como espaços similares ao Caps, mas sem a lógica territorial, princípio amplamente defendido na Reforma Psiquiátrica. A inserção desse componente na Raps para alguns autores fortalece a centralidade do modelo hospitalar e biomédico. No caminho inverso dos anos anteriores, a Resolução estabelece ainda as equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental. Novas roupagens aos já conhecidos e pouco resolutivos ambulatorios psiquiátricos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019). O orçamento previsto para custeio mensal é de 12 a 30 mil reais, a depender do porte (Brasil, 2017). Os autores realizam comparações entre as “novas” equipes e os Caps:

Estas equipes não têm estrutura física própria, nem parâmetros populacionais de referência. Para efeito de comparação, as equipes maiores, com cinco profissionais, recebem 30 mil reais/mês de custeio, enquanto um CAPS I, com estrutura própria e uma equipe mínima de nove profissionais, atendendo diariamente em dois turnos, responsável pelos casos mais graves de uma população de até 70.000 habitantes, recebe 28.305 reais/mês de custeio (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019, p. 6).

No final de 2017, a Portaria nº 3.588, foi tida como um grande retrocesso para política de saúde mental. Nessa portaria foi instituído o Capsad IV, além de aumentar o tamanho das Residências Terapêuticas, das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral e dos recursos hospitalares (Brasil, 2017). O Capsad IV não parece com o serviço já conhecido, desvirtua-se ao apresentar-se como capaz de prestar “assistência a urgências e emergências”, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico. Possui enfermarias de inacreditáveis 30 leitos, e não o “acolhimento noturno” (Brasil, 2017, sp.). As configurações do

novo equipamento são mais próximas a de um pequeno hospital psiquiátrico do que ao de um CAPS. Insta frisar que os chamados Capsad IV devem ser construídos “junto a casas de uso” (Brasil, 2017, sp.).

Na análise dos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2019, p. 7) essa orientação

afronta o princípio do território, apontando que o sujeito seria cuidado (ou receberia uma intervenção) no local onde faz uso das substâncias, ignorando o local de moradia, trabalho, lazer, vínculos familiares etc., como se o território, e, portanto, a própria existência do usuário de álcool e outras drogas, só se desse no local de uso. Ainda, como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas.

A Portaria aumenta o valor da diária de internações em hospitais psiquiátricos em mais de 60%. Também altera as regras para o estabelecimento de leitos de saúde mental em hospitais gerais, no novo modelo apenas hospitais com, no mínimo oito leitos, podem ser credenciados. Também há incentivo financeiro para a taxa de ocupação maior ou igual a 80% (Brasil, 2017), o que pode acarretar tendências a internações desnecessárias.

O Conselho Nacional de Saúde publicou em 2018 a recomendação da revogação da referida portaria, uma vez que ela fere a lei 8.142, sendo publicada “sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde”, e a lei 10.216, pois apresenta retrocessos à Pnsm e propõe a desestruturação da lógica organizativa da RAPS, trazendo alterações e retrocessos “quando as equipes do Nasf, Saúde da Família e do Caps poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda”. (Brasil, 2018, p. 1-2) No mesmo ano o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad) edita sua resolução n. 13 (Brasil, 2018), definindo diretrizes para o “realinhamento e fortalecimento da Pnad - Política Nacional sobre Drogas” baseando-se pela resolução 32/2017 da CIT e pela portaria n. 3.588/2017.

Dessa maneira, foi formalmente registrado o “realinhamento” da Política de Saúde Mental e não maquiados por nas supostas “diretrizes para o fortalecimento da RAPS”, como o texto da Resolução 32 da CIT expressava. Em síntese a resolução colocava-se contra “iniciativas de legalização de drogas”; indicando uma necessidade de apoio e produção científica que garanta de maneira equânime “participação de pesquisadores e instituições atuantes em diversas correntes de pensamento no campo das políticas sobre drogas”; além de defender o fomento de comunidades terapêuticas. (Brasil, 2019).

Para Santos e Moraes (2022) essa resolução tendenciona predominantemente ao modelo proibicionista, retomando investimentos a espaços “antirreformistas e segregadores que limitam o usuário ao diagnóstico e à prescrição medicamentos”. Em 2019, o presidente Jair Messias Bolsonaro assume a presidência brasileira. Figura política de origem militar e falas

polêmicas e críticas às políticas sociais. Nesse mesmo ano, uma Nota Técnica nº 11 de 2019, define que a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços): Caps (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (Brasil, 2019). Apesar de todas as críticas emitidas pelos Conselhos Profissionais (dentre eles destacam-se o Cfess, CFP, Cofen) e outras manifestações contrárias, a nota endossa a nova política informando que: Todos os Serviços, que compõem a Raps, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos.

O Ministério não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. (Brasil, 2019, p 3, grifo nosso).

Nessa mesma direção, nota, em 2020, o Ministério da Saúde, informou que Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial. No texto informam ainda a tendência de retirada das Residências Terapêuticas da Raps: “por não se tratar de equipamentos médicos e serem destinadas, exclusivamente, ao acolhimento e reabilitação social, discute-se a sua transferência para o âmbito do Ministério da Cidadania” (Brasil, 2020, sp). Novamente essas declarações parecem compreender a saúde mental como espaço privado do saber médico e/ou de uma perspectiva biologizante, esvaziando-se do conceito ampliado de saúde.

Em respostas aos caminhos percorridos pelas normativas brasileiras no que tange a saúde mental, bem como a orientação teórica distinta, o CNS, em 2020, por meio da resolução 652, convoca a V Conferência Nacional de Saúde Mental. Não por coincidência, em 2020, o Governo Federal propôs, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a revisão da Política de Saúde Mental, com a revogação de cem portarias do período de 1991 a 2014 (Santos; Moraes, 2022). Para os autores a própria expressão utilizada na Portaria 437/2020, a qual se refere aos usuários de álcool e outras drogas como “dependentes químicos” sugere um retrocesso na concepção desses sujeitos como passíveis de direitos, além disso, o texto da portaria também fortalece as Comunidades Terapêuticas como centros de referências a serem financiadas pelo Estado (Brasil, 2020).

No ano seguinte, em 2021, em votação na Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro, o projeto de Lei n. 565 de 2019, do então Deputado Estadual pastor Samuel Malafaia, foi posto em votação. No PL a proposta é que as Comunidades Terapêuticas sejam permanentemente dispositivas de atenção aos usuários de drogas. Para Santos e Moraes (2022) o que está em voga é um projeto mais amplo de negacionismo da ciência, de fragilização do SUS e do projeto de reforma psiquiátrica.

Prudêncio (2021), ao analisar a construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro aponta que a Raps vem sofrendo ataques com a proposta de internação como primeira saída e estratégia de cuidado. Essas tendências não se encontram deslocada da cultura neoconservadora de segregação e exclusão do “comportamento desvirtuado”. Assim como também, parece não estar conectada com a proposta de articulação da rede intra e intersetorial, a qual prevê a internação somente em último caso, conforme Art. 4º da Lei 10.216: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001).

O rumo que a Política de Saúde Mental toma está intrinsecamente ligado aos direcionamentos do Estado ao atendimento e concepções das Políticas Sociais. O avanço do neoconservadorismo, da figura caricata de um presidente negacionista sustentada por orientações mercadológicas são características que marcam o período analisado. Os retrocessos das legislações são reflexos de valores meritocráticos, conservadores e neoliberais que dão o papel e a caneta na mão de quem redige as novas orientações da Política. A institucionalização da pessoa em transtorno mental ou dos usuários de substâncias psicoativa, o financiamento de serviços filantrópicos de cunho religiosos e o negacionismo da ciência são características da nova política que remete, na verdade, as velhas políticas conhecidas.

Em 2022 o Ministério da Saúde disponibilizou o documento “Dados da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Nele estão dados referentes aos Caps, SRT, UAA e UAI, Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, das Unidades de Referência Especializada em Hospital Geral Leitos de Saúde Mental, dos Leitos de Hospital Psiquiátrico Especializado, dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Dia e do Programa De Volta Para Casa (Brasil, 2022).

Sobre isso, vale comentar que os dados dos leitos em hospitais psiquiátricos não foram sistematizados separados dos leitos dos hospitais gerais (como feito em outros pontos de atenção com mais de uma modalidade, como é o caso dos Caps e UA). Isso contribui para dificultar o acesso à informação. Também destacamos que se somam duzentos e vinte e quatro

Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental, em nas três modalidades: oitenta e quatro na modalidade I, setenta na modalidade II e setenta na modalidade III (Brasil, 2022). Essa modalidade de cuidado é criticada por ser um retorno aos ambulatórios psiquiátricos.

Contudo, como representação de (alguma) esperança na direção do Movimento de Reforma Psiquiátrica e das correntes mais progressista, de modo geral, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva assume em 2023 a presidência da república, nas eleições contra Bolsonaro. Para tanto, na busca de uma conciliação política, Lula faz coligações com o ex-governador Geraldo Alckmin.

Contrariando as reivindicações dos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica, menos de um mês após o início do mandato de Lula, o Decreto 11.392 de 20 de janeiro de 2023 cria o Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social (MDS), Família e combate à fome (Brasil, 2023a). O departamento foi instaurado sem as necessárias aprovações das instituições de controle social. Inclusive o próprio Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) já havia publicado em julho de 2022 “que as comunidades terapêuticas e as entidades que atuam na redução da demanda por drogas não integram o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as ações realizadas com esse objetivo não são consideradas como serviços, programas e ou projetos socioassistenciais”.

Tão rápido quanto possível o Conselho Nacional de Saúde, em 26 de janeiro de 2023, realizou por meio da Recomendação 001 a extinção do referido Departamento. As orientações contidas na recomendação têm uma clara orientação na direção da reforma psiquiátrica, sustentadas a partir de legislações nacionais e convenções internacionais (Brasil, 2023b). Um esforço político da bancada do Psol, os quais confeccionaram Projeto de Decreto Legislativo no 32 de 2023 que objetivava sustar o item que se refere a criação do departamento também foi realizado (Brasil, 2023c).

Como resultado dessa relação, que como já insistido, é complexa e de múltiplos atores e interesses, alterações legislativas são realizadas na sequência. O Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas foi extinto. E em junho de 2023, pela portaria nº 757 também são revogado parte dos textos da Portaria 3588 de 2017, no que se refere a criação dos Caps IV e das equipes multidisciplinares (Brasil, 2023d), o que parece ser orientado pelo cuidado territorial, de base comunitário e aberto, conforme defendido pela Reforma Psiquiátrica. Mas não são revogados o aumento dos valores de internação em hospitais psiquiátricos e a manutenção dos valores dos leitos em hospitais gerais.

Seguindo nesse processo de embate, a Portaria nº 11634, do MDS, cria em agosto o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Brasil, 2023e): um nome diferente para proposta semelhante ao apoio das CTs.

O que se percebe é que desde o processo de redemocratização até 2023 um longo percurso foi construído pela Política de Saúde Mental. Esse percurso é atravessado por múltiplos elementos que se relacionam entre si dando a formação dessa política características particulares e de constante reedição. Compreender esse espaço como campo de investidas de projetos distintos se constituiu como um primeiro passo, o pano de fundo, para a percepção de como se efetivam as teias de cuidado em saúde mental. O próximo passo será a aproximação conceitual de rede, intersectorialidade e itinerário terapêutico, no segundo capítulo.

3 CAPÍTULO II: REDE, INTERSETORIALIDADE E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CONCEITOS E CONTEXTOS

No capítulo anterior nos propomos a explicar o contexto histórico com aproximações de análises dos elementos formais, substantivos, materiais e simbólicos da Política de Saúde Mental. Essa organização se deu por compreender que esses elementos são o pano de fundo que sustentam a forma como a Rede de Atenção Psicossocial é de fato vivida pelos usuários e trabalhadores.

As próximas páginas trazem três pontos centrais que se conectam entre si para nos ajudar a entender como é realizada a articulação em rede e o trabalho intersetorial desenvolvido na Raps. Nesse caminho, lançamos mão de conceitos que auxiliem nessa compreensão.

Os conceitos cumprem o papel de exprimir o conhecimento sobre algo ou alguma coisa, nas palavras de Prado Junior (2001, p.16), se constitui como “significado dado a alguma coisa dada a aquilo que ela é em si mesma”. Complementar a isso, Faler (2014) nos lembra que os momentos históricos vão atribuindo explicações heterogêneas sobre os homens e tudo aquilo que o circunda. Nesse sentido, os conceitos vão sendo estabelecidos e revisados a partir dos sentidos dados pelos contextos históricos, culturais e econômicos.

Contudo, para não correr o risco de relativizar, Audi (2006) classifica, de maneira geral, que a concepção de um conceito pode ser compreendida como sendo um norte capaz de guiar a partir de elementos de caráter universal, os quais são capazes de tornar compreensível determinado assunto, fato ou coisa.

A seleção dos conceitos que auxiliarão na compreensão para a aproximação das respostas para o nosso problema estava na própria pergunta norteadora: Como os trabalhadores e usuários vivenciam a intersetorialidade na Raps nos últimos dez anos. Assim, tem-se a urgência de compreender de que rede estamos falando e a compreensão de intersetorialidade. Sobre esses conceitos vale registrar que eles se aproximam e os tópicos seguintes apresentam elementos próprios de cada um os quais os diferenciam, mas também importantes conexões que em alguns momentos também se confundem e tornam os conceitos imbricados. Além disso, há a preocupação de como a articulação em rede irá se concretizar na vida dos usuários. Assim, poderíamos assumir um compromisso de perceber quem vivencia a Raps, quem acessa ou não seus serviços e das demais políticas e os outros pontos de cuidado que, em alguma medida, podem assumir essa função. Coube então a busca por um conceito o qual pudesse aproximar a articulação da rede a partir das perspectivas do usuário. Assim, elegemos o conceito de Itinerário terapêutico para compor o conjunto de conceitos os quais nos nortearão.

3.1 CONCEITUANDO REDE

A proposta de uma Rede de Serviços de Saúde Mental foi construída paulatinamente, em meio a provocações e resistência. Assim também, o trabalho em rede, em si, não é homogêneo e isento de conflitos e contradições (Pereira; Teixeira, 2013). Devemos esclarecer que não há consenso sobre o próprio conceito de Rede (Pereira; Teixeira, 2013) e tampouco a implementação da intersetorialidade se dá sem resistências (Bellini; Faler, 2014).

No desenvolvimento da ciência moderna, a setorialização dos saberes e a divisão de especialidade foi elemento para a organização do conhecimento (Pereira; Teixeira, 2020). Essa característica, de cunho cartesiano, foi assumida pela administração pública a fim de atender as demandas da população a partir de áreas delimitadas (Gonçalves; Guará, 2010). Contudo, a complexificação da sociedade e do Estado vão demandando novas formas de intervenção.

Ou seja, as demandas da população não seriam respondidas na exclusividade de um dispositivo, mas em uma rede de serviços, e essa rede deveria estar organizada de maneira a se comunicar entre si. É a partir dessa necessidade de comunicar a rede entre si que a intersetorialidade caminha muito próximo ao conceito de rede.

A intersetorialidade vem sendo discutida ao longo dos últimos anos. Conforme visto, a discussão se amplia em 1986, na carta de Ottawa, no campo da saúde, mas registra-se que ela também vai sendo inserida nas demais políticas públicas (Bellini; Faler, 2014). Lá, a concepção de rede está atrelada a serviços e dispositivos de caráter públicos, voluntários e privados na direção de atender uma demanda específica, naquele caso, a promoção da saúde. A proliferação dessa ideia é uma contribuição da globalização, cuja influência altera os processos de produção, na direção da flexibilização, descentralização e a interdependência de setores (Teixeira, 2002). Somado a isso, Pereira e Teixeira (2013) acrescentam também o avanço das ideias neoliberais e a eclosão do chamado terceiro setor.

Para Draibe (1993), os neoliberais defendem o mercado, a privatização do patrimônio público, e a redução do papel do Estado e sua intervenção social. Essas ideias se propagam com a crise do Estado de Bem-Estar, em meados da década de 70 e vão se alastrando nos anos seguintes (Behring; Boschetti, 2006). Segundo as autoras, nos anos de 1980, quase todos os países centrais utilizaram da cartilha neoliberal (Behring; Boschetti, 2006).

Especialmente a partir dos anos de 1990, há um importante retrocesso na intervenção estatal. Nesse período há uma forte flexibilização das relações trabalhistas, da precarização, da relação empregador/empregado, da informalidade e do aumento do desemprego, somado ao desmonte dos direitos sociais e da focalização das políticas e dos programas sociais. A partir

desse cenário, segundo Minhoto e Martins (2001), as empresas adotam a estratégia do trabalho em rede a fim de reduzir custos e compartilhar recursos de ações destinadas ao atendimento das demandas sociais. Nessa concepção, as redes aparecem como parte dessas novas formas de estrutura organizacional das empresas.

Em relação a formação de redes de políticas públicas, Teixeira (2002) esclarece que a sua proliferação está conectada com dois fatores recorrentes da América Latina: A descentralização e democratização Política. A descentralização, segundo Arretche (2001), aparece nos países capitalistas latino americanos como sinônimo de democratização política do poder. E apesar do consenso na concepção da descentralização como transferência de funções e poderes administrativos para outras esferas de governo, o conceito vai sofrendo alterações a compreensão do papel de Estado (Junqueira; Injosa; Komatsu, 1997).

Diferentes correntes políticas reuniram-se em torno da descentralização. Os setores de direita acreditavam que a descentralização representava uma maior eficiência e eficácia pública (Rocha, 2006). Para os setores mais à esquerda, passou a representar uma alternativa capaz de democratizar politicamente o país, com o incentivo e a participação da sociedade civil nos processos decisórios (Pereira; Teixeira, 2013). As redes de política pública, nesse sentido, se conectam a visão da descentralização, pois pressupõe parcerias entre o nível local, estadual e federal, numa perspectiva que não desresponsabiliza o Estado, mas que divide responsabilidades entre os entes federativos. Para Pereira e Teixeira (2013, p. 118).

Em meio ao discurso em prol da descentralização, as redes mostraram-se como uma modalidade de coordenação favorável à construção de parcerias em nível local, estadual e federal, visão com a qual concordamos, posto que não significa o desmonte ou desresponsabilização do Estado, mas sim divisão de responsabilidades entre entes governamentais, de recursos e de poder de decisão, de pactuação e de articulação que, se associada às redes intersetoriais de políticas públicas, será capaz de uma intervenção totalizante, rompendo a fragmentação e a setorialidade das políticas sociais.

O outro elemento de Arretche (2001) para o surgimento das redes refere-se ao processo de democratização política nos países latinos, nessa mesma direção, abriu espaços para a constituição da participação social nas esferas decisórias. Para Pereira e Teixeira (2013), a abordagem em rede surge como um elemento novo para tornar possível a descentralização das decisões do Estado na elaboração de políticas públicas, numa relação que caminhasse numa direção mais horizontal entre sociedade e Estado. As autoras lembram que, diferente dos neoliberais, a defesa de rede dos movimentos sociais refere-se ao controle social, na construção de conferências, conselhos, fóruns e outros espaços democráticos na direção da construção de rede de direitos, não na defesa da responsabilidade da sociedade na execução e oferta de

serviços (Pereira; Teixeira, 2013). Esse é o diferencial entre a noção de descentralização constitucional daquele defendido pelos neoliberais, os quais compreendem repasse de responsabilidade para a sociedade civil, como forma de desregular e flexibilizar as ações do Estado.

Para Pereira e Teixeira (2013), outro fator para a difusão da intervenção em rede refere-se ao surgimento do terceiro setor. Se antes o Estado era o único responsável pela execução das políticas sociais, na nova lógica ele deve estabelecer uma nova relação com a sociedade, promovendo a cooperação entre o setor público e o privado na implementação de diversas políticas sociais. O Terceiro setor passa a constituir um conjunto de organização societárias e comunitárias, que é justificado na defesa de prestação de serviços sociais de caráter público, mas não estatal, justificado na capacidade em alargar a esfera pública e de dar resposta a questão social (Pereira; Teixeira, 2013). Essa forma de gestão em rede, de caráter misto entre público e privado representa um desmonte do Estado intervencionista e da reprivatização da questão social. Nessa perspectiva, o repasse de responsabilidade do Estado para setor privado, mercantil ou não, é parte de um processo de mercantilização dos serviços sociais para quem pode pagar e refilantropização para os mais pobres e essa concepção de rede contribui para que isso ocorra.

Veja só, há pelo menos duas defesas da aplicabilidade da rede com apropriações distintas do ponto de vista político. Na visão neoliberal possui o caráter estratégico para minimizar os constrangimentos do contexto atual, na perspectiva de compartilhamento de recursos, práticas e saberes, na lógica da eficácia e eficiência. Por outro lado há a perspectiva dos movimentos sociais. Nessa direção, rede se orienta para a construção de uma relação entre Estado e sociedade, na direção da ampliação da democratização e da participação popular nos poderes decisórios (Minhoto; Martins, 2001).

Segundo Carvalho (2003), antigamente a concepção de rede se constituía como um conjunto de serviços sociais públicos similares, centralizados, hierarquizados e com padronização de oferta. A autora afirma que, atualmente, o trabalho em rede pode ser entendido como “uma teia de vínculos, relações e ações entre indivíduos e organizações, que se tecem ou se dissolvem continuamente em todos os campos da vida cotidiana, no mundo dos negócios, na vida pública e entre elas” (Carvalho, 2003, p. 1).

Na perspectiva baseada na noção de significações, Rossetti-Ferreira *et al.* (2008) afirmam que o ponto principal refere-se à análise de múltiplos elementos que compõem uma situação, de uma forma que seja possível observar o significado dos conteúdos simbólicos e culturais dos processos sociais. Assim, numa rede pode se circular não apenas pessoas e informações, mas crenças, valores, tradições e intenções. A dimensão cultural e histórica ganha

dimensão interpretativa tanto quanto as demais dimensões. Para a autora, as diferentes propostas e interesses dos sujeitos envolvidos, bem como as características históricas são elementos constituintes e específicos de cada rede (Rossetti-Ferreira *et al.*, 2008).

De outro lado, Costa (2005) conceitua rede com a aproximação do discurso de comunidade. Segundo o autor, as comunidades remetem à construção de laços de proximidade territorial, de parentesco, de solidariedade baseados em relacionamentos. Ainda nessa direção, Junqueira (1999), define que rede como uma interação entre pessoas, instituições, famílias, municípios e estados, que se mobilizam coletivamente em torno de uma ideia. Essa construção social, a rede, possui um objetivo comum, que melhor seria viabilizado através da parceria (Junqueira, 1999).

Gonçalves e Guará (2010) mapeiam várias opções de classificação das redes sociais: As redes primárias ou de proteção espontânea, constituídas pelo núcleo familiar, pelas relações de amizade e vizinhança; as redes sociocomunitárias, que são formadas por organizações comunitárias, como associações de bairro e por organizações filantrópicas, sustentadas no princípio da confiança ativa; as redes sociais movimentalistas, que se constituem para a defesa de objetivos em comum e pela defesa de direitos; as redes setoriais públicas, que são resultantes da ação do Estado, formadas por serviços de natureza especializada; as redes de serviços privados, que são fornecidos pela iniciativa privada a quem pode pagar; as redes regionais, que são compostas por serviços de diversas políticas compartilhados entre municípios de uma mesma região; e as redes intersetoriais, que tem o objetivo de atendimento integral das demandas sociais, por meio do compartilhamento de serviços públicos, privados, do terceiro setor e outros (Gonçalves; Guará, 2010).

Para Bourguignon (2001), essas redes podem coexistir sem que isso afete ou anule a existência de outra. A autora concebe como um avanço as redes intersetoriais, pois elas possibilitam a articulação entre as diversas políticas públicas, programas e serviços, na busca pelo atendimento integral da população (Bourguignon, 2001). A articulação de políticas e saberes profissionais que se articulam, na superação de padrões setoriais, como alternativa na construção de possibilidades dentro da complexidade social, para Mioto (2002), é uma importante estratégia de enfrentamento.

Para Pereira e Teixeira (2013) a maior problema de parte das concepções de rede no campo das políticas sociais, se relaciona a interconexão e articulação entre organizações governamentais e não governamentais em busca do bem-estar, numa perspectiva de corresponsabilização de todos. Essa ideia se assemelha ao pluralismo de bem-estar social, que para Pereira (2010) é uma estratégia de esvaziamento da política social enquanto direito de

cidadania, já que a divisão entre a esfera pública e privada vai se tornando mais difusa, aumentando a possibilidade de privatização das responsabilidades públicas, e por consequência, a fragilização de direitos.

Ao mesmo tempo, as redes podem atender à complexidade da realidade que necessita de novos modelos de gestão (Junqueira 1999). Numa concepção de rede como uma forma de superar os limites e debilidades, numa ação integrada de serviços, conhecimentos e práticas (Junqueira, 1999).

A proposta do cuidado em rede também já havia sido pensada pela política de Assistência Social, e fica clara essa orientação em 2009, por meio da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais onde é indicada a articulação em rede como estratégia. E organiza os equipamentos socioassistenciais em forma de rede. Lá, além dos serviços institucionais, também é referenciado a articulação com os Serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias (BRASIL, 2009)

No Brasil ocorre em 2010 a Implantação das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2010). No anexo da Portaria 4.279 de 2010 há a conceituação do que se havia programado para a concepção de Rede de Atenção à saúde. Define-se que ela será composta por arranjos organizativos de ações e serviços, com densidades tecnológicas diferentes, os quais, a partir de uma integração de apoio técnico, de gestão e logístico, deverão buscar garantir a integralidade do cuidado. Nela os termos pontos de atenção e níveis de atenção são conceituados, o que acreditamos ser elementos que auxiliam na compreensão da organização da rede.

Assim, a rede deverá ser composta por pontos de atenção, os quais poderão ser institucionais ou não, como por exemplo, a própria residência do usuário, desde que se ofereça determinado serviço de saúde. Sobre os pontos de atenção, a Portaria (Brasil, 2010, sp) define que:

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Também registra-se que na rede há três áreas de cuidado que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. Sendo

a atenção primária o nível de cuidado que deverá prevenir agravos de adoecimento e promover saúde, evitando, tanto quanto possível, o aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS (Brasil, 2010, sp).

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde).

Esclarecidos esses termos, há também três elementos que constituem a Rede de Atenção a Saúde: população/região de saúde definidas; estrutura operacional; e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A população e região de saúde são uma delimitação capaz de identificar claramente a área geográfica e os usuários sob a responsabilidade. Os territórios são complexos e organizados a partir de identidades diversas, culturais, sociais e econômicas. Nesse sentido, a boa definição da região de saúde no Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) deverá assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo que a relação tempo/resposta necessário ao atendimento que seja adequada, proporcional e torne possível a viabilidade necessária.

A estrutura operacional é composta pelos pontos: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Já o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, devendo articular as relações entre as população por risco, foco de intervenção e os tipos de intervenção necessária. Essas definições deverão considerar a partir da situação de saúde, demográfica, epidemiológicas e dos determinantes sociais de determinado grupo ou região. O modelo de atenção regulamentado no SUS faz a crítica ao modelo centrado na doença e em especial na demanda espontânea e no agravo de doenças crônicas.

Nesse sentido, deve-se realizar o trabalho em rede para a promoção da saúde, que considere as condições de necessidade da população, fortalecendo as ações das condições crônicas. Assim, a atenção primária a saúde assume papel importante pois:

Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede

de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede. Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem (Brasil, 2010, sp.).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária que não é capaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá em pouco tempo tornar-se obsoleto. Em 2010 as condições crônicas foram responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. A previsão era que as doenças crônicas assumissem, em 2020, 80% das doenças dos países em desenvolvimento. Ainda segundo a OMS, nesses países, a aderência aos tratamentos é de apenas 20% (OMS, 2003).

Esses dados somados a estratégias previstas pela Organização Mundial da Saúde revelam a urgência do fortalecimento da rede e da sua articulação e conexão entre si.

3.2 CONCEITUANDO INTERSETORIALIDADE

Como dito, a intersectorialidade emerge atrelada à concepção de rede indicando que as tradicionais maneiras de intervenções centradas e verticalizadas, com atendimento fragmentado e setorizado das demandas sociais eram insuficientes para responder à complexa realidade social (Gonçalves; Guará, 2010). Sobre isso Pereira e Teixeira (2013, p. 121) colaboram sinalizando que:

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

Assim como o debate sobre rede, a intersectorialidade é um conceito dialético e polissemico, com significados, possibilidades e contradições, os quais são inerentes ao capitalismo (Oliveira; Martins, 2018). Ainda que dentro das diversas áreas que compartilham a temática da intersectorialidade possam haver pequenas especificidades, há elementos que podem se aproximar e em outros casos divergir fortemente. De maneira geral, acreditamos que a escolha pelo conceito e apropriação da intersectorialidade nas políticas públicas/sociais faz parte de um compromisso ético político.

Para relembrar, a intersectorialidade passa a ser debatida com maior ênfase ao final da década de 1970, na Conferência de Alma Ata, em 1978. Assim, os cuidados com saúde assumem, além do setor próprio da saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, tais como agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. A Conferência de Ottawa, na mesma direção, num período de grande busca por uma nova organização da saúde pública, a nível mundial, reivindica o cuidado intersectorial em rede. Nos períodos seguintes, conferências em diversos lugares do globo foram levantando e dando contorno ao debate em torno da intersectorialidade.

Ou seja, é bem recentemente que o tema surge com mais intensidade. Em razão da sua recente forma de ser, já que as políticas e saberes foram historicamente compartimentadas. Bellini e Faler (2014) e Andrade (2006) apontam para o desafio da superação de uma setorização histórica.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde define a intersectorialidade como uma maneira de articular setores distintos em busca da promoção, prevenção e recuperação da saúde (Brasil, 1990). Assim, diferentes serviços e setores devem atuar buscando atender as demandas dos usuários do sistema de saúde.

As práticas e saberes intersectoriais vão se construir como um novo espaço, com base nos problemas concretos e complexos que a realidade apresenta. Esse espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser esse acúmulo setorial suficiente para uma formulação no campo das políticas públicas com capacidade de resposta à complexidade (Andrade, 2006, p. 282).

Apesar da atenção a intersectorialidade ser contemporânea à organização democrática e das políticas sociais no Brasil, junto a esse processo está a efervescência das ideias neoliberais. Para Wanderley, Martinelli e Paz (2020) o *ethos* do capitalismo fragiliza a governabilidade e fragmenta as ações intersectoriais. Assim, o neoliberalismo ressignifica a intersectorialidade, defendendo como “proposta de intervenção baseada na interação entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada” (Brevilheri; Bassi; Pastor, 2015) numa clara “responsabilização do mercado e da sociedade civil pelo provimento da proteção social, como agentes responsáveis pela oferta dos serviços públicos, pela execução das políticas sociais” (Oliveira; Martins, 2018, p. 4).

Essa fragilização das políticas sociais reverbera no próprio trabalho intersectorial dos profissionais executores das políticas, os quais tendem a realizar ações pontuais e fragmentadas (Gomes, 2017). Nessa direção, a pesquisa de Bellini e Faler (2014) com trabalhadores da saúde

e da assistência social mostra que a precarização do trabalho, o descompromisso da gestão, e a dificuldade de articulação entre áreas profissionais distintas são elementos que impõem dificuldades sobre a intersectorialidade. Vale ressaltar que esses não são elementos desconexos da forma de gerir as políticas sociais no neoliberalismo.

Ainda segundo Bellini e Faler (2014), percebe-se muitas vezes a lógica do encaminhamento, em detrimento do acompanhamento. Com isso o que ocorre é a fragmentação dos problemas concretos e complexos que se apresentam na realidade. Numa abordagem intersectorial, usuários das políticas sociais poderiam ser atingidos por cuidado e atenção de setores distintos, os quais, acumulando seu histórico organizacional, teórico, metodológico que juntos e em articulação poderiam dar respostas mais efetivas à realidade concreta (Bellini; Faler, 2014).

Costa (2010) corrobora ao indicar que a construção da intersectorialidade não é papel exclusivo de um agente ou política, ela deve ser construída coletivamente. Enquanto processo socialmente construído, não deve ocorrer descolada da realidade e deve ir além das demandas explicitadas, caminhando em direção às reais necessidades dos usuários. Para Costa (2010) a intersectorialidade exige saberes, trocas, dúvidas e poderes.

Para Bellini e Faler (2014), romper com formas fragmentadas e setorializadas tem o poder de criar, editar e promover ações concretas de interdisciplinariedade, contudo, é um exercício que não cabe apenas aos executores, mas também aos gestores. Para as autoras, esse é um exercício capaz de resistir a compartimentalização e de prevenir a desresponsabilização das políticas e setores diferentes, possibilitando um atendimento integral aos sujeitos a partir das políticas sociais existentes (Bellini; Faler, 2014).

É nessa direção que Medeiros e Lira (2015, p. 4) e Wanderley, Martinelli e Paz (2020) afirmam que a intersectorialidade, é um desafio ético e político, o qual envolve “compromisso e vontade dos diversos sujeitos envolvidos, além de uma atuação técnica, um direcionamento também ético e político, envolvendo o processo formativo, buscando assim viabilizar o acesso aos serviços, a garantia e ampliação dos direitos sociais e de cidadania”.

Junqueira (2000) sinaliza que essas não são práticas consensuais. Afirma que se trata de uma nova lógica de gestão pública, que tem o intuito de superar a fragmentação das políticas e considerar o indivíduo como um todo, e que por isso enfrenta resistências de grupos contrários, pois como nova forma de atuação implica alterações na cultura e nas práticas da organização gestora (Junqueira, 2000).

Gonçalves e Guará (2010), nessa mesma direção, sinalizam que é um processo complexo, pois exige dos atores sociais mudanças na cultura e no trato com as comunidades

locais, regionais, nacionais e com os serviços governamentais ou não, que são inseridos em um ambiente que é historicamente setorial.

Para Bellini e Faler (2014, p. 17), na saúde ainda é possível encontrar ideias curativista e hospitalocêntrica, que se relacionam com as primeiras concepções de saúde, o que para as autoras trata de um mix de perspectivas “conservadoras e progressistas em um mesmo momento histórico”. Para elas as inovações das tecnologias em saúde deveriam alterar a centralidade do hospital e dos atendimentos individuais para um cuidado coletivo, centrando-se na atenção básica e no protagonismo da população.

Em Jesus Vargas e Correa (2014), partindo do conceito ampliado de saúde e considerando seus determinantes e condicionante, a sua efetivação depende de uma articulação e intersetorialidade de diversos serviços, níveis de atenção e políticas públicas. Tratando-se da saúde mental, podemos verificar que independente da potencialidade interventiva da equipe da instituição de saúde mental, ela sozinha não poderia dar conta das diversas questões que aparecem na vida do usuário. Qual é o efeito esperado de um acompanhamento em saúde mental se fora dos “muros institucionais” não houver onde dormir, o que comer, como se medicar? Existe uma necessidade de intervenção e articulação entre diversos setores e políticas, que espelha uma incapacidade setorial de responder a todas essas demandas que o usuário carrega. A saúde mental, nesse caso, pode ser uma dessas abordagens, mas não a única. Nesse sentido, acreditamos que o itinerário terapêutico dos usuários da Raps pode dar pistas de como esses sujeitos tem acessado (ou não) os pontos de atenção.

Para Faler (2015), ela infere sobre o conceito da intersetorialidade os ideais econômicos, políticos sociais e científicos que pairam sobre a sociedade. Em sua tese de doutorado, a pesquisa empírica e documental sobre o conceito de intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social foi definida como a articulação entre setores governamentais e não governamentais. Mas para a autora essa concepção é insuficiente, pois nela não está agregada a singularidade e tampouco a heterogeneidade presente nas políticas sociais. Dessa forma, tanto as bases legais analisadas como os argumentos dos gestores escutados na tese escondem a contradição que se encontra nos princípios ideológicos capitalistas que regem o tecido social (Faler, 2015).

O caminho da autora ao descortinar o conceito da intersetorialidade revela um dilema importante. Enquanto se percebe como um paradigma inovador, com intuito de superar divisões cartesianas, é uma compreensão de consenso entre alguns estudiosos do tema, que segundo Faler (2015, p. 127) também assume que sua essência carrega contradições, como se sua operacionalização pudesse

obscurecer a inoperância estatal, bem como otimizar e reduzir os recursos financeiros para as políticas sociais públicas. A contradição de materializar a intersectorialidade está pautada na mesma lógica, de que possamos usufruir de outros princípios também definidos pelas políticas sociais, como a universalização e a integralidade. As políticas sociais públicas são irresolutas em si mesmas, e a intersectorialidade é chamada a atender além dos setores os sujeitos que são dotados de pluralidades e necessidades distintas.

3.3 CONCEITUANDO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Para Alves e Souza (1999, p. 1333) o Itinerário Terapêutico pode ser compreendido como "um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição". Assim, o itinerário terapêutico se constitui como o percurso que os sujeitos irão caminhar em busca de cuidado e atenção. Alves e Souza (1999) ainda indicam que os caminhos percorridos em busca de cuidado não se constituem necessariamente a partir de fluxos pré-determinados, mas são moldados a partir de escolhas individuais e coletivas sobre o processo de adoecimento e as maneiras de cuidado e tratamento, considerando influências e contextos múltiplos.

Nas concepções de Rabelo, Alves e Souza (1999), o itinerário terapêutico se constitui como um conjunto de planos, estratégias e ações que são utilizados no tratamento de uma determinada doença. Para que seja efetivo, leva em conta os aspectos subjetivos como afeto e comportamento, e também aspectos sociais, culturais e históricos, sua relação com o território e com a comunidade. Nos termos de Gonçalves e Guará (2010) poderíamos dizer que se trata também das suas relações e acessos com as diversas modalidades de rede.

Assim, os pontos de atenção da Raps podem ser considerados pontos do próprio itinerário terapêutico, mas também pode ter outros pontos não institucionais de saberes tradicionais ou de cunho sagrado (Kleinman, 1978). Vale lembrar que o itinerário terapêutico não é rígido e definido previamente, é uma construção que se modifica, progride ou é abandonada ao longo do processo. Nele não se trata apenas dos fluxos pré-definidos pelas políticas, como os protocolos de atendimento e ponto de referência.

Sistematizar o itinerário terapêutico dos usuários é uma importante forma de avaliar o serviço de saúde, como maneira de gerenciamento de cuidado e detecção das fragilidades do sistema e das redes de serviço (Silvia, *et al.* 2014). Dessa maneira, na lógica da intersectorialidade e da articulação em rede, compreender o itinerário terapêutico do paciente é fundamental para compreender como indivíduos sociais e grupos acessam ou não as políticas.

Complementar a essa lógica Oliveira (2015) aponta que o território assume uma função de passagem e de organização geográfica, onde as relações materiais e de significados, é capaz de construir pontes relacionais entre modos de existência, por meio de práticas de aproximação e da produção das redes de cuidado. Assim para Gerhardt, Burille e Müller (2016), os itinerários terapêuticos são considerados uma ferramenta teórico-metodológica capaz de assumir função analítica das Redes de Atenção a Saúde, a qual permitem visualizar como as práticas de saúde são construídas, revelando seus sistemas e diferentes formas existentes. A partir disso, ser capaz de observar a rede viva construída, a partir da qualidade dos vínculos criados e dos potenciais cuidados. Isso porque as noções predefinidas sobre experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e “escolhas terapêuticas” são tensionados por meio de estudos concretos que aproximam de que maneira é efetivado o cuidado.

Assim para Pinheiro *et al.* (2016) mais do que compreender como os usuários caminha sobre fluxos desenhados, sua potência analítica permite observar as relações cotidianas para apreender o que compõe no concreto a relação saúde-doença cuidado. É a partir daí que, para além da dimensão biológica e técnica do cuidado às pessoas ou grupos, emerge a dimensão relacional e simbólica.

Apesar do conceito de rede e região explicado no tópico 2.1, para Merhy, Feuerwerker e Silva (2012), os usuários das RAS são nômades. Embora exista uma forte territorialização, eles não são exclusivos de um território e produzem outros laços. Assim, eles produzem redes de conexões não previstas ou pré-desenhadas no campo institucional. Na construção dessas redes vivas, Silva *et al.* (2016) observam que as pessoas e grupos extrapolam os itinerários terapêuticos esperados e traçados no processo de cuidado. Esses vínculos, segundo Silva *et al.* (2016), em razão de sua singularidade, exigem dos trabalhadores um envolvimento na tessitura ou até mesmo na revisão de suas práticas. Nesse processo de nomadismo, o usuário cria novas redes de cuidado fora do sistema de saúde, na busca de superar barreiras, associando novas estratégias não tão tradicionais (Abrahão *et al.*, 2014).

Esse nomadismo é inerente aos modos de viver e pode ser um importante elemento para análise do que alguns autores chamam de caso-guia. A partir daí, é possível evidenciar as novas redes construídas, inclusive fora do próprio sistema de saúde. Nessa direção, Merhy, Feuerwerker e Silva (2012) concordam com Abrahão *et al.* (2014) que isso pode ser uma estratégia para superar barreiras, mas também acrescentam que podem ocorrer encontros imprevistos.

Para Merhy *et al.* (2016), ao utilizar o conceito de usuário-guia como ferramenta metodológica, tem-se como centralidade a experiência vivenciada pelo usuário, deslocando o

olhar tradicional do investigador. Dessa forma, é possível apropriar-se da perspectiva do sujeito em seu governo de si, como referência para os significados dados à prática da saúde. Os profissionais passam a ser co-fabricantes do conhecimento e cuidado, com o sujeito no protagonismo (Feuerwerker, Bertussi e Merhy, 2016).

Abrahão *et al.* (2014) indicam que a proposta é conhecer as muitas possibilidades de conexão estabelecidas nas redes dessas pessoas. À medida que se conhece, abre-se a possibilidade de criação de muitas formas de cuidado e acolhimento. Assim, o acesso e as barreiras não são simplesmente uma questão de cobertura de serviços de saúde ou de oferta de um “cardápio de possibilidades”, mas trazem toda a radicalidade do campo da vida e da ética, onde a rede de cuidado afirma e tensiona: produzir mais vida ou não, por meio do fortalecimento ou da fragilização dessas redes.

Para Muhl (2020), que realiza estudo do itinerário terapêutico a partir de uma abordagem fenomenológica, os itinerários terapêuticos refletem que “as escolhas terapêuticas e os caminhos trilhados dizem, portanto, da experiência vivida pela pessoa e da forma como ela se relaciona com a doença”. A autora continua e sinaliza que chama de “opções de cuidado” cada um dos pontos do itinerário terapêutico.

Para Furtado *et al.* (2016), a compreensão acerca do território implica na diferenciação entre a inserção do usuário em redes institucionais, tais como a socioassistencial e de saúde, e a inclusão nos espaços físicos, sociais e relacionais. Nessa direção, Oliveira e Pontes (2016) indicam que, mais do que o que é desenhado institucionalmente, é preciso que essa rede interaja, fazendo conexões que superem as regras e fluxos predeterminados. Essa sustentação deve ocorrer pelo trabalho vivo em ato, produzindo o que os autores chamam de “furos” na produção de novos pactos.

Diferente dessa perspectiva, acreditamos que o itinerário terapêutico assumido pelos sujeitos da RAPS não se limita à máxima de escolhas subjetivas. Ele está implicado em múltiplas determinações que são estruturais e envolvem tanto a sociabilidade quanto as próprias políticas sociais, suas ofertas, a forma como se dá o acolhimento, entre outros fatores. Assim, “escolhas” e “opções” são termos que partem do princípio de que há um leque de possibilidades, no qual o usuário tem liberdade de eleger o caminho a percorrer.

Como já mencionado, mas nunca é demais lembrar: como reflexo de um país periférico, o Brasil enfrenta crises do capital de maneira singular em relação aos países centrais. Aqui, evidenciam-se a pobreza, marginalização, desemprego, precariedade e violência (Motta, 2018). Esses dados aparecem nos percentuais exorbitantes de usuários de substâncias psicoativas em

situação de rua, na informalidade e/ou na ausência do trabalho, e na baixa escolaridade da população usuária de crack (Bastos; Bertoni, 2014).

A noção de como o Estado assegura as políticas sociais reflete no acesso ou não acesso dos usuários aos serviços. No caso do relatório sobre o uso de crack, por exemplo, há uma pergunta sobre o “relato de ter procurado algum serviço de saúde” (Bastos; Bertoni, 2014). Aqui se vê uma visão do usuário de crack ou substância similar como agente exclusivo na localização de um serviço de saúde pública. Ele é visto como responsável por essa ação, na mesma direção de Muhl (2020), que também se concentra em uma “escolha”. Em detrimento ao que poderia ser um vínculo entre equipamento e usuário. Obviamente, não estamos afirmando que o sujeito usuário de substâncias psicoativas não possa escolher, mas expressões como “ter acessado” ou “ter sido procurado por um serviço de saúde” dariam uma conotação maior da oferta do serviço e menos na perspectiva de culpabilizar os sujeitos pelo não acesso.

Em contrapartida, 80% declaram que usariam o serviço de saúde (Bastos; Bertoni, 2014) se estivessem disponíveis, o que pode contribuir para pensar na ausência de serviços disponíveis ou acessíveis. Sobre isso, no III Levantamento, acerca dos serviços de saúde, o que se observa é um grande percentual de procura de tratamento em Comunidades Terapêuticas e Unidades de Acolhimento, em detrimento dos Centros de Apoio Psicossocial AD (CapsAD) (Bastos *et al.*, 2017). Ou seja, a maior parte dos usuários entrevistados não tem acessado serviços públicos de saúde, e sim serviços terceirizados, na sua maioria organizações não governamentais com vínculo religioso e de adoção de medidas de abstinência, criticadas por movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica (Prudêncio, 2016). Ou seja, as “escolhas” estão condicionadas ao que há disponível e ao que historicamente foi majoritário no modelo de atenção e culturalmente oferecido.

Uma tendência do Estado capitalista é transferir para organizações sociais responsabilidades que deveriam ser da esfera pública (Pereira, 2021). Cabe lembrar que a SENAD, financiadora da pesquisa, também financia parte das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Essa fragilidade na oferta dos serviços pelo Estado parece refletir negativamente ainda mais nos mais pobres (Pereira, 2021), especialmente quando o mais pobre é mulher (Motta, 2014) e negra (Almeida, 2014).

Assim, no capítulo seguinte, por meio do estudo com revisão integrativa, os conceitos de rede, intersetorialidade e itinerários terapêuticos serão apresentados a partir de sua relação com a RAPS e a saúde mental. Esses estudos nos auxiliarão na compreensão de como os trabalhadores em saúde mental entendem rede e intersetorialidade, e como se constituem os itinerários terapêuticos dos usuários da Saúde Mental.

4 CAPÍTULO III: CAMINHOS ENTRELAÇADOS: A RAPS E SUAS ROTAS DE CUIDADO – uma revisão integrativa

Pesquisar é uma ciência. Envolve o estudo de um objeto específico, a formulação de um problema de pesquisa, a definição de objetivos claros, a construção de uma justificativa sólida,

a elaboração de hipóteses, a adoção de procedimentos e a aplicação dos princípios éticos, tudo isso dentro de um rigoroso comprometimento acadêmico e científico com o processo de construção do conhecimento e com a escrita.

Se, para Fernando Pessoa, “A ciência descreve as coisas como são; a arte, como são sentidas, como se sente que são”, aqui o leitor encontrará uma abordagem que une esses dois fenômenos estudados. Dessa forma, buscamos oferecer uma compreensão aprofundada e integrada dos temas abordados, combinando objetividade científica com a subjetividade das experiências humanas.

Assim como a arte, a pesquisa também é capaz de surpreender, emocionar, entusiasmar, chocar e afetar profundamente a vida de quem a produz, de quem participa e de quem a acessa. Durante as leituras e releituras exaustivas dos artigos selecionados, fomos impactados pelas relações estabelecidas, pelos conhecimentos apresentados e pelas possibilidades criadas pelos autores e sujeitos nesses processos. Sempre tocados por essas experiências, respeitando profundamente as produções que tivemos a oportunidade de acessar.

Ainda que, em algumas ocasiões, tenhamos tecido críticas, isso foi feito como parte necessária do processo de busca pelo conhecimento, sempre com o intuito de contribuir com o avanço acadêmico. Essas críticas, longe de desmerecer os trabalhos analisados, refletem o compromisso com a rigorosidade e a profundidade necessárias para o desenvolvimento de um saber mais robusto e significativo.

Nessa direção, o terceiro capítulo é dedicado a uma revisão sistemática integrativa, construída a partir de um recorte objetivo de fornecer uma compreensão acerca dos itinerários terapêuticos e da intersectorialidade na Raps.

Utilizando o método de revisão de literatura integrativa, foi possível realizar uma síntese abrangente das produções acadêmicas e científicas existentes sobre o tema. Esta abordagem não apenas facilita a identificação das principais tendências e lacunas na pesquisa, mas também contribui significativamente para o desenvolvimento de teorias e aplicações práticas baseadas em evidências.

Após uma análise prática e teórica sobre o assunto, identificamos o principal problema desta pesquisa: Como a intersectorialidade e os itinerários terapêuticos têm sido abordados na Rede de Atenção Psicossocial desde sua implementação? Escolher a pergunta é uma etapa crucial para guiar os procedimentos metodológicos, pois não é viável responder a essa questão por meio de outra abordagem metodológica.

De acordo com Lima e Miotto (2007), a coleta de dados inicia-se com a adoção de critérios que delimitam o universo do estudo, o que requer a definição do parâmetro temático,

do parâmetro linguístico, das principais fontes e do parâmetro cronológico. Com base no problema de pesquisa, identificamos as palavras-chave que orientaram esta pesquisa. Usando equações de busca com operadores booleanos, utilizamos como descritores “saúde mental” AND “intersectorialidade”; OR “RAPS” AND “Intersectorialidade”; OR “Raps” AND “Itinerário terapêutico”; OR “saúde mental” AND “itinerário terapêutico”.

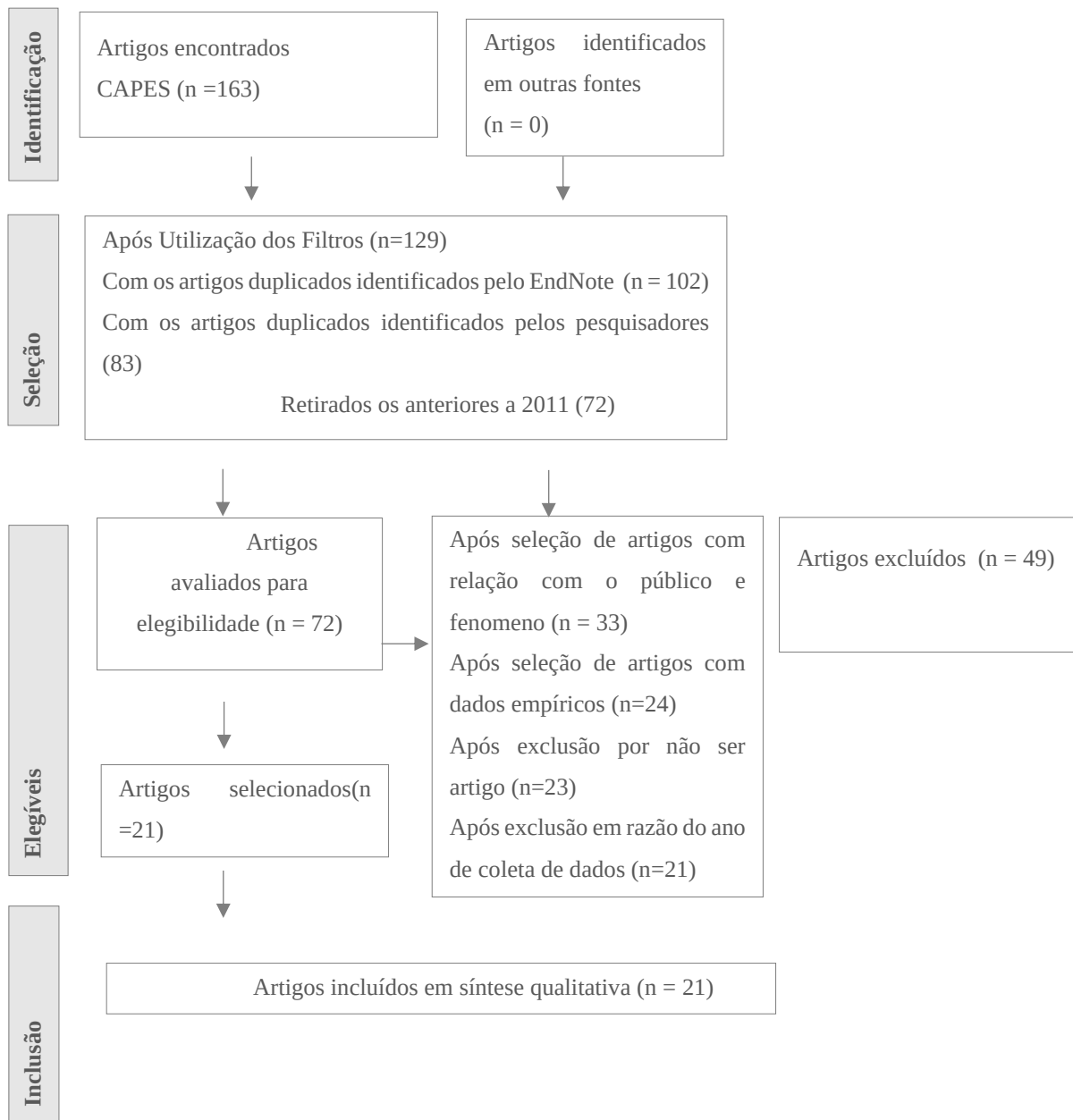
Com base na ampla gama de literatura existente, recorremos a um dos maiores indexadores de conteúdo científico virtual do país para a coleta de dados. O Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) conta com um investimento financeiro significativo do Governo Federal e oferece acesso a usuários e instituições. Os usuários não cadastrados podem consultar o conteúdo de acesso aberto e as instituições participantes têm acesso à coleção completa composta por conteúdo de acesso aberto e outros conteúdos assinados por editoras científicas internacionais.

Inicialmente, a somatória dos descritores encontrou 163 documentos disponíveis. Nossos primeiros critérios de seleção (Mendes *et al.* 2008), a partir da seleção de filtros, foram: “artigos”; “periódicos revisados por pares”; o que restringiu o material a ser analisado ao total de 129.

Os artigos foram carregados no EndNote e, após a exclusão dos artigos repetidos e aqueles cujo contexto não fosse o pré-selecionado, ou seja, anteriores a 2011, data de publicação da portaria da Raps. Nessa etapa, um total de 72 estavam disponível para a leitura flutuante, que envolveu os resumos, introdução e metodologia dos trabalhos. Para manter os artigos, permaneceram aqueles que respondiam ao problema de pesquisa, ou seja, cujo objetivo do artigo se relacione ao público e fenômeno de interesse recortados. Nesse sentido, foram excluídos os trabalhos que não tinham como público de estudo os usuários e trabalhadores da Raps; e os fenômenos de interesse não se relacionavam a intersectorialidade ou ao itinerário terapêutico. Também foram excluídas as produções que não eram artigos e os trabalhos cuja metodologia não envolvia a coleta primária de dados empíricos, como revisões narrativas, revisões integrativas, etc. Mesmo após a aplicação do filtro de “artigos”, um trabalho foi excluído por ser um editorial. Ao final, totalizando 23 artigos para serem lidos na íntegra e para participar da pesquisa. Dos trabalhos lidos na íntegra, dois foram excluídos pois, apesar de terem sido publicado após 2011, a coleta de dados datava de anos anteriores, conforme veremos no item 4.1.

Foi confeccionado a partir do Prisma 2020 o fluxograma com os passos descritos

FIGURA 1. Resultado da busca nas bases eletrônicas



Fonte: Elaborada pelos autores com base na PRISMA.

Durante essa fase, elaboramos um instrumento norteador, formando um banco de dados próprio para unificar as informações extraídas. Esse instrumento foi dividido em três eixos formados a partir do acúmulo teórico dos pesquisadores sobre a temática e das categorias que surgiram após as intensas leituras dos artigos selecionados.

1. **Caracterização dos autores e estudos:** 1. Título dos artigos; 2. Referência; 3. Sexo do primeiro autor; 4. Formação e qualificação do primeiro autor; 5. Região onde foi

realizado o estudo; 6. Data da publicação e data de extração dos dados empíricos; e 7. Procedimentos de coleta e análise de dados.

2. **Caracterização do público envolvido na pesquisa:** Extraímos as seguintes informações: 1. Sexo; 2. Idade; 3. Cor; 4. Ocupação; 5. Demanda em saúde mental.
3. **Caracterização dos conceitos e resultados dos estudos:** 1. Itinerários terapêutico e Intersetorialidade; 2. Atenção Básica; 3. Caps; 4. Hospitalização/Internação; 5. Rede de apoio; 6. Outras políticas públicas.

Para a análise e interpretação dos dados, optamos pela técnica de análise de conteúdo, conforme descrita por Bardin (1977), que se divide em três fases: 1. Pré-análise: Etapa inicial de conhecimento, organização e sistematização dos dados. 2. Exploração do material: Consistiu na codificação dos recortes de dados em unidades de registro, buscando identificar palavras-chave e desenvolver categorias iniciais, secundárias e finais. 3. Tratamento dos resultados e interpretação: Nesta fase, tanto a frequência das informações quanto o que está "oculto" ou ausente foram considerados. Segundo Bardin (1977, p. 32), a análise visa "considerar a totalidade de um texto, através da classificação e do recenseamento, levando em conta a frequência de presença (ou ausência) dos itens de sentido".

4.1 DAS PESQUISAS E DOS PESQUISADORES:

No total foram pré-selecionados 23 artigos para compor a Revisão integrativa. Contudo, apesar da pré-seleção incorporar os artigos publicados a partir de 2011, em razão da implementação da Raps ocorrer nesse ano, as publicações utilizadas na pesquisa datam a partir de 2013. Acredita-se que isso se deve ao fato de que os processos de publicação das pesquisas nas Revistas acadêmicas possuem etapas processuais que levam tempo até a publicação do artigo. Em razão disso, a data da coleta dos dados empíricos até a construção da produção, do envio do artigo para editora e da aprovação do artigo leva um tempo considerável o qual reflete na data de publicação (Azevedo, *et al.*, 2012 e Ferreira e Pereira, 2012).

Isso explicaria o por que as pesquisas publicadas pré selecionadas possuíam os dados empíricos de anos anteriores. As pesquisas que indicam o ano de coleta de dados variam de dois a cinco anos de intervalo entre a coleta de dados e a publicação do artigo. Por tal motivo, dois artigos foram excluídos da seleção final por tratarem de dados referentes a períodos anteriores a 2011, resultando na revisão integrativa com 21 artigos.

No mais, todos os anos de 2013 a 2023 apresentaram publicações, mas observa-se uma maior concentração de publicações nos anos de 2014 e 2021, com três publicações em cada ano. Esse relativo padrão de produção reflete a política de Saúde Mental, uma vez que a mesma tem tido constantes movimentações, conforme sinalizado no capítulo 1. Essas movimentações são elementos que trazem a temática em voga, chamando a necessidade de reflexão e teorização acerca delas.

Sobre as técnicas, procedimentos metodológicos e instrumentos, a maior parte das pesquisas foram formadas de pesquisas qualitativas, com expressiva representação de entrevistas semi estruturas e métodos cartográficos.

Das produções selecionadas, dez tinham como objetivo relacionar diretamente saúde mental e itinerários terapêuticos, enquanto outras dez discutiam a intersectorialidade. Apenas uma pesquisa abordou tanto itinerários terapêuticos quanto intersectorialidade na saúde mental.

Em relação a formação do autor principal das publicações, observou-se a prevalência de profissionais do campo da psicologia 12, seguidos por assistentes sociais, 3, enfermeiros 3 e terapeutas ocupacionais 3. No momento da publicação, se observa que a maior parte dos autores possuíam o título de doutores ou doutorandos 11, 5 mestres, 3 especialistas e 2 graduandos ou graduados.

Também se observa a prevalência de mulheres, com 17 publicações escritas por elas, enquanto 4 foram escritas por um primeiro autor do sexo masculino. Esse achado se relaciona a pesquisas maiores, como a pesquisa de perfil do profissional assistente social, realizada pelo Cfess (Cfess 2022). Na pesquisa do Cfess, desde sua criação, há indicação da prevalência das mulheres na profissão, em 2022 eram 92,5% de mulheres assistentes sociais (Cfess, 2022).

Essa característica reafirma as profissões relacionadas ao care como espaço majoritariamente do sexo feminino. Uma possível explicação se encontra na forma como a mulher foi e é estimulada socialmente a ser: “um ser para os outros” (Rocha-Coutinho, 1994). Nessa perspectiva, a mulher secundariza os próprios desejos, priorizando o marido e filhos, associando-se às características de fragilidade, intuição, abnegação, docilidade, sensibilidade, entre outras (Rocha-Coutinho, 1994). Assim, as denominadas “profissões femininas” são mais acessadas por mulheres pois as atribuições dadas historicamente a mulher se espalham aos espaços sócio-ocupacionais. Para Bourdieu (1999), as mulheres estimuladas a terem a sua subjetividade construídas nessas características encontram sua “vocação” nessas profissões. Esse achado também identifica a área da saúde mental como campo do conhecimento indiscutivelmente escrito e pensado por mulheres.

Outro eixo temático incorporado foi a análise geográfica das pesquisas selecionadas na revisão. Há evidências tanto em nível internacional, como nos territórios nacionais, de padrões de uma concentração espacial das produções acadêmicas (Sidone *et al.*, 2016).

Nosso estudo também confirma essa diversidade regional na produção de conhecimento. A análise da distribuição das publicações baseadas nas regiões onde os dados foram coletados evidencia esse achado. Observamos que a maioria dos estudos foi conduzida na região Sudeste, seguida pela região Sul, Nordeste e Norte, enquanto nenhuma publicação abrangeu a região Centro-Oeste. Esse padrão geográfico é semelhante ao identificado por Sidone *et al.* em 2016, quando avaliaram a evolução das produções científicas nas diferentes regiões do Brasil de 1992 a 2009, destacando uma disparidade ainda maior nas produções da área da saúde (Sidone *et al.*, 2016).

Algumas justificativas podem ser encontradas em estudos de pesquisadores do tema. Segundo Suzingan e Albuquerque (2011) as regiões Sudeste e Sul são favorecidas por terem historicamente concentrado universidades e institutos de pesquisa. Albuquerque (2002) também sinaliza que nessas regiões há uma maior disponibilidade de recursos humanos. (Albuquerque *et al.*, 2002). A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2011), contribui ao indicar que há uma concentração de incentivos financeiros devido a políticas implementadas por importantes agências de fomento, como a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), o CNPq, a Capes e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

Pesquisas na perspectiva da interseccionalidade irão identificar como determinadas regiões são desprivilegiadas em diversas áreas, trazendo a dimensão territorial como um possível exemplo de perpetuação de expropriações (Collins; Bilge, 2020). Estudos consolidados na área da geografia também sinalizam a dimensão da região, não só como território espacial, mas como uma medida categorial capaz de refletir o desenvolvimento desigual da reprodução ampliada do capital. (Carlos; Lencioni, 1984).

Quadro 1: Relação dos artigos pré selecionados e selecionados para a Revisão Integrativa. Eixo “Das pesquisas e dos pesquisadores”:

Título	Referência	Data de Coleta de dados - Data de publicação	Sexo – 1 autor	Formação - Qualificação	Região	Serviço Matriz	Coleta de dados, método,

1. Vivências na Rede Substitutiva, sentidos e Itinerários terapêuticos de mulheres com história de internação psiquiátrica	Brito, <i>et al.</i> , 2023	Out. 2019 a jan. de 2020/ 2023/	F	Psicologia – Esp.	Nordeste	UBS	Entrevista semi estruturada. Construcionismo social.
2. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Silva e Silva, 2022	Out. a dez 2018/ 2022	F	Psicologia – Esp.	Sudeste	Caps AD	Entrevistas individuais semi dirigidas. Método cartográfico. Diário de Campo. Realização de trajetos pela cidade.
3. Itinerários Terapêuticos Percorridos por pessoas que tentaram suicídio	Santos e Kind, 2022	Comitê 2018/ 2022	F	Psicologia – Dr.	Sudeste	Hosp . de UE.	Entrevista. Análise de Conteúdo
4. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III)	Bandeira e Onocko-Campos, 2021	- / 2021	F	Psicologia – Dr.	Sudeste	Caps III	Entrevista. Desenho dos itinerários terapêuticos. Quadro analítico da trajetória assistencial.
5. Itinerário terapêutico e assistência à saúde de usuários de drogas na rede de atenção psicossocial	Soccol, <i>et al.</i> , 2021	Março a maio 2019/ 2021	F	Enfermagem – Dr.	Sul	Caps AD	Entrevista semiestruturada. Análise temática
6. As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental	Moraes e Zambenedetti, 2021	2º semestre de 2018/ 2021	M	Psicologia – Grad.	Sul	UBS	Entrevistas com perguntas abertas. Perspectiva cartográfica.
7. Internação Psiquiátrica: O que as famílias pensam sobre isso?	Braga e Pegoraro, 2020	Comitê 2015/ 2020	F	Psicologia – Me.	Sudeste	Caps	“Teoria Fundamentada em Dados”. Entrevista semiestruturada
8. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão	Vieira e Pegoraro, 2020	-/2020	F	Psicologia – Me.	Sudeste		Entrevistas semi estruturadas. Questionário de coleta de dados sociodemográficos.
9. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersectorialidade na política de saúde mental	Pereira e Guimarães, 2019	-/2019	F	Serviço Social – Dr.	Nordeste	Caps II e III. Serviço Residencial Terapêutico. Nasf. Maternidade Evangelina Rosa, Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu e Gerências de Saúde Mental do Estado e do Município – e da Política de Assistência Social: CRAS e CREAS.	Método de Marx. Entrevista de roteiro semi estruturado
10. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos capsij da Região Sudeste do Brasil	Tâno e Matsukura, 2019	-/2019	F	Terapia ocupacional – Dr.	Sudeste	Caps IJ	Pesquisa de levantamento, orientada pela avaliação por triangulação de métodos. Questionário

							autoaplicável com questões abertas e fechadas
11. Saúde Mental na Atenção Básica: Experiência de matriciamento na área rural	Santos, <i>et al.</i> , 2020	- / 2020	M	Enfermagem – Dr.	Sudeste	Nasf e USF	Relato de experiência. Registros nos prontuários e conhecimento dos trabalhadores sobre a população.
12. As Competências do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental	Silveira e Dias, 2018	- / 2018	F	Serviço Social – Me.	Sul	Equipes de Apoio Matricial	Teoria Social crítica. Entrevista Semi estruturada.
13. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidade	Eslabão, <i>et al.</i> , 2017	2012/ 2017	F	Enfermeira. – Dr.	Sul	USF	Estudo descritivo e exploratório. Entrevistas semiestruturadas.
14. Intersetorialidade e em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro	Romagnoli, <i>et al.</i> , 2017	- / 2017	F	Psicologia - Dr.	Sudeste e Nordeste	NIR e Centro pop	Pesquisa-intervenção. Diário de Campo. Perspectiva esquizoanalítica.
15. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará	Cardoso, Oliveira e Piani, 2016	Comitê 2013/ 2016	F	Psicologia – Dr.	Norte	Caps	Cunho discursivo e etnográfico. Perspectiva construcionista. Observação participante. Pesquisa documental. Entrevistas semiestruturadas.
16. Grupo de Convivência em Saúde Mental: Intersetorialidade e trabalho em rede	Ferro, 2015	Jan. a fev. 2011/ 2015	M	Terapia Ocupacional – Dr.	Sul	Grupo de convivência.	Relato de experiência. Caráter exploratório. Entrevistas não estruturadas focalizadas. Análise dos dados da análise hermenêutico-dialética
17. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave	Carneiro, Aquino e Jucá, 2014	- /2014	M	Psicologia – Grad.	Nordeste	Caps ambulatório de Saúde mental	Análise de discurso. Método da história de vida. Entrevistas semiestruturadas.
18. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	Scheffer e Silva, 2014	2012/ 2014	F	Serviço Social – Dr.	Norte	Caps	Entrevistas semiestruturadas
19. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos	Pereira, Sá e Miranda, 2014	Comite 2012/ 2014	F	Psicologia – Me.	Sudeste	Caps i	Reconstrução de Itinerário Terapêutico e das Narrativas de Vida. Referência teórica o psicanalista RenéKaës
20. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool	Marques e Mângia, 2013	Jan. a mar. 2009/ 2013	F	Terapia ocupacional - Me.	Sudeste	Caps AD	Perspectiva etnometodológica . Revisão bibliográfica. Pesquisa documental.

							Entrevistas Semiestruturadas. Grupo focal. Observação participante e diário de campo
21. Quartas Intenções de um Programa de Rádio como dispositivo em Saúde Mental	Lewis, <i>et al.</i> , 2013	Abril a maio 2011/ 2013/	F	Psicologia – Esp.	Sul	Serviços de saúde mental de um Grupo Hospitalar	Entrevistas orientadas pela metodologia de “História de Vida”
22. Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais	Azevedo, <i>et al.</i> , 2012	2010/ 2012	-	-	-	-	-
23. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia	Ferreira, Pereira, 2012	2008/ 2012	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos artigos pré selecionados e selecionados.

4.2 SOBRE QUEM SE ESCREVE

Todas as pesquisas identificaram, de alguma forma, o público participante dos estudos. Contudo, uma parte significativa dos artigos revisados apresentou caracterizações frágeis dos participantes. O quadro que compõe o instrumento utilizado para a coleta de dados revela uma falta de informações pertinentes sobre esses sujeitos. Como na análise de conteúdo (Bardin, 2016) é crucial considerar tanto as informações explícitas quanto as implícitas, aqui discutimos esses aspectos.

Das vinte e uma pesquisas incluídas na revisão, doze estudaram usuários dos serviços, cinco focaram nos trabalhadores, duas abordaram tanto usuários quanto trabalhadores, e duas envolveram familiares. Os próximos tópicos serão dedicados a esses grupos específicos.

4.2.1 Trabalhadores

As pesquisas que incluíram trabalhadores apresentaram uma caracterização superficial do perfil dos participantes, geralmente se limitando apenas ao cargo ou à classe profissional a que pertencem. Vale lembrar que os trabalhadores sempre tiveram um papel importante na saúde mental, tanto nas reformulações práticas como políticas:

um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (Brasil, 2001, p. 12).

Das sete pesquisas envolvendo profissionais, quatro tratavam de profissionais e gestão (Pereira; Guimarães, 2019; Tano; Matskura, 2019; Silveira; Dias, 2018; Elabão *et al.*, 2017), entre elas, duas com especificidades do serviço social (Pereira; Guimarães, 2019 e Silveira; Dias, 2018). Das três pesquisas restantes, uma envolvia profissionais de equipe de referência (Santos; Kind, 2019); uma com equipe de atendimento a pessoa em situação de rua e Nir (Romagnoli, *et al.*, 2017) e uma com profissionais do Caps (Scheffer; Silva, 2014)

Contudo, dada a falta de caracterização, fomos atrás das entrelinhas. Uma das primeiras respostas encontradas estão nos pronomes utilizados nas pesquisas. Em Scheffer e Silva (2014), o pronome utilizado indica que todas as profissionais entrevistadas são mulheres. “Sobre o ponto de vista dos profissionais acerca do Caps ser o regulador da porta de entrada para a rede de atenção à saúde mental, as profissionais 1, 3, 4 e 5 (...)E a profissional 2 declarou (...)”. Em Pereira e Guimarães (p. 193) também é possível identificar que a maioria dos profissionais é mulher: “O que mudou com a RIA é que eu passei a conhecer as minhas colegas (Assistente social – SUS 2 *apud* Pereira; Guimarães, p 193).”

Mas afinal, saber se são mulheres importaria? Segundo a literatura, a ocupação socioprofissionais das mulheres apresentam particularidades. Assim como também importaria saber a cor desses trabalhadores, num país historicamente marcado pelo racismo:

[...] existem algumas feridas identitárias, o que pode levar as profissionais ao adoecimento físico, psicológico, entre outros agravantes, tais como, a desmotivação por parte dos profissionais negros, em decorrência do racismo institucional e estrutural, podendo impactar diretamente no rendimento de seu trabalho (Madaina; Falcosckia, 2021, p. 249).

Outras informações igualmente importantes, como o tipo de vínculo desses profissionais e sua qualificação, são elementos cruciais para análise. No entanto, essas informações não foram encontradas nos artigos revisados. Em termos práticos, uma das pesquisas indica a falta de capacitação dos profissionais de saúde mental e como isso pode fragilizar as articulações no campo da saúde mental.

os profissionais devem ter urgentemente uma capacitação para o entendimento da porta de entrada dos serviços substitutivos; a busca da qualidade profissional pode ser a solução para o problema do funcionamento da rede de serviços da saúde mental (Scheffer; Silva, 2014, p. 380).

Não concordamos com a existência de uma única solução para o problema da porta de entrada da saúde mental, e as próprias autoras do texto acima também mencionam outros elementos. No entanto, a qualificação profissional pode ser uma estratégia importante a ser utilizada. A ênfase dada à qualificação profissional em Scheffer e Silva (2014) pode estar

relacionada ao contexto em que o artigo foi escrito. A Rede Psicossocial (RAPS) foi estabelecida em 2011 pela portaria 3.088 (Brasil, 2011), como já amplamente discutido. A pesquisa de 2014, teve a coleta de dados em 2012, apenas 1 anos depois da criação da implementação da Raps, o que pode justificar certa confusão na concepção de rede e da própria RAPS pelos profissionais e pelas próprias autoras.

Indícios dessa confusão incluem chamá-la de rede de atenção à saúde mental, quando a RAPS foi criada como Rede de Atenção Psicossocial, e utilizar o plural “redes” ao se referir aos pontos de atenção da RAPS (Scheffer e Silva, 2014, p. 375 e 381). Esses elementos indicam que, mesmo após a implementação da Raps, ainda havia um trabalho de legitimação e propagação de sua concepção entre os envolvidos.

Na pesquisa de Pereira e Guimarães (2019, p. 193), por exemplo, as autoras contam a história de um projeto implementado no Piauí, chamado Rede Instituições e Articulação. O projeto vai na direção de consolidação da Saúde Mental, que foi fruto de experiências e capacitações propiciadas pelo Ministério da Saúde:

Cabe ressaltar que a proposta da RIA surgiu após uma das assistentes sociais do CAPS participar do Projeto Percursos Formativos do Ministério da Saúde, a partir do qual a mesma realizou, no ano de 2015, um intercâmbio no município de Umu das Artes, localizado em São Paulo, que tinha experiências exitosas em relação à consolidação da RAPS e a atuação em rede, juntamente com outros profissionais de serviços da saúde mental de todo o Piauí.

O que aparece é que qualificação profissional, para além do querer dos profissionais, depende da vontade política/gerencial e de recursos que propiciem a qualificação profissional. O que não parece ser a realidade de todos cenários dos serviços em saúde mental. Na pesquisa de Eslabão, Coimbra e Kantorski, *et al.* (2017, p. 87) com gestores de USF no RS, os mesmos apontam que os profissionais trabalham com a precariedade de recursos humanos, de estrutura física e de insumos básicos para o trabalho cotidiano. Nas falas de uma das gestoras:

“Eu acho que têm possibilidade de um trabalho muito bom, mas ainda o que eu vejo muito ainda uma necessidade muito grande de apoio aos profissionais que trabalham nesta rede [...] Pra desenvolver um trabalho, bons oficinairos, material a disposição não adianta eu ter um profissional e o profissional não ter como trabalhar né.” (G3, *apud* Coimbra; Kantorski, 2017, p.83).

Na pesquisa com os Caps i, na região Sudeste, os dados quantitativos demonstram desproteção desse serviço a população, tendo uma abrangência populacional desequilibrada entre localidades e insuficiente na cobertura (Taño; Matsukura, 2019). Nesse sentido, apesar da pesquisa não caracterizar o trabalhador e as condições de trabalho em si, indicam uma sobrecarga na demanda. Assim, afirma-se que a equipe dos caps i “encontram-se sem a

capacidade devida para acompanharem todas as demandas e especificidades do território” (Taño; Matsukura, 2019, p.21).

Numa possível busca do equilíbrio entre não “vitimizar” e não “culpabilizar” o exercício profissional, as autoras Scheffer e Silva (2014) pareceram concordar com Bredow e Dravanz (2010, p. 23) ao citá-las, fornecendo, nesse caso, exclusivamente ao assistente social, a ideia de que não há justificativa para a não realização do exercício profissional:

“Sabemos que diariamente o trabalho profissional esbarra nos limites das políticas públicas e na falta de estratégias de articulação do trabalho em rede, além de outros empecilhos como falta de estrutura física e de acesso dos serviços. Os mesmos, entretanto, não se tornam justificativas para a não realização do exercício profissional.”

Contudo, como não perceber esses profissionais também engendrados numa lógica que quase os ceifa as possibilidades dessa “realização do exercício profissional”? Quais realizações são essas? Para Martins (2015, p. 110) o que se assume, nas condições e requisições do Estado, são realizações competências e habilidades relacionadas a adaptabilidades e produtividade do trabalho:

Na iminência da catástrofe do não atendimento, os assistentes sociais transformam-se em máquinas – de atendimento, de números, de preenchimento de cadastros – na tentativa de atender e responder às necessidades da população do território com o que dispõe. Resta-lhe quase nenhum tempo para a leitura, reflexões, planejamento das atividades, organização dos dados gerados pelos atendimentos, para pensar as ações para grupos específicos.

Além disso, como não comprometer a sua própria saúde mental, quando seu ambiente de trabalho também pode ser adoecedor? Uma das falas de uma profissional em Eslabão, Coimbra e Kantorski *et al.* (2017) também indica a fragilização da saúde do próprio trabalhador: “Em alguns momentos eu saio muito cansada emocionalmente eu precisava ter assim, um aporte do sistema e esse a gente não tem.” (G4 *apud* Eslabão, Coimbra; Kantorski *et al.* 2017, p. 87). Não diferente, a pesquisa de Romagnoli (2017, p. 162) indica como o trabalho influencia os trabalhadores pois “produz frequentemente o adoecimento dos profissionais, sobrecarga de trabalho e sentimento de impotência”.

Para fornecer mais subsídios, recorremos a uma recente pesquisa de mestrado realizado por Souza (2023), no Sul do Espírito Santo, sobre adoecimentos de assistentes sociais na região. Seus dados informam que mais da metade de assistentes sociais acreditam que seu trabalho prejudique sua saúde física e 85% acreditam que seu trabalho propicia o adoecimento psíquico.

Por fim, outro elemento identificado refere-se à diversidade dos trabalhadores e suas perspectivas sobre o fazer profissional dentro da saúde mental. Algumas pesquisas sugerem a

centralidade do profissional assistente social no exercício da intersectorialidade. Em Silveira e Dias (2018, p. 145), as autoras indicam que “Na dimensão técnico-operativa, a ação profissional do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental revela a maestria do Serviço Social na intersectorialidade”. Em Pereira e Guimarães (2019), uma das profissionais afirmam que o assistente social é a categoria que mais ocupa o espaço do fazer intersectorial: “Não tem pra onde correr, são as Assistentes Sociais que mais participam. Porque assim, os outros profissionais, não é que eles se desresponsabilizam, mas eles não se colocam nesse lugar de articulador, eles acham que é o Assistente Social que tem essa função dentro do serviço (Assistente Social – SUS 2 *apud* Pereira; Guimarães, 2019, p)”.

Outras pesquisas indicam que nem todos os profissionais trabalham sob a mesma orientação. Como destacado por Yasui (2006, p. 61, citado por Pereira e Guimarães), "Implantar um serviço com a 'marca' CAPS não implica automaticamente adesão dos trabalhadores e gestores aos princípios, diretrizes e novos paradigmas propostos". Uma das gestoras entrevistadas sinaliza sobre a dificuldade de consenso entre os atores envolvidos, conforme relato: "não temos profissionais suficientes e, quando temos, nem todos estão engajados" (g.4 *apud* Eslabão *et al.*, 2017, p 87). Esses elementos substanciais, caracterizados pela diversidade dos sujeitos (Giovanni, 2009), conferem particularidades à saúde mental.

4.2.2 Usuários e Familiares

Dos artigos selecionados, 16 deles envolviam pesquisa com usuários e familiares (Brito, *et al.*, 2023; Silva; Silva, 2022; Santos; Kind, 2022; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Soccol, *et al.*, 2021; Moraes; Zambenedetti, 2021; Braga; Pegoraro, 2020; Vieira; Pegoraro, 2020; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Santos, *et al.*, 2020; Ferro, 2015; Carneiro, Aquino; Jucá, 2014; Scheffer; Silva, 2014; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Marques; Mângia, 2013; Lewis, *et al.*, 2013).

Desses, 14 pesquisas identificaram o sexo dos participantes. Para Cisne e Santos (2018, p. 161), o recorte de gênero é fundamental, entendido “como dimensão relevante da vida dos indivíduos que tem implicações em suas condições de vida e de trabalho”. Sendo o perfil geral dos participantes majoritariamente de mulheres. As pesquisas que permitiram identificar com exatidão o sexo dos participantes, ao total, ouviram 88 mulheres, representando 63,5 % e 51 homens, com representação de 36,5%.

Algumas pesquisas foram conduzidas exclusivamente com mulheres. No entanto, na pesquisa de Brito *et al.* (2023), o objetivo inicial não foi focar exclusivamente em mulheres, conforme explicado nos critérios metodológicos:

Contudo, do conjunto de pessoas procuradas nos territórios de abrangência de duas equipes da ESF, somente foi possível identificar mulheres. Assim, este estudo teve por objetivo descrever sentidos, itinerários terapêuticos e vivências de mulheres com transtornos mentais e história pregressa de internação em hospitais psiquiátricos em relação à rede substitutiva de atenção à saúde mental (Brito, *et al.* 2023 p. 3).

Assim, apesar de o grupo estudado ser composto apenas por mulheres, os autores não investigaram as particularidades que esse público passa a apresentar. O desenho inicial do estudo não parece ter sido adaptado para que novas categorias pudessem aparecer. Além de todas as entrevistadas serem mulheres, é possível identificar que as relações tecidas também são majoritariamente femininas, como “a mãe”, “a psicóloga”, “a gente de saúde”, etc. (Brito, *et al.*, 2023).

Já em outro estudo também realizado exclusivamente com mulheres acerca dos itinerários terapêuticos de mães com sofrimento mental grave, é possível perceber a dimensão de gênero sendo tecida. Um dos exemplos sinaliza os abusos sexuais frequentes na internação: “Mas, eu era muito esperta assim, de ver segurança abusar, eu já vi segurança abusar de paciente (...) as vezes tem paciente que engravida dentro do hospital, os outros diz: -Ah, foi dos doidos! -Mentira! Porque quando você toma aquele remédio, você não tem vontade nenhuma de ter nada com ninguém!” (C2 *apud* Carneiro; Aquino; Jucá, 2014, p. 50).

Ser mulher traz ao indivíduo um lugar diferenciado na sociedade (Soares, 2008). Isso pode ser exemplificado também na pesquisa de Souza e Silva (2022, p. 62), quando dos três itinerários terapêuticos identificados na pesquisa com usuários do Caps, apenas o itinerário terapêutico da mulher estava todo atrelado ao seu companheiro. A entrevistada “conta que seu marido a acompanha na quase totalidade de seus itinerários, justificando se desagradar com olhares masculinos que Carolina possa receber na rua”.

Nessa pesquisa, que se deu com os usuários de um Caps em São Paulo, a autora traz a proposta da realização de um trajeto acompanhando o usuário numa rota que tenha significado para eles (Souza; Silva, 2022). Enquanto os entrevistados homens realizaram trajetos por espaços da cidade, o trajeto escolhido por Carolina seria o caminho até sua casa. Esse elemento nos dá a dimensão do lar como espaço “feminino” (Soares, 2008). Como se já não fosse suficiente o exemplo, o trajeto na pesquisa não ocorreu mesmo após combiná-lo pois Carolina “estava receosa de incomodar o marido, que necessariamente acompanharia o trajeto” (Souza; Silva, 2022, p. 63).

Em relação à cor dos participantes, apenas duas das vinte e uma pesquisas realizaram essa identificação Silva e Silva (2022) e Scheffer e Silva (2014). Nela 6 participantes eram pessoas negras, 4 brancas e 1 amarela. Apesar da ínfima quantidade de estudos que trataram

dessa característica, é possível perceber que uma parte significativa dos sujeitos estudados é composta por pessoas não brancas.

Enquanto Scheffer e Silva (2014) reconhecem que a condição de mulher negra também agrega um conjunto de estereótipos que geram “preconceitos e discriminações”. Em Souza e Silva (2022) a autora também indica que os dois participantes em condições mais graves de vulnerabilidade são pessoas negras, tornando palpável os efeitos do racismo estrutural.

O processo de adoecimento mental também parece ser internalizado pelos próprios usuários através dos preconceitos e estigmas que enfrentam. Termos como "doença mental", "louca", "doente mental", "anormal", "desequilibrada" e "perturbada" são destacados por Brito *et al.* (2023) como parte do repertório utilizado pelos usuários dos serviços, todos carregados de conotação negativa ao se referir ao adoecimento mental (Brito *et al.*, 2023). Além disso, o estigma associado à loucura é mencionado nas falas de pessoas que tentaram suicídio (Kind e Santos, 2022) e de usuários que abandonaram o tratamento no CAPS (Bandeira; Onocko; Campos, 2021, p. 102): “na percepção dos entrevistados, essas pessoas são vistas como dopadas, contidas fisicamente ou não recebem a devida atenção. Para usuários que criticam esse ambiente, torna-se difícil permanecer nele por longos períodos, mesmo que ainda necessitem do tratamento em alguns casos”.

Tanto com as mulheres com internação psiquiátrica, na pesquisa de Caneiro, Aquino e Jucá (2014), como em Soccol *et al.* (2021), com os usuários do Caps AD, é possível identificar traços de “maus-tratos, discriminação e preconceito”. Na voz dos usuários do Caps do Pará, a pesquisa de Cardoso, Oliveira, Piani (2016, p. 94) cita a fala de um usuário que teve sua internação psiquiátrica marcada pelo terror: “cheguei a apanhar lá porque eles, eles não sabem o que estão fazendo lá; fiquei horrorizado, a gente não é cachorro, não é animal” (usuário *apud* Cardoso, Oliveira, Piani, 2016, p. 94).

A idade dos participantes foi identificada em 12 pesquisas. Em 10 delas, foi identificado a idade exata. Dessas com números exatos, uma era de adolescente, de 17 anos. Já a média da idade dos entrevistados adultos foi de 42,7 anos. Das duas restantes uma foi média e a outra foi uma aproximação. Esse número também se aproxima média que encontramos. das quais uma apresentou média de 49,6 e a outra informou que 5 participantes estavam na faixa dos 40 anos, 2 na faixa dos 50 anos e 1 com idade inferior a 30 anos, respectivamente.

Sobre a ocupação dos participantes usuários dos serviços e familiares, essa dimensão esteve presente em 11 pesquisas. Delas, os achados apontam para a realidade de precarização dos espaços laborais em que os sujeitos usuários dos serviços de saúde mental estão inseridos. Os estudos indicam o desemprego, mercado informal, afazeres domésticos, economia solidária,

artesão e trabalho e manutenção de sítios. Nenhum desses participantes estudados encontrava-se no mercado formal de trabalho. A pesquisa com a participação de adolescente, a mesma encontrava-se fora do ambiente escolar.

Entre as pessoas que sofrem de uma doença mental formalmente reconhecida e aquelas que sofrem de “outras” condições de vulnerabilidade psicossocial, geradas pela pobreza, pela violência, pela insegurança e pelo abandono, pela emigração forçada, pela exclusão, havia de existir muitas coisas em comum: estigma, discriminação, violação de direitos. (Venturini 2009, p.205- 206).

Com base nos dados coletados a partir das pesquisas selecionadas, percebemos que os usuários dos serviços da saúde mental apresentam condições sociais, econômicas e culturais precárias. Essas formas de vulnerabilidade têm implicações no acesso a outras políticas sociais. Para Machado, (2009, p. 81) esse desacesso ocorre a partir de duas dimensões:

A primeira é “material”, pois a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi e continua a ser composta de sujeitos em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho. A segunda é “cultural”: o “louco” é (ainda) reconhecido como sujeito “estigmatizado”. Ainda é visto como “um outro ameaçador” que comete atos violentos, sua fala é “incoerente”, “alienada”, sendo muitas vezes considerado perigoso para a sociedade.

Esse elemento também apresenta inferência como a própria família vê o usuário. Apesar da condição socioeconômica desfavorável ser realidade da maioria dos usuários da Raps, a família pode exercer questionamentos se essa não é uma condição subjetiva: Mas por que nós trabalhamos, a gente vai atrás, ele nunca foi de trabalhar, ele nunca gostou de trabalhar. Então, eu acho que talvez ele faz um teatro para não encarar a vida sabe? Para não ir atrás [...]” (E4, *apud* Vieira; Pegoraro, 2020, p. 9).

Quadro 2: Relação dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa. Eixo “Sobre quem se escreve”

Título	Participantes	Sexo	Cor	Idade	Ocupação	Escolaridade	Serviço Matriz	Diagnóstico
1. Vivências na Rede Substitutiva, sentidos e Itinerários terapêuticos de mulheres com história de internação psiquiátrica	08 mulheres. Pessoas com internação psiquiátrica que consentissem em participar da pesquisa	08 mulheres	N.I	64, 40, 44, 43, 35, 54, 51 e 57	6 do lar e 2 sem ocupação	1 analfabeta, 5 fundamental inc., 2 ensino médio.	UBS	Esquizofrenia
2. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	03 participantes, frequentadores do CAPS por três vezes na semana, possuidores de passe livre, com vínculo com a pesquisadora	2 homens 1 mulher	02 negro s, 01 branco	59, 46 e 47	Trabalhador do bazar de economia solidária, sem fonte de renda, sem inserção formal no mercado		Caps AD	

					de trabalho.			
3. Itinerários Terapêuticos Percorridos por pessoas que tentaram suicídio	10 usuários que tentaram suicídio. Critérios: terem sido admitidos no hospital de EU, de 02/2017 a 04/2018 e tenha recebido alta pelo menos a quatro meses. 06 referências técnicas. 02 do Centro de Saúde, 04 do CAPS (CERSAM)	3 Homens, 1 transexual e 4 mulheres	N.I.	19 a 64 anos, com predomínio de faixa etária entre 20 e 30 anos.	Sudeste		H o s p . d e U E .	Tentativa de suicídio
4. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III)	8 pessoas que abandonaram o cuidado no Caps	4 mulheres e 4 homens	N.I.	21, 60, 50, 31, 51, 26 e 52	01 informa trabalhar 02 informam não trabalhar	N.I.	01 informa não estudar	01 Esquizofrenia, 01 crise de ansiedade, 02 tentativas de suicídio, 03 crises psicóticas, 01 crise de pânico e depressão
5. Itinerário terapêutico e assistência à saúde de usuários de drogas na rede de atenção psicossocial	14 usuários de álcool e outras drogas que estavam sendo assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD)	11 homens e 3 mulheres	N.I.	25 a 65 anos	13 desempregados e 1 aux. Doença	10 fund. Incom. E 01 ensino médio	Caps AD	Uso abusivo de álcool e outras drogas
6. As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental	04 pessoas com sofrimento psíquico, com histórico de internação psiquiátrica, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde	2 homens e 2 mulheres	N.I.	28, 45, 26 e 54	N.I.	N.I.	UBS	
7. Internação Psiquiátrica: O que as famílias pensam sobre isso?	10 familiares de pessoas em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com, ao menos, uma internação psiquiátrica	7 mulheres e 3 homens	N.I.	Média de 49,6 anos	Doméstica ou autônoma	5 fundamental inc. 3 ensino médio	Caps	Esquizofrenia (05 dos familiares)
8. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão	10 familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Maioria dos familiares era do sexo feminino	N.I.	Idade acima de 45 anos	Sudeste	N.I.	escolaridade baixa	Entrevistas semi estruturadas . Questionário de coleta de dados siodemoográficos.
9. Rede, instituições e	12 assistentes sociais e 2	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	Caps II e III. Serviço	Não se aplica

articulação: desafios e possibilidades para a intersectorialidade na política de saúde mental	membros da gestão de saúde mental						Residencial Terapêutico. Nasf. Maternidade Evangelina Rosa, Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu e Gerências de Saúde Mental do Estado e do Município – e da Política de Assistência Social: CRAS e CREAS.	
10. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos capsij da Região Sudeste do Brasil	35 gestores locais/coordenadores dos CAPSij e/ou técnicos indicados por estes	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	Caps IJ	Não se aplica
11. Saúde Mental na Atenção Básica: Experiência de matriciamento na área rural	42 mulheres e 24 homens com que faziam uso de medicação de controle	42 mulheres e 24 homens	N.I.	N.I.	Ocupação em afazeres domésticos e na manutenção do sítio	Baixa escolaridade	Nasf e USF	Relato de experiência. Registros nos prontuários e conhecimento dos trabalhadores sobre a população.
12. As Competências do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental	6 profissionais de Serviço Social, 05 gestores imediatos das equipes matriciadoras e um total de 11 profissionais das equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	Equipes de Apoio Matricial	Não se aplica
13. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidade	06 gestores de USF	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	USF	Não se aplica
14. Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro	Equipe do Nir em BH e equipe que trabalha com a população em situação de rua e liderança do mov. De população de rua em Natal	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	NIR e Centro pop	Não se aplica
15. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará	14 usuários cadastrados no Caps	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	Caps	Intenso sofrimento psíquico
16. Grupo de Convivência em	11 usuários do grupo	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	N.I.	Grupo de convivência	N.I.

Saúde Mental: Intersetorialidade e trabalho em rede							desenvolvido pelo dep. De terapia ocupacional.	
17. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave	06 mulheres em acompanhamento na SM	06 mulheres	N.I.	41, 33, 38, 44, 48 e 40	N.I.	N.I.	Caps e ambulatório de Saúde mental	Mulheres em sofrimento mental grave.
18. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	8 usuários do acervo do Caps	8 mulheres	4 negras, 3 brancas e 1 amarela	5 na casa dos 40, 2 com mais de 50 e uma com menos de 30	8 não trabalham	1 analfabeta, 2 ens. Fund. Incompleto, 2 ensino fundamental completo e 2 ensino médio completo	Caps	N.I.
19. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos	01 adolescente	01 mulher	N.I.	17 anos	Interrompeu os estudos	Ensino médio incompleto	Caps i	Bipolar
20. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool	08 usuários do serviço CapsAD	02 mulheres e 6 homens	N.I.	30 a 70 anos	4 trabalham no mercado informal	N.I.	Caps AD	Transtorno decorrente do uso do álcool
21. Quartas Intenções de um Programa de Rádio como dispositivo em Saúde Mental	02 usuários dos serviços de saúde mental do GHC e participantes do programa da rádio	02 homens	N.I.	30 e 28	01 Benefício por invalidez e 01 artesanato	01 Ensino superior completo e 01 ensino médio completo	Serviços de saúde mental de um Grupo Hospitalar	01 esquizofrenia e 01 uso abusivo de drogas

Fonte: Elaboração própria a partir dos artigos incluídos na Revisão integrativa

4.3 ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica esteve presente em boa parte das discussões dos artigos selecionados (Marques; Mângia, 2013; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Scheffer; Silva, 2014; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Romagnoli, *et al.*, 2017; Eslabao *et al.*, 2017; Silveira; Dias, 2018; Santos, *et al.*, 2020; Pereira; Guimarães, 2019; Vieira; Pregoraro, 2020; Moraes; Zambenedetti, 2021; Soccol, *et al.*, 2021; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Santos; Kind, 2022; Bito, *et al.*, 2023).

O texto de Santos *et al.*, (2018, p.5) reflete uma experiência em uma Estratégia de Saúde da Família de uma área rural e serve como apoio no exemplo de potencialidade desse espaço. No documento em questão os autores trazem o apoio matricial e a interação entre Nasf, ESF e a comunidade para a construção de educação em saúde com foco em saúde mental. Assim a Estratégia de saúde da Família foi espaço de promoção de saúde e prevenção de agravos de transtornos e sofrimentos mentais. Para os autores essa experiência “possibilitou a sistematização na entrega de psicofármacos na USF, ampliou a criação de ações na lógica do

cuidado coletivo por meio de grupos com diversos enfoques, e ainda favoreceu a integralidade e longitudinalidade do cuidado sob a lógica da prática colaborativa e interprofissional.”

Outra experiência específica em apoio matricial fora a de Silveira e Dias (2018) trazendo o debate das competências do serviço social nessa área. O estudo das autoras identificou que as demandas do assistente social no apoio matricial se relacionam ao planejamento e gestão de ações intersetoriais. Nesse sentido, as dimensões técnico-operativas, ético-políticas e teórico-metodológicas contribuem para ações intersetoriais na Atenção básica (Silveira; Dias, 2018).

Noutra direção, contudo, a pesquisa de Secheffer e Silva (2014) demonstra que há comprometimento no matriciamento. Ao mesmo tempo que os profissionais do caps percebem que as equipes da atenção básica enfrentam dificuldades e equívocos no trato em saúde mental, também há resistência do Caps em realizar o matriciamento dessas mesmas equipes. As autoras apontam que “essa realidade é encontrada nacionalmente, havendo uma forte resistência das equipes dos CAPS em dar a retaguarda para a atenção básica, pois essa estratégia é vista como mais uma tarefa a ser inserida na rotina desses serviços” (Severo e Dimenstein, 2011, *apud* Scheffer e Silva, 2014, p 385).

Em Bandeira e Onocko Campos (2021, p. 102) o “Em sua maioria, os usuários não percebem a UBS como local para cuidar de sua saúde mental de forma mais ampla, ou seja, para além das consultas e da prescrição de medicamentos.” De acordo com as autoras a atenção básica tem mantido uma atuação médico centrada. Da mesma forma em Ferro (2015) o autor enfatiza a necessidade de integração entre diferentes serviços e profissionais, sinalizando que a Atenção básica não deve apenas fazer encaminhamentos, mas compartilhar e articular ações e serviços intersetoriais.

4.4 CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

Dos vinte e um trabalhos analisados, quinze apresentaram dados primários relativos aos Centros de Atendimento Psicossociais. Apesar desse serviço estar previsto dentro da legislação como espaço privilegiado de atenção e coordenação da rede de saúde mental, os achados indicam que os caps apareceram menos que os hospitais psiquiátricos nos itinerários terapêuticos e análises intersetoriais nos artigos estudados. Essa informação não significa, obviamente, que o Caps está menos presente que o hospital no processo de saúde doença em saúde mental, mas evidencia que os artigos publicados, dentro dos critérios dessa revisão integrativa, os hospitais tiveram maior enfoque. Dos dados extraídos acerca do Caps, extraímos quatro eixos:

4.4.1 A articulação com outros serviços

Dentre os serviços da Raps, o Caps tem sido destacado como serviço com maior potencial de articulação. Isso não significa, contudo, que não há fragilidades nessa atuação, mas que dentro dos artigos abordados é desse equipamento que surgem as experiências mais bem articuladas (Soccol, *et al.*, 2021; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Eslabão, *et al.*, 2017; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Silva; Silva, 2022; Pereira; e Guimarães, 2019)

Um exemplo claro é a RIA (Pereira; Guimarães, 2019). A idealização foi de uma assistente social do Caps, assim como as experiências de construção do Fórum e espaços coletivos em saúde mental (Pereira; Guimarães, 2019) para discussão de casos, aproximação dos atores e pontos da rede. A experiência da RIA, por exemplo possibilita uma maior segurança no trabalho e articulação em rede entre os profissionais.

Ainda assim, as experiências analisadas trouxeram críticas a articulação do serviço a partir de várias experiências. Destacam-se os encaminhamentos feitos, por exemplo, a Atenção Básica em Bandeira e Onocko-Campos (2021) ou a Grupo de convivência em Ferro (2015) sem que qualquer articulação pregressa ou diálogo entre os serviços tenha ocorrido. Essas críticas se sustentam na afirmação que os encaminhamentos, por si só, se configuram apenas como repasse de responsabilidade. Sobre isso, Ferro (2015) traz alguns questionamentos:

Como praticar um PTS conciso, se a criação de estratégias de estruturação da vida do usuário se restringe ao encaminhamento pelos profissionais da saúde a uma instituição “etérea”? Como defender a construção conjunta de um projeto de vida, como proposta pelo PTS, entre profissionais da saúde, usuário e familiares, se sequer as atividades da instituição são conhecidas pelo profissional encaminhador? Como defender que o incipiente “trabalho em rede” apresenta maturidade técnica quanto à elaboração concisa de um PTS? Como sustentar que o encaminhamento realizado nestes moldes não é somente uma transferência descuidada de responsabilidades? E, finalmente, a pergunta que se faz propositiva de uma nova prática: Como garantir possibilidades de corresponsabilização entre os equipamentos?

Ainda no quesito articulação, o texto de Pereira e Guimarães (2019) traz o conceito de “CAPS-dependência” para explicar que, mesmo em condição de alta, um grande número de usuários não se desliga do serviço, pois não criou vínculos com outros serviços e/ou pessoas. Noutro exemplo também são trazidos os encaminhamentos, dessa vez realizado por outros dispositivos, ao Caps com solicitação de atribuições que não são Caps (Tãno; 2019). Para as autoras o problema implícito é a ausência de informações que os outros serviços possuem do Caps, pois, se houvesse de fato articulação, serviços distintos teriam clareza sobre as funções do caps.

O desconhecimento que o restante da rede tem dos objetivos e formas de atuação dos CAPSij parece indicar um mea culpa em relação aos processos de trabalho mais complexos, os quais o excerto anterior ilustra com exatidão e competência. Ponderando que grande parte dos serviços em tela traz mais de cinco anos de exercício, as dificuldades de interlocução se direcionam para os dois vértices da relação, salientando ainda tratarem-se dos parceiros mais frequentes, como assinala a questão (Tâno; 2019, p. 20).

Todas as críticas em relação à articulação são pertinentes; é fato que as ações intersetoriais estão fragilizadas, não só no Caps, mas na Raps como um todo. Mas o Caps como equipamento não é o único responsável pela articulação. Cabe também aos outros serviços que compartilham os mesmos usuários fomentar ações intersetoriais. A própria responsabilização de um único serviço pelo desenvolvimento de práticas intersetoriais compromete o conceito de intersectorialidade.

4.4.2 Cuidado e tratamento

Os trabalhos, em sua maioria, evidenciam, a partir das falas dos profissionais e usuários, o cuidado psicossocial como possibilidade de atenção em saúde mental com dignidade e humanização. Os artigos citam o vínculo dos usuários com os profissionais como elemento de fortalecimento da continuidade do tratamento. Ainda que haja relatos de insatisfação com os profissionais, em especial com o profissional médico, a maior parte dos estudos sinaliza que em comparação com os outros serviços, o Caps apresenta melhores avaliações dos usuários.

O Caps é uma inclusão onde tem a parte da terapia, do acolhimento psiquiátrico, enfermeiro e psicólogo. (Participante 2); no ambulatório psicossocial eu sinto amor por Dr. “N”. Na ASDITA†, eu gosto das atividades físicas e aqui na unidade eu gosto das reuniões com você que são ótimas. (Participante 1); eu gosto do CAPS* porque eles me tratam bem melhor do que minha própria família. (Participante 7) (Brito, *et al.*, 2023, p. 6).

Também há experiências de fortalecimento e criação de laços sociais a partir do CAPS (Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Marques; Mangia, 2013; Souza; Silva, 2021). Na pesquisa de Souza e Silva (2021), o usuário do serviço, Grilo, exemplifica em seu itinerário terapêutico como o CAPS se constitui como um espaço de trocas e vivências, contribuindo para a formação de vínculos sociais. Esses vínculos são transportados para outros espaços, como um time de futebol e saraus. O CAPS, nesse contexto, não é apenas um local de tratamento, mas um espaço de vida, que não se limita a um estilo de consultório, mas transcende os muros institucionais. As vivências derivadas do próprio CAPS são lembradas antes mesmo do serviço (Souza; Silva, 2021, p. 61).

Frequenta o CAPS na maioria dos períodos em que não está nestes projetos, tendo relações amigáveis com diversos usuários e técnicos do serviço. É integrante do time de futebol, e canta sempre músicas de rock e punk nos saraus, estilos dos quais é fã – motivo que o leva às cidades do interior de São Paulo, que registra em seu mapa, para frequentar “bons barzinhos de rock” com amigos. O CAPS é o último local que lembra de registrar, contando ter no serviço referência de onde ir quando se sente triste.

Nessa mesma direção o trecho de Marques e Mangia (2013 p. 440) revela como o acesso ao serviço afetou o usuário em sua relação consigo e com os outros.

Sobre o processo vivenciado após a entrada no serviço, são identificados resultados positivos em vários aspectos. Dentre estes, são mencionadas transformações significativas no próprio corpo. Além dos ganhos para a saúde, relatam que voltam a dar atenção às ações direcionadas ao autocuidado e aumento da 'autoestima', que possibilitam novas formas de se estabelecerem nos relacionamentos interpessoais.

Ao mesmo tempo, é possível identificar críticas e explicações sobre abandono ou fragilização ao tratamento no Caps. Motivos como atividades que não são interessantes para os usuários (Pereira; Sá; Miranda, 2014; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Moraes; Zambenedetti, 2021) e a não identificação com os demais pacientes são as principais queixas (Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Santos; Kind, 2022).

No caso estudado da adolescente Letícia em Tãno e Matsukura (2019, p. 2151), por exemplo, o estudo sinaliza que a adolescente não sente desejo de participar das atividades propostas pelo Caps. Já para os profissionais, o serviço já oferece o que é possível. As autoras questionam o modelo cronificado e engessado do cuidado:

Acerca dessa questão, vale retomar a fala de Letícia, que parece acreditar que o serviço poderia, por exemplo, organizar passeios, salientando que estar só no CAPSi “enjoa”. Sugere ainda es paços em que se possa jogar vôlei e queimado. Quando a adolescente expressa o desejo de “fazer outras coisas que não o tratamento”, entende-se que fala também da possibilidade de o CAPSi ser um espaço de construção de novos laços, de realização de outras atividades, um setting aberto à criação, menos homogêneo e mais permeável aos desejos, dificuldades e necessidades singulares dos sujeitos (Letícia *apud* Tãno; Matsukura, 2019, p. 2151)

Outro exemplo, a partir da experiência de sujeitos que tentaram suicídio, é que a não identificação com o CAPS (denominado de Cersam no estudo) ocorreu em razão da falta de identificação com os demais pacientes (Santos e Kind, 2022, p. 7):

Nove dos dez usuários entrevistados não se identificaram com o CERSAM. A maioria dos usuários afirmou que se assustaram ao chegarem nesse serviço, após serem encaminhados pelo hospital de urgência-emergência. Uma usuária afirmou que, posteriormente, adaptou-se. Sete dos nove entrevistados que não se identificaram com o serviço, não se identificaram com os demais usuários julgados por eles, como pessoas com quadros graves, muitas vezes agitados e agressivos. Mesmo a usuária com transtorno grave e persistente, como reportado em documento da psiquiatra apresentado por ela, durante a entrevista, não se identificava com os usuários do serviço. Uma usuária relatou: “Fui ao CERSAM, entendo sua preocupação, mas só

“... tinha gente doida. Pensei: o que a psicóloga achou que sou?” (U3, *apud* Santos; Kind, 2022, p.7).

A dificuldade de adaptação pode estar relacionada a rigidez do trabalho, uma vez que não se propõe atividades e espaços distintos para grupos distintos, conforme sinalizado anteriormente. Nesse sentido, construir coletivamente espaços que façam sentido para o usuário é necessário para a melhor participação, integração e adesão ao tratamento.

4.4.3 Condições materiais do serviço:

Os artigos estudados indicam problemas em relação as condições de trabalho, falta de profissionais, insuficiência e má distribuição dos serviços (Taño; Matsukura, 2019; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Eslabão, *et al.*, 2017; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Santos; Kind, 2022; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Scheffer; Silva, 2014). Esses problemas são percebidos por gestores, profissionais e usuários. A pesquisa com gestores no Rio Grande do Sul indicou, por exemplo, ausência de médicos para atendimento (Eslabão *et al.*, 2017). Já no Pará, em Cardoso, Oliveira e Piani (2016) os próprios usuários sinalizaram que a falta de médicos comprometeu seu processo de acompanhamento no serviço. Segundo o artigo, os usuários falaram que o “número de profissionais médicos atuando no Caps é baixo para a demanda, o que causa longa espera pela próxima consulta. Isso faz com que fiquem sem a medicação por um período de tempo, prejudicando o tratamento”.

A falta de recursos materiais compromete a própria possibilidade de articulação da rede, como o caso dos profissionais do Caps que têm comprometido o planejamento de visitas institucionais em razão da falta de carro (Pereira; Sá; Miranda, 2014, p. 1630) . Em alguns casos, os próprios profissionais tentam realizar contribuições a fim de minimizar as ausências de recursos. A falta de um dos usuários do Caps ilustra as dificuldades:

A dificuldade é que às vezes falta tudo dentro do CAPS, não é por causa deles (dos trabalhadores), mas por causa da prefeitura. Antigamente nós tínhamos massa, arroz, feijão, tinha tudo. E hoje não temos mais nada! Não tem nem pro café às vezes. Eles (trabalhadores) tiram do bolso deles. Quem tem que ter responsabilidade por esse tipo de coisa é a Prefeitura, não é o pessoal daqui de dentro. Isso aí que eu me revoltou às vezes, no mais é tranquilo. (P8 *apud* Pereira; Sá; Miranda, 2014, p. 1630)

A percepção de quem vivencia o chão do Caps reflete a condução da política de saúde mental no Brasil. Nunca é demais lembrar que o financiamento da saúde mental é inferior ao indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a OMS os gastos em saúde mental devem representar 5% do gasto total em saúde. Essa média no Brasil girou entre

2001 a 2012 em 2,3% a 2,5%, já em 2016 o orçamento em saúde mental chegou a sofrer 1,6%. Esse subfinanciamento crônico impacta diretamente na deteriorização dos serviços.

A tendência ao descomprometimento com o financiamento segue nos anos seguintes, como exemplificado por duas portarias emblemáticas, como demonstra Nunes *et al.* (2019, p. 4493):

Em novembro de 2018, a Portaria GM 3.65936 suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de dispositivos da RAPS, com alegação de que não estão repassando informações da produtividade, gerando um desfinanciamento de mais de 77 milhões ao ano; enquanto a Portaria GM 3.71837 exige, pela primeira vez, a devolução de recursos repassados e supostamente não executados, retraindo em mais 43 milhões o orçamento da RAPS.

Sobre o gasto público Salvador (2012) nos avisa que essa luta se representa mais do que meramente sob o ponto analítico econômico, mas também, e sobretudo, é reflexo da orientação política administrativa do Estado. No caso da saúde mental essa luta tem sido em direção ao desfinanciamento dos serviços substitutivos e no retorno aos hospitais.

4.5 INTERNAÇÃO E HOSPITALIZAÇÃO

Acerca da temática internação hospitalar em saúde mental, percebe-se que das vinte e uma pesquisas estudadas, dezoito fazem referência ao espaço hospitalar nas análises sobre sua relação com a intersetorialidade e articulação com a rede ou como dispositivo acionado pelos usuários em seus itinerários terapêuticos.

Dentro dessa categoria, encontramos cinco tendências percebidas a partir dos estudos:

4.5.1 A experiência do hospital como primeiro ponto de procura do usuário ou familiar ao tratamento em saúde mental

O hospital é muitas vezes o primeiro acesso do usuário aos serviços de saúde de pacientes com histórico de internação (Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Santos; Kind, 2022; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Soccol, *et al.*, 2021). No estudo realizado por Santos e Kind (2022) com pacientes com história de tentativa de suicídios, seis entre dez usuários iniciaram o itinerário terapêuticos a partir do hospital de urgência e emergência. Bandeira e Onocko-Campos (2021) sinalizam que mesmo após a implementação do Caps se percebe que é comum que a porta de entrada dos usuários na saúde mental permaneça sendo o Hospital.

Bandeira e Onocko-Campos (2021, p. 9) sintetizam essa relação a partir de dois fatores de análise: a tendência da hospitalização, herdada de anos de cuidado em saúde mental focado

nos manicômios e a tendência da busca de atenção em saúde mental somente a partir de situações de crise e agudização do sofrimento: “O hospital foi a porta de entrada da maioria dos usuários, o que reforça o modelo hospitalocêntrico de atenção, confirmando que o usuário recebe ajuda no momento em que o comportamento suicida já está por demais escancarado”.

4.5.2 Experiências negativas em relação à hospitalização, relacionadas a medicalização, a contenção, ao afastamento familiar, ao sofrimento, e a despersonalização.

Fora comum nos trabalhos que relacionaram a internação em saúde mental, quer seja a partir de hospitais gerais, urgência e emergência ou hospitais psiquiátricos, à episódios negativos (Soccol, *et al.*, 2021; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Santos; Kind, 2022; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Moraes; Zambenedetti, 2021; Scheffer; Silva, 2014). Relatos fortes colhidos por mulheres em internação psiquiátrica na pesquisa de Carneiro, Aquino e Jucá (2014, p. 49), sugestionam, inclusive, a violação de direitos humanos, violência e maus tratos.

“fiquei doida como diz o pessoal né? Surtei e aconteceu um monte de coisa, fui internada no sanatório, um técnico de enfermagem me agrediu pra me amarrar sozinha, muntou em mim, quebrou meus ponto da cesariana, eu sofri muito.” (C6). Nas falas das entrevistadas pode-se perceber que as memórias das internações em manicômios são marcadas por sentimentos de medo e desamparo, bem como por experiências de violência e despersonalização: “(...) é a de que eu estava as sim, num lugar de pânico to tal. Um sanatório, que é re almente desumano. (...) eu tinha a sensação de que era algo da época de Hitler. Algo assim, você chega e as pes soas estão deitadas nuas, jogadas, e os gritos a noite, e eu não suportava os gritos a noite. Meu deus, eu tinha um medo horrível, tinha um medo, eu tive medo.” (C4 *apud* Carneiro, Aquino; Jucá, 2014, p. 49)

Moraes e Zambenedetti (2021, p. 922) ao analisar a tecnologias relacionais no tratamento em saúde mental traz a reflexão que cai muito bem ao pensar no hospital que se constitui tantas vezes tão presente no atenção em saúde mental:

Modos “duros” de se lidar com a saúde mental foram enunciados por muitos participantes a respeito do internamento, sendo que nenhum dos participantes relatou uma percepção positiva de sua estadia na ala psiquiátrica do hospital geral. Ou seja, apesar de serem atendidos, não necessariamente se sentiram cuidados. fonte

Apesar de também haver entre os entrevistados falas de gratidão a esse espaço, como em Bandeira e Onocko-Campos (2021), é inegável a esmagadora quantidade de relatos negativos em relação a esse espaço, devendo ser, necessariamente, repensado.

Somado a isso são registradas múltiplas internações (Vieira; Pegoraro, 2020; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Bandeira; Onocko-Campos, 2021). Os

estudos revelam a tendência de internações que variam entre uma até seis. Mesmo a seleção para a revisão integrativa incorporar estudos com recorte temporal a partir de 2011, persiste a tendência de hospitalização recorrente.

4.5.3 Suporte em episódios de crises e em percepção de necessidade

Nos artigos estudados foram encontrados relatos do acionamento do hospital, quer seja por familiares, usuários e profissionais, como ferramenta de contenção de crise ou em momentos de necessidade de cuidado Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Santos; Kind, 2022; Bandeira; Onocko-Campos, 2021).

Em Brito *et al.* (2023, p. 8) por exemplo, os autores sinalizam que a família recorre a internação psiquiátrica como estratégia tanto do cuidado do paciente como para o próprio cuidado de si:

“A busca de internação psiquiátrica, com frequência, é decorrente da exaustão familiar na convivência com a pessoa com transtorno mental, para que os cuidadores possam recuperar as forças, protegendo os indivíduos de maus-tratos, mesmo que inconscientes, decorrentes do esgotamento familiar”.

Em outro caso, a avaliação da equipe do Caps pode sugerir a internação e a família não concordar, como a experiência citada em Bandeira Onocko-Campos (2021, p. 98):

A equipe insistia em internação no Caps, mas a família não concordou. Durante o tempo que frequentou, houve estabilização do quadro, mesmo sem internação. O Caps tentou outras intervenções, porém a usuária não se sentia bem no ambiente. Após o encaminhamento para a UBS, houve descontinuidade do cuidado e do uso de medicamentos. Nádia demanda cuidado sistematizado, como prevenção para evitar a crise. Após o abandono do cuidado no Caps, houve duas novas tentativas de suicídio com internações no hospital geral.

Por outro lado, também foram registrados casos em que o paciente do Caps sinaliza o desejo pela internação e a equipe sugere formas diferentes de tratamento:

“Os tratamentos não foram ruins não, eu que não me identifiquei com a ajuda. Foi tudo ótimo, excelente, faltou da minha parte. Não me identifiquei em ficar no tratamento que me propuseram, preciso de internação, ter que voltar para rua à noite é ruim... Na rua não tem nada, só droga” (U2, *apud* Santos;Kind, 2022, p. 5).

Esses exemplos ilustram a complexidade da internação em saúde mental como recurso de cuidado, que envolve desejos e percepções variadas entre os indivíduos envolvidos. Para melhorar o cuidado aos pacientes, é essencial estabelecer de forma clara os fluxos, critérios e opções de atenção na Raps. Além disso, quando a internação não é indicada, é crucial que diferentes equipamentos e serviços, não apenas na área da saúde, mas também em outras

políticas públicas, sejam acionados e articulados para garantir a atenção e proteção adequadas aos usuários.

4.5.4 Indicativos de encaminhamento aos demais serviços da rede no pós alta

Foi percebido que os hospitais são responsáveis por grande parte dos encaminhamentos aos serviços da Raps, em especial ao Caps (Soccol, *et al.*, 2021; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Santos; Kind, 2022; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Tãno; Matsukura, 2019). Em pesquisa com usuários de substâncias psicoativas é indicando, inclusive, que os hospitais realizam mais encaminhamentos do que a própria atenção primária, sobre isso Soccol, *et al.* (2021, p. 1629) contribuem:

O itinerário terapêutico dos usuários na RAPS revela que a peregrinação até o CAPS ocorre por meio de serviços de internação hospitalar e de comunidades terapêuticas, o que aponta para a ausência desses encaminhamentos pelos profissionais dos serviços de atenção primária à saúde.

Contudo o encaminhamento não necessariamente se configura como prática intersetorial, pois os estudos destacam os hospitais com frágil capacidade de articulação (Moraes; Zambenedetti, 2021; Pereira; Guimarães, 2019; Santos; Kind, 2022; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Ferro, 2015). Em razão dos contornos totalitários das instituições hospitalares, as reuniões de disseminação de ações intersetoriais têm pouca participação desses profissionais mesmo em territórios com tradição de cuidado intersetorial (Pereira; Guimarães, 2019).

4.6 REDE SOCIAIS DE APOIO

Por redes sociais de apoio, utilizaremos o conceito de Gonçalves e Guará (2010), que sinalizam a existência de múltiplas redes que coexistem e relacionam-se. Essas redes, contudo, nem sempre se apresentam como harmônicas, mas nas suas múltiplas formulações estiveram presentes em parte expressiva dos artigos estudados (Ferro, 2015; Eslabão, *et al.*, 2017; Carneiro; Aquino; Jucá, 2014; Vieira; Pegoraro, 2020; Bandeira; Onocko-Campos, 2021; Silva; Silva, 2022; Santos; Kind, 2022; Pereira; Sá; Miranda, 2014; Eslabão, *et al.*, 2017; Soccol, *et al.* 2021; Romagnoli, *et al.*, 2017).

Aqui chamaremos de rede de apoio primária os vínculos afetivos e protetivos dos usuários na construção de seus itinerários terapêuticos. As redes primárias são compostas de '[...] relações de parentesco, de amizade ou de vizinhança, e estão fundadas sobre a

reciprocidade e a confiança' (Souza; Souza; Tocantins, 2009, p. 355). Um dos principais pontos da rede de apoio dos usuários é seus familiares.

Sobre essa rede, o que se percebe é uma ambivalência das relações. No estudo de Carneiro, Aquino e Jucá (2014), as usuárias do serviço de saúde mental explicam a dinâmica familiar: 'num é que minha família me destratasse depois que eu fiquei doente. Mas, houve muito desencontro de informação e de ideais que ainda acontece na sociedade em si.' (C6 *apud* Carneiro; Aquino; Jucá, 2014)", assim também outro exemplo: 'Assim como nós, as pessoas e os familiares aprendem a lidar com a gente, a gente aprende a lidar com os familiares. No meu caso, eu penalizava meu esposo, depois a segunda vítima era minha filha e por último, eu.' (C3 *apud* Carneiro; Aquino; Jucá, 2014)".

Foram observados casos de relações familiares fragilizadas, como em Brito, *et al.* (2023, p. 6):

(Você já me falou que trabalhava muito, com muitas coisas e seu marido não trabalhava, certo?) - Ele só fazia me maltratar aquele miserável. (Participante 1); Só Deus sabe se ela é minha mãe porque ela me trata pior do que certas madrastas ... tudo isso me ajuda para eu ficar deprimida, com nervoso, depressão (participante 1 *apud* Brito *et al.* 2026, p. 6).

No sentido oposto, os familiares de usuários também foram ferramentas potentes de estímulo ao cuidado em saúde mental. Na pesquisa de Cabral *et al.*, (2022), com pacientes com história de tentativas de suicídio seis usuários citaram a família como “uma saída e estratégia para continuar vivendo” (p. 8).

Em outros casos alguns profissionais responsabilizam a família pelo insucesso ou fragilização do tratamento, como no caso abordado por Scheffer e Silva (2014, p. 384).

O usuário volta para o CAPS II de Palmas, porque seus familiares não [o] ajudam a tomar o medicamento corretamente, deixam por conta do paciente, e o paciente não tem a possibilidade, ainda, de se cuidar sozinho e a família tem um papel grande sobre este usuário. E acho também que a família faz parte da rede, por isso tem [de] haver com a rede esta entrada e saída do usuário no CAPS e no ambulatório. (Profissional entrevistado 5, *apud* Scheffer; Silva, 2014, p. 384).

Outros laços sociais também são identificados como suportes importantes. Em Gonçalves e Guará (2010), a rede sociocomunitária também assume um papel de proteção, no caso estudado por Ferro (2015, p. 493), tanto o grupo de convivência como a instituição religiosa que a usuária frequenta são elementos dessa rede:

"Entrevistadora: 'E agora que não está tendo o grupo de convivência, que está em período de férias, como está sua rotina de passeio, de lazer, de convivência?' S8: 'Tá muito baixa. A única coisa que eu estou fazendo de bom é que ir com a T. na Federação Espírita. Mas deu uma decaída, bastante! Até agora, quando começar o grupo de

convivência eu vou tá meio perdidona, assim, de novo, não sei...' (S8 *apud* Ferro, 2015, p. 493"

Ainda sobre a rede sociocomunitárias, em Viera e Pregoro (2020), os familiares de usuários buscaram na religião explicações e conforto para o enfrentamento do processo de adoecimento: Procurar ajuda em instituições religiosas para que os usuários não fossem mais internados foi a solução encontrada por esses familiares, que afirmaram melhora no quadro. Sobre isso, Budini e Cardoso (2012) afirmam que as instituições religiosas podem oferecer amparo para as famílias, uma vez que oferecem um suporte social por meio dos membros da comunidade onde encontram compreensão e legitimação do sofrimento vivido. Outros autores também colaboram sugerindo, contudo, que os profissionais tenham o cuidado a trabalharem em mediações a fim de que essas convicções não tragam sentimento de culpa aos usuários (Iglesias, *et al.*, 2016).

Sobre a redes sociais movimentalistas poucas referências foram feitas, em Scheffer e Silva (2014, p. 387) exemplos de tentativas de acesso a esses espaços foram sinalizadas, mas de maneira frágil e com consequente desvinculação dos usuários:

Eu não participo dos movimentos sociais porque muitos que tentei entrar, as pessoas me chamaram de doida e tem preconceito e isso mim deixou muito triste e para eu não piorar da minha doença mental, eu saí e até xinguei eles todos. O Movimento social era sobre os moradores do meu bairro. (Usuária entrevista da 1 *apud* Scheffer; Silva, 2014, p. 387)

Usuária 8 relatou: Eu nunca fui chamada para participar de nada, os movimentos sociais que eu gostaria de participar são aqueles que falam sobre a minha doença e sobre a saúde, mas nunca chamaram, até passeata de político eu gostaria de participar, mas nunca me chamaram, sou inútil. (Usuária entrevistada 8, *apud* Scheffer; Silva, 2014, p. 387)

Sobre essa rede movimentalistas, o artigo de Pereira e Guimarães (2019, p. 20) sinaliza em uma das falas das profissionais a ausência de movimentos em espaços como as reuniões da Rede, Instituições e Articulação (RIA):

Se a gente for pensar, os usuários não participam nas reuniões da RIA, né? Qual o coletivo de usuário que nós temos? Nós não temos nenhum coletivo de usuários de CRAS nessa história, nós não temos nenhum coletivo de usuários dos CAPS, nós não temos nenhuma entidade representante de moradores do território, tá entendendo? Então, assim, nós não temos essa participação da sociedade civil mesmo, que seria o ideal (ASSISTENTE SOCIAL - SUAS 2 *apud* Pereira; Guimarães, p. 20).

O que se percebe é que a rede de proteção dos usuários pode ter muitas configurações. Nesse sentido, assim como Vidal e Gontijo (2013), percebemos a necessidade que as políticas públicas, incluam o suporte familiar, assim como a rede social, como parte essencial do cuidado, sendo recomendado para aprimorar os resultados no tratamento em saúde mental.

4.7 INTERSETORIALIDADE E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: Explorando a Jornada que Revela a Intrasetorialidade na Saúde Mental

Todos os outros eixos narrados até aqui traduzem, em alguma medida, o processo de intersectorialidade e os itinerários terapêuticos dos usuários da Raps. Os subitens anteriores trouxeram a materialização de como a intersectorialidade foi tecida pelos profissionais e vivenciada pelos usuários em cada ponto de atenção, rede ou política pública. Os itinerários terapêuticos estão refletidos nos caminhos, locais de chegada, nas vivências, sentidos e permanência (ou não) dos usuários da Raps em direção ao cuidado em saúde mental.

Esse subitem traz, de forma mais cuidadosa, as reflexões sobre a articulação na rede e sua relação com a intersectorialidade e itinerários terapêuticos a partir dos trabalhos analisados, numa relação dual entre o conceito e a prática.

É consenso entre os artigos o papel importante das ações intersectoriais para efetivação de cuidado integral. Nesse mesmo sentido, para Lewis, *et al.* (2013), os itinerários terapêuticos buscam reconfigurar a forma de lidar com o sofrimento psíquico, dando ênfase não na doença, mas no sujeito e na sua relação com a sociedade. Tal qual a intersectorialidade, busca a superação da fragmentação entre biologia, sociabilidade e subjetividade, na direção de projetos terapêuticos que reconheçam o papel ativo da pessoa na busca pela sua saúde.

De maneira geral, alguns autores sinalizarem os itinerários terapêuticos como escolhas tomadas pelos indivíduos na busca pelo seu processo de saúde. Em Marques e Mângia (2014, p. 435), por exemplo, a definição de itinerários terapêuticos de configura dessa forma: "Os estudos sobre itinerários terapêuticos objetivam conhecer os processos pelos quais os indivíduos 'escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados tipos de tratamento'".

O que observamos, contudo, é que esse itinerário terapêutico passa por condicionalidades. Essas condicionalidades são refletidas, por exemplo, na grande maioria de usuários da Raps entrevistados não possuírem vínculos empregatício ou renda fixa. Isso dificulta a participação em passeios promovidos por Grupos (Ferro, 2015) e no deslocamento a determinado setor de saúde (Romagnoli, *et al.*, 2017) por exemplo. Em outros momentos, essas condicionalidades estão direcionadas pela própria organização dos serviços, que oferece uma única estratégia de cuidado em situações de crise (a saber, a internação) (Pereira; Sá; Miranda, 2014; Cardoso; Oliveira; Piani, 2016); ou na oferta de uma única forma de cuidado no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: a abstinência (Marques; Mângia, 2013); ou na rigidez do acesso ou no processo de que dificulta que o usuário adentre ao serviço (Zambenedetti, 2021).

Utilizando Massé (1995) e Gerhardt (2009), vemos a complexidade do se chama “escolha”, para os autores esse processo deve ser compreendido dentro de um contexto, num movimento em que o percurso individual se entrelaça com as possibilidades e direcionamentos existentes. Sobre isso, concordamos com Carneiro, Aquino e Jucá (2014, p. 55) ao analisar os itinerários terapêuticos de mães com sofrimento mental grave: “Do contato com as histórias de vida narradas pelas colaboradoras, observa-se que antes de ser uma escolha o IT trilhado dialoga muito mais com a ideia de uma construção possível para o momento e a situação de cada uma”.

Assim como os itinerários terapêuticos, a intersectorialidade também vai assumindo contornos diversos dentro dos estudos. Se por um lado existe consenso na importância da articulação em rede nas práticas em saúde mental, por outro lado, as ações intersectoriais vão tendo fragilidades e potencialidades distintas, especialmente se considerarmos os níveis de atenção em saúde, conforme visto nos subitens acima.

Nos dois trabalhos que se propõe a estudar crianças e adolescentes e sua relação com a intersectorialidade (Tãno; Matsukura, 2019; Pereira; Sá; Miranda, 2014, p. 2149) e se percebe que pouca articulação em rede se faz na direção do cuidado com outros pontos de atenção:

De maneira geral, a atuação dos profissionais não envolve ações de intersectorialidade e trabalho no território dos usuários. O contato com outros serviços se dá basicamente por encaminhamentos escritos e levados pelos usuários, não havendo trabalho de apoio matricial, por exemplo. Não estão previstos, ainda, encontros com escolas, Conselho Tutelar ou outras instâncias formais ou informais ligadas ao público infanto-juvenil. Pereira; Sá; Miranda (2014, p. 2149).

Os itinerários terapêuticos são efetivados por meio de ações intersectoriais que envolvem a participação ativa de diversos atores sociais e setores. Isso inclui práticas que vão além dos espaços de saúde tradicionais, englobando uma rede intersectorial que reconhece a complexidade da vida humana e promove o cuidado integral. Mas, mais uma vez, percebemos que a intersectorialidade também é atravessada por condicionalidades, como as que se referem à materialidade das condições de vida, como os vínculos empregatícios:

O trabalho em rede, enquanto prática, é balizado por microrrelações que vão se estabelecendo paulatinamente entre pessoas. A relação de confiança interinstitucional, a elaboração conjunta de projetos e ações, e a história estabelecida entre pessoas e instituições são potencializadas quando forjadas também de maneira longitudinal e, para tanto, necessita de relações e vínculos empregatícios que possam proporcionar sua manutenção longitudinal (Ferro, 2015, p. 294).

Outro exemplo importante a ser considerado nas análises de política social, segundo Arretche (2001), é pensar no envolvimento de atores diversos que podem ter percepções distintas. Essa é outra condicionalidade que se apresenta na articulação em rede em saúde

mental. Percebido por: "Os desafios para a efetivação de ações intersetoriais incluem a necessidade de integração entre os diferentes serviços e setores que compõem a rede de atenção à saúde". Eslabão *et al.* (2017, p. 88-89) também exemplifica esse processo:

Existe uma resistência muito grande das unidades de saúde de estratégia de saúde ou não, de trabalhar a saúde mental eu já fui uma vez que nós tivemos um debate depois de uma reunião no CAPS e a única pessoa que do meu lado foi à nutricionista daqui do posto por incrível que parece." (G3 *apud* , Eslabão, *et al.*, 2017 p. 88-89).

Esses exemplos evidenciam que há dimensões percebidas no interior dos serviços que fragilizam a articulação em rede. Essas dimensões não devem ser pensadas isoladamente, sem considerar os elementos estruturantes que cercam a política de saúde mental. Mais uma vez, destacamos a necessidade de pontuar as dimensões normativas, substantivas, materiais e subjetivas nas análises (Giovanni, 2009).

A intersetorialidade foi um conceito central nesta pesquisa, onde foi analisada no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. Essa abordagem visa integrar diferentes setores, como saúde, assistência social, educação e habitação, para garantir um cuidado mais completo e efetivo aos usuários. No entanto, a fragilidade da intersetorialidade repercute diretamente na intrassetorialidade, resultando em um atendimento fragmentado que não abrange as múltiplas dimensões da saúde e do bem-estar dos indivíduos.

A fragmentação do cuidado em saúde mental ocorre quando não há articulação efetiva entre os diversos serviços e setores. Sem essa integração, o foco do atendimento se limita aos sintomas, ignorando as determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Essa visão é corroborada por Pereira e Teixeira (2013), que afirmam que a falta de articulação entre saúde, assistência social, habitação, trabalho e educação compromete a integralidade do atendimento, dificultando a reinserção social dos usuários. Dessa forma, a saúde mental é reduzida a um conjunto de sintomas, desconsiderando a complexidade das situações vividas pelos indivíduos.

Além disso, a sobrecarga dos serviços de saúde mental é uma consequência direta dessa fragmentação. Quando os serviços não conseguem acionar outros setores para atender às demandas dos usuários, tornam-se sobrecarregados e incapazes de lidar com questões que extrapolam sua capacidade, como moradia e renda. Isso gera desgaste nas equipes de trabalho e compromete a qualidade do cuidado oferecido. A pesquisa de Jesus, Vargas e Correa (2014) enfatiza a necessidade de uma abordagem intersetorial para atender a essas demandas complexas, que vão além do âmbito da saúde. Contudo, conforme identificado na presente pesquisa, a comunicação ocorre quase exclusivamente entre os serviços de saúde, ou seja, a

articulação acontece dentro (intra) do setor de saúde. Em outras palavras, ocorre de maneira intrasetorial.

Sobre o termo, vale destacar que a intrasetorialidade não é uma categoria amplamente discutida e incorporada nas produções científicas, como ocorre com a intersectorialidade. O tesouro multilíngue DeCS/MeSH¹ – Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Heading, criado para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas em Saúde, não indexa o conceito de intrasetorialidade, seja na versão em português ou em inglês. A portaria da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2010) também não menciona o termo. A busca pelo termo no Portal de Periódicos da Capes, por exemplo, resulta em apenas dois artigos² que incorporam a categoria em suas produções. Nesse caso, ambos são relacionados à área da saúde. Entretanto, também é possível encontrar a categoria sendo utilizada em outras áreas, como na Economia (Nogueira, Oliveira, 2014).

A intrasetorialidade é referenciada em publicações cujo foco principal geralmente é a intersectorialidade. O termo aparece contextualizado nos textos de Bellini e Faler (2014) e em Bellini, Aguiar e Guimarães (2020). Em 1988 Cordoni utiliza o termo para chamar atenção sobre o desafio da articulação em saúde (Cordoni, 1998). Segundo Cordoni, a saúde do trabalhador integrou ações de saúde pública devido ao seu potencial articulador. No caso específico, foram articuladas a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e os serviços de saúde, contemplando assim três áreas de atuação de um mesmo setor: a saúde (Cordoni, 1998). Nesse caso específico, de caráter intrasetorial, o desenvolvimento sistemático das ações em saúde amplia-se para relações fora dessa rede, envolvendo um conjunto de instituições e atores sociais que se transformam em pontes intersectoriais. Ou seja, nesse exemplo, a intrasetorialidade desenvolvida e articulada acarreta caminhos para fora, surgindo pontes intersectoriais.

Por outro lado, a eficácia de um modelo restrito às ações intrasetoriais foi questionada pela saúde coletiva no Brasil, que estabelece o processo saúde-doença também associado a outros aspectos, especialmente o social, que promovem ou agravam a situação de saúde de uma

¹ A indexação de novos descritores no DeCS/MeSH é anual. Nesse sentido, referimo-nos ao período de agosto de 2024

² Busca em agosto de 2024: ALEXANDRE, V. P.; ROCHA, D. G.; MARCELO, V. C.; LIMA, J. R. Avaliação de gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre a Política de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, 2016; LEÃO, L. H. da C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 38, n. 127, 2013. <https://doi.org/10.1590/s0303-76572013000100013>. ISSN 2317-6369.

determinada população (Machado e Porto, 2003). Ao utilizar a Vigilância como exemplo, os autores destacam: “Nessa perspectiva, os limites das ações de vigilância esbarram em características da própria sociedade, como o nível de equidade, de distribuição de renda e de participação da população na construção das políticas públicas e no controle das ações de governo (Machado e Porto, p. 122, 2003)”.

Outro exemplo importante de debate que colabora com o conceito de intrasetorialidade pode ser encontrado na análise do período da pandemia. Segundo Souto e Travesso (2020), diversos efeitos evitáveis durante a pandemia poderiam ter sido coordenados a partir de ações intra e intersetoriais. Aqui, os autores sinalizam a importância de ações dentro e fora da rede de saúde, num desenvolvimento concomitante entre intrasetorialidade e intersetorialidade, não como opostos, mas como complementares.

Entre os autores, parece haver um consenso de que a intrasetorialidade, por si só, não é capaz de abarcar todas as dimensões da vida dos sujeitos usuários dos serviços públicos. A articulação dentro da própria rede de saúde pode exercer papéis importantes, como exemplificado na saúde do trabalhador (Cordoni, 1998), bem como na sugestão proposta por Souto e Travesso (2020) durante a pandemia.

Contudo, o observado na presente pesquisa é que a intrasetorialidade, longe de representar uma articulação fortalecida, ainda que unicamente dentro do setor de saúde, também apresenta lacunas na comunicação efetiva entre os serviços de atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial, hospitais e outros pontos de atenção da saúde, resultando em usuários "perdidos" na Rede, com dificuldades de acesso e vinculação. Isso foi evidenciado na pesquisa com usuários que abandonaram o acompanhamento no Caps ou na Atenção Básica (Bandeira; Onocko-Campos, 2021). Ali ficou explícito que o encaminhamento, sem criação de vínculo e possibilidades de acesso, culmina muitas vezes na desassistência. Essa situação é alarmante, uma vez que a continuidade do cuidado é essencial para a recuperação e a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A análise de Junqueira (2000) aponta que a intersetorialidade deve ser uma prática constante para garantir que os usuários tenham um itinerário terapêutico coerente e eficaz. A fragilidade da intersetorialidade também se reflete na reprodução de práticas manicomiais, que vão de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Sem uma rede intersetorial e intrasetorial fortalecida, os serviços tendem a adotar abordagens que priorizam internações prolongadas e medicalização excessiva. Isso ocorre porque estratégias não foram tecidas, dentro e fora da rede de saúde, como é o caso da menina Letícia, em Tanõ e Matsukura (2019).

É fundamental investir em estratégias que fomentem a articulação entre os diferentes setores e serviços, superando os desafios da fragmentação e promovendo um cuidado mais integral e resolutivo. A construção de itinerários terapêuticos eficazes depende da capacidade de integrar saberes e práticas, respeitando a singularidade de cada usuário e auxiliando no atendimento de suas necessidades.

A promoção da saúde mental deve ser vista como um esforço coletivo, que envolve não apenas os profissionais dos serviços de saúde, mas também a comunidade e os diversos setores que impactam a vida dos cidadãos. A intersetorialidade e a intrasetorialidade devem caminhar juntas, estabelecendo estratégias de apoio às complexidades da vida dos usuários e promovendo a inclusão social.

Ressalta-se também que o acesso a condições possíveis de saúde, a nível macro, não é alcançado unicamente por tecnologia, técnicas ou ferramentas de saúde. Assim como o trabalho evidenciou que a responsabilização pela fragilidade ou pelas experiências positivas das ações intersetoriais não é unidimensional, as condições possíveis de saúde devem ser refletidas da mesma forma. Elas devem ser analisadas a partir dos elementos estruturantes da política pública e social. Isso inclui refletir sobre o sistema que comercializa serviços de saúde, explora e adocece seus trabalhadores e naturaliza péssimas condições de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo investigar a intersetorialidade e itinerários terapêuticos na saúde mental a partir da criação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental em 2011. Ao longo deste trabalho, abordamos os aspectos históricos da Política de Saúde mental, a partir de estruturas formais, substantivas, materiais e simbólicas (Giovanni, 2009), o que funcionou como pano de fundo das nossas análises.

A revisão de literatura acerca dos conceitos estruturantes desse trabalho se preocupou, para além da semântica, em trazer o dinamismo que a intersetorialidade, itinerários terapêuticos e rede podem acessar de acordo com a abordagem e orientação do pesquisador. Dessa forma, tornou-se possível compreender a materialidade da polissemia, com foco especial em sua análise dentro do sistema capitalista.

Esse esforço foi necessário para dar à revisão integrativa dos artigos estudados a profundidade necessária. Assim, o caminho não foi somente compreender o que os artigos diziam ou não diziam, mas trazê-los para fora. Na busca de realizar uma análise da totalidade. O procedimento metodológico escolhido, nesse sentido, foi fundamental para trazer realidades

de territórios regionais e serviços da RAPS distintos. Assim alcançamos uma amplitude socioespacial e temporal impossível de ser realizada, dentro dos recursos acessados, de outra forma.

Os principais achados desta pesquisa indicam que as ações intersetoriais em saúde mental apresentam benefícios para a condição de saúde dos usuários. A articulação da rede, nesse sentido, potencializa não só o tratamento psicossocial, como também a construção de novos percursos na direção da produção de vida. Isso se materializa nas falas de pacientes com tentativas de suicídio que puderam construir novos itinerários terapêuticos, bem como nas mães em sofrimento psíquico que puderam ter seus laços familiares fortalecidos e até em exemplos mais triviais, como o acesso de usuários de Grilo a saraus e à prática do futebol.

De outro lado, contudo, também evidenciou a fragilidade das práticas intersetoriais na Raps. Expressão disso é a conduta do encaminhamento como repasse de responsabilidade presente em todos os níveis de atenção (básica, especializada e alta). A atenção básica apresentou poucos exemplos de articulações efetivas com a Raps, tendo ainda práticas médico centradas, como foco na dispensação de receitas. O Caps assumiu, na maioria dos artigos, a culpa pela ausência da intersetorialidade, tendo sido alvo de críticas pela não execução de práticas em rede. Contudo, os exemplos mais bem sucedidos de ações intersetoriais foram realizados a partir de mediações desse espaço. O hospital se apresenta como um espaço totalitário, com práticas segmentadas e com frágil articulação com o restante da Raps. As práticas são centradas na resolução de crises, mas também de experiências de sofrimento e angústia e com recorrências de reinternações de pacientes.

O trabalho também afirmou o espaço da mulher na Saúde mental: A saúde mental é, indiscutivelmente, escrita por mulheres. A maioria das pessoas que trabalham nos serviços da Raps são mulheres. Assim como são majoritariamente mulheres que acessam a esses serviços. Esse trabalho também expõe as frágeis condições socioeconômicas em que os usuários da Raps vivenciam, identificando insipientes iniciativas de inferência dessas condições de vida via articulação da rede ou ações intersetoriais. Os trabalhos estudados também invisibilizaram as representações raciais dos sujeitos, tecendo quase nenhuma caracterização nesse sentido. Contudo, as poucas pesquisas que o fizeram, identificaram a desigualdade racial presente na saúde mental.

Do ponto de vista prático, os achados podem contribuir para construção de políticas públicas em saúde mental, oferecendo suporte valioso para o campo da intersetorialidade. Especialmente na potencialização de políticas em saúde mental direcionadas as mulheres, pessoas negras e em condições socioeconômicas desfavoráveis.

Vale destacar que o critério de seleção dos artigos excluiu pesquisas cujo cenário matriz não fosse um serviço de saúde mental, o que pode ter influenciado a pouca variabilidade de outras políticas públicas e a ausência de análises de serviços de outras áreas nos itinerários terapêuticos dos usuários.

Futuras pesquisas poderiam explorar o trabalho em saúde mental para aprofundar o entendimento de práticas, técnicas e operacionalização de ações intersetoriais nessa área. Percebemos uma lacuna teórica no que diz respeito às análises técnica-operativas e condições e relações de trabalho nessa área.

Conduzir esta pesquisa foi um mergulho em universos distintos e impactantes, permitindo uma compreensão mais profunda da saúde mental e intersecção com a intersetorialidade e itinerários terapêuticos. Acreditamos que os resultados obtidos oferecem uma base sólida para reafirmar a saúde mental nos princípios da Reforma Psiquiátrica e repudiar retrocessos em direção ao desmonte da Raps e do retorno dos hospitais psiquiátricos. Reafirmamos a importância deste estudo e esperamos que ele inspire futuras investigações e práticas inovadoras e comprometidas com a saúde pública de excelência e humanizada para os usuários e trabalhadores da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A.. (1999). Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C.; Alves, P. C.; Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>. Acesso em: 29 de Novembro de 2023.
- AMARANTE, P. D. C. (org). 1995. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- AMARANTE, P. D. C. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, Política e Instituições: programa de educação à distância – Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003
- ANDRADE, K. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial para cuidados às crises. Psicologia em estudo. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31269>, Acesso em 30 de Novembro de 2023
- ANDRADE, L. O. M. A saúde e o Dilema da Intersetorialidade. 2006. Tese (Saúde Coletiva). Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- ARAUJO, A. K. de. Serviço Social e a Intersetorialidade na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa dos trabalhos publicados no Cbas. 2019. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18996>. Acesso em: 01 de dezembro de 2023.
- ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração. 2013. Disponível em : https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf. Acesso em: 02 de dezembro de 2023.
- ARRETCHE, M. Uma Contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre & CARVALHO, Maria do Carmo Brant (orgs.). Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC. 2001. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1898>. Acesso em: 07 de Novembro de 2023.
- AZEVEDO, D. M. et al. Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 4, n. 3, p. 2755-2766, 2012. Disponível em: scielo.br/j/rgenf/a/jYJCJtsJjd47zjxCczYBF8Ys/?format=pdf. Acesso em: 17 de Novembro de 2023
- BALL, S. J. Performatividade, privatização e o pós Estado de Bem estar. Educação e Sociedade, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1105-1126, 2004. Disponível em: scielo.br/j/es/a/3DXRWXsr9XZ4yGyLh4fcVqt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 de Novembro de 2023.

BANDEIRA, M.; ONOCKO-CAMPOS, R. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1379-1390, 2021. Disponível em: scielo.br/j/sdeb/a/Ynj7tkhGrvZ9VrVF7cpHkDs/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 de Dezembro de 2023.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: (99+) BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 225. | renan silva - Academia.edu. Acesso em: 18 de Janeiro de 2024.

BASAGLIA, F. 1982. Legge e psichiatria: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico. In: Basaglia Scritti II – 1968-1980: Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Einaudi. p.445- 466. Disponível em: [amarante-9788575413272-09.pdf](https://scielo.org/pdf/9788575413272-09.pdf) (scielo.org). Acesso em: 17 de Abril de 2024.

BASTOS et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. Disponível em: III LNUD_PORTUGUÊS (5).pdf. Acesso em: 31 de Janeiro de 2024.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Orgs.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT; FIOCRUZ, 2014. Disponível em: [UsoDeCrack \(5\).pdf](#). Acesso em: 24 de Fevereiro de 2024.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006. 213 p. Disponível em: <http://bds.unb.br/handle/123456789/283>. Acesso em: 02 de Dezembro de 2023

BELLINI, M. I. B.; AGUIAR, L. J. P.; GUIMARÃES, G. T. D. A intersetorialidade no claro/escuro do desmonte das políticas sociais públicas: possibilidades de enfrentamento da pandemia. In: CUNHA, M. G. N.; PRATES, J. C.; ANDRADE, R. F. C.; BORDIN, E. B. (orgs.). *PROCAD Amazônia: formação e trabalho do assistente social no norte e no sul do Brasil*. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2020. p. 344. ISBN 978-65-87643-60-1.

BELLINI, M. I. B.; FALER C. S. F. (org). *Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos [recurso eletrônico]* Porto Alegre :EDIPUCRS, 2014. 224 p.

BEZERRA, T. C. Uma Revisão Integrativa em Publicações sobre a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no ano de 2019. 2020. Trabalho Final de conclusão de Residência Multiprofissional (Saúde Coletiva). Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. 2020.

BOSI, A. Prefácio. In: MASSI, A.; MOURA, M.M. Lima Barreto -Diário do Hospício e O Cemitério dos Vivos.1. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2017 2017..

BOTELHO, L. L. R. CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O Método de Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade*. vol. 5. n.11, mai./ago., 2011. p. 121-136. Disponível em: <https://ges.face.ufmg.br/index.php/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 02 de Janeiro de 2024.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de rede intersetorial. set. 2001. Disponível em: Acesso em: 31 de Janeiro de 2024ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A.. (1999). *Escolha e Avaliação de*

tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C.; Alves, P. C.;

BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, Yorkshire, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3077708>. Acesso em 02 de março de 2024

BRAGA, C. P.; PEGORARO, R. F. Internação Psiquiátrica: O que as famílias pensam sobre isso?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100005. Acesso em 15 de fevereiro de 2024

BRASIL, 1986. 8 Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 17 a 21 de março de 1986. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1492-relatorio-final-da-8-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em 27 de novembro de 2023

BRASIL. Dados da rede de atenção psicossocial (raps) no sistema único de saúde (SUS). Ministério da Saúde. Setembro de 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Decreto nº 11.392. Secretaria Geral. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 20. De janeiro de 2023a. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos?tipo=DEC&numero=11392&ano=2023&data=20/01/2023&ato=4b4ITSE10MZpWTda3>. Acesso em 23 de novembro de 2023

BRASIL. Decreto nº 11.634. Casa Civil. Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. 14 de agosto de 2023e. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11634.htm#:~:text=Altera%20o%20Decreto%20n%C2%BA%2011.392,comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a. . Acesso em 23 de novembro de 2023.

BRASIL. Lei 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. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Lei 8.662, de 7 de junho 1993: Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia de assuntos Jurídicos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,\(Mensagem%20de%20veto\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,(Mensagem%20de%20veto).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%9ABLICA%20Fa%C3%A7o,as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei). Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Nota Saúde Mental. Grupo de trabalho com representantes do Ministério da Cidadania, do CFM, da ABP, do Conass e do Conasems vai analisar e discutir as políticas de assistência psicossocial. 08 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-e-conasems-sobre-politica-de-saude-mental-no-brasil/>. Acesso em 22 de novembro de 2023.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011: 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). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017a. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria/portaria-gm-ms-no-3588-de-21-de-dezembro-de-2017>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Portaria nº 757. Ministério da Saúde. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. 21 de junho de 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Projeto de Decreto Legislativo nº 34. Senado Federal. Susta os efeitos do art. 2º, I, “j”, item 2 e do art. 14, ambos do Anexo I do Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. 08 de fevereiro de 2023c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpasf/projetos-de-lei-e-outras-proposicoes/aguardando-parecer-do-relator>. Acesso em 23 de novembro de 2023.

BRASIL. Recomendação nº 023. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 17 de maio de 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco023.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Recomendação nº001. Conselho Nacional de Saúde. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. 26 de janeiro de 2023b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Acesso em 23 de novembro de 2023

BRASIL. Relatório final da 2ª conferência nacional de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. 1994. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL. Resolução nº 1 de 09 de março de 2018. Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-conad-no-1-de-9-de-marco-de-2018>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRASIL.. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017b. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolucao-cit-n-32.pdf/view>. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em 22 de novembro de 2023

BRITO, M. A. *et al.* Vivências na Rede Substitutiva, sentidos e Itinerários terapêuticos de mulheres com história de internação psiquiátrica. Saúde em Debate, v. 47, n. 136, p. 160-172, 2023. Disponível em: https://observatoriodesaudeamental.com.br/documents/Viv%C3%AAsncias_na_rede.pdf. Acesso em 04 de dezembro de 2023

BROWN, W. American Nightmare: Neoliberalism, Neoconservatism, and Democratization. Political Theory, v. 34, n. 6, p. 690-714, Dec. 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0090591706293016>. Acesso de 04 de janeiro de 2024

CAMPOS, G W.S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-160820>. Acesso em 22 de novembro de 2023

CAMPOS, R. O. *et al.* Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.27932020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q7YzJKPTbWYL6w5BBTBDdxC/>. Acesso em 22 de novembro de 2023.

CARDOSO, L. M.; OLIVEIRA, G. C.; PIANI, P. P. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. Revista Paraense de Medicina, v. 30, n. 3, p. 35-42, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YGRgQQR5vHSNxKBg3CsMhff/abstract/?lang=pt>. Acesso em 02 de junho de 2024.

CARLOS, A. F. ; LENCIONI. S. O “regional” no Boletim Paulista de Geografia: AGB, São Paulo, 1984

CARNEIRO, A. C.; AQUINO, F. S.; JUCÁ, V. J. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1257-1278, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877336>. Acesso em 03 de fevereiro de 2024.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. *Información del Tercer Sector*, abril, 2003. Disponível em: https://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/a_ao_em_rede_na_implementao.pdf . Acesso em 23 de novembro de 2023

CASTEL, R. 1978. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Ed. Graal

CEBES - COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DO CEBES – RJ. A assistência psiquiátrica no Brasil – setores público e privado: Condições de assistência ao doente mental. *Revista Saúde em Debate*, no 10, 1980. p. 49-55. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773017.pdf>. Acesso em 22 de dezembro de 2023.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTARÍA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão Sistemática: Uma Revisão Narrativa. *Rev. Col. Bras. Cir.* Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2007. ISSN 0100-6991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcgmV6Gf/>. Acesso em 22 de novembro de 2023

CORDONI, J. L. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*, v. 13, n. 22, Londrina, p. 38-44. 1988

COSTA, M. D. H. Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do sistema único de saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2010.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: *Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./agô. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/gx3Z8FPYVqJYdN6kDZ3HyfM/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22 de novembro de 2023

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de novembro de 2023

DELGADO, P. G. Reforma Psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. EDITORIAL. Trab. educ. saúde 17 (2). 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/>. Acesso em 22 de novembro de 2023

DRAIBE, S. M. N. As políticas sociais e o neoliberalismo. Revista USP, n. 17. São Paulo. Ed. da USP, 1993

DUARTE, R. A. A política nacional de saúde e a sua implementação no contexto loco-regional: um estudo de caso em municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica/Minas Gerais. Tese (doutorado em política social). 2017. Escola de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Política Social. Gragoata, 2017.

DUARTE, S. L. A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Dissertação (mestrado em política social. Programa de Pós Graduação em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2016

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206 p

ESLABÃO, A. D. *et al.* Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidade. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4646> . Acesso em 30 de janeiro de 2024.

FERREIRA, T. P. S.; PEREIRA, M. O. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 4, n. 2, p. 2908-2917, 2012.

FERRO, L. F. Grupo de Convivência em Saúde Mental: Intersetorialidade e trabalho em rede. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. 1, p. 130-138, 2015. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1018/633>. Acesso em 03 de fevereiro de 2024.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. Onocko. (2009). Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007) Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68478>. Acesso em 22 de novembro de 2023

GERSCHMANN, S. A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANNI, G. Di. As estruturas elementares das políticas públicas. Caderno de Pesquisa, n. 82, UNICAMP\NEPP, 2009, p. 1-21. Disponível em:

<https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/c6720d74229b832013f8faf3542214b1.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M F. R. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Redes de proteção social. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA; Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. Disponível em: <https://www.neca.org.br/fumcad2009/2-enc-reg-01.09.09-texto-redes-isa.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2023.

HERMONT, A. P.; ZINA, L. G. S. Revisões integrativas: conceitos, planejamento e execução.; 57: 3-7, jan.-dez. 2021. ISSN 2178-1990. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150642>. Acesso em 22 de novembro de 2023.

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. Revista FEA – PUC-SP, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/5z8Cktz8WQmTG95qcGDChrw/>. Acesso em: 04 de março de 2023

JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, p. 35-45, nov./dez 2000. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6346>. Acesso em 22 de novembro de 2023

JUNQUEIRA, L. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD, 11. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: Perspectivas, posibilidades y limitaciones. Caracas, 1997. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2023

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc. Sci. & Med., N.i., v. 12, n. 1, p.85-93, jan. 1978

LEWIS, C. M. *et al.* Quartas Intenções de um Programa de Rádio como dispositivo em Saúde Mental. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 24, n. 2, p. 151-158, 2013.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a pesquisa bibliográfica. Revista katálisis, Florianópolis. v. 10, n. esp. 2007. p. 37-45. . Disponível em: . Acesso em 22 de novembro de 2023

LIMA. M. S de; SOARES, B. G.; BACALTCHUK, Josué. Psiquiatria baseada em evidências. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(3):142-6. . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/YCWs4wpRM4N5J3FtDNTtnMx/?format=pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2023

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003. Dispomível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a02.pdf>. Acesso 02 de agosto de 2024

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 24, n. 3, p. 208-216, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DDS35X5PJ4jwh5Xn3QFm6fy/>. Acesso em 28 de dezembro de 2023

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 14, n.3, 270 May/June, 2010. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/download/livros/1264.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2023.

Martins, V. O Trabalho do Assistente Social no fio da navalha: a cena das aparências e da performatividade. Tese (Doutorado em serviço social). Pontifícia Universidade de São Paulo. PUC-SP. Programa de Estudo Pós graduados em Serviço Social. São Paulo. 2015

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. G. Revisão Integrativa: Métodos de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>. Acesso em 22 de novembro de 2023

MINHOTO, L. D.; MARTINS, C. E. As redes e o desenvolvimento social. *Cadernos Fundap*, n. 22, p. 81-101, 2001. Disponível em: www.abdl.org.br/287/as-redes-e-o-desenvolvimento-social.pdf. Acesso em 22 de novembro de 2023.

MORAES, M.; ZAMBENEDETTI, G. As Tecnologias Relacionais e a Produção de Itinerários Terapêuticos em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/62690>. Acesso em 25 de janeiro de 2024

MUHL, Camila. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* | Belém, 12(3), 198-216, set.– dez., 2020. 10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300013. Acessado em 23 de novembro de 2023.

NICÁCIO, M. F. S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado em ciencias sociais aplicadas). Programa de Estudos pos graduados em ciencias sociais. São Paulo. 1994.

NOGUEIRA, M. O.; OLIVEIRA, J. M. Uma análise da heterogeneidade intrasetorial no Brasil na última década. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/121599/1/797212760.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2024.

OLIVEIRA, E. F. A. Gastos da Política de Saúde Mental e os Rumos da Reforma Psiquiátrica. Tese (Doutorado em política social). 2017. Programa de Pós Graduação em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2017

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS/OPAS, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública 2019. doi: 10.1590/0102-311X00156119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/>. Acesso em 22 de novembro de 2023

OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação: memórias da Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica. Caracas, Venezuela, 11-14 nov. 1990. Milão: Organização Panamericana de Saúde, Instituto Mario Negri.

Ottawa. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: . Acesso em 22 de novembro de 2023

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Argum., Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. ISSN 2176-9575. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em 22 de novembro de 2023

PASSOS, R.G.; PEREIRA, M.O. Luta antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017

PEDROSA, T. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19822021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wCnNLRdNCNjWwynTq7tn6Ky/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22 de novembro de 2023

PEREIRA, C. R. Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). Tese (Doutorado em saúde pública): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2004

PEREIRA, C.P.; PEREIRA P. A. P. Cobiça capitalista, pandemia e o futuro da política social. ISSN 2176-957. Argum., Vitória, v. 13, n. 1, p. 40-52, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/33119>. Acesso em 22 de novembro de 2023

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/12990>. Acesso em 22 de novembro de 2023

PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995

PEREIRA, M. O.; GUIMARÃES, C. F. Rede, instituições e articulação: desafios e possibilidades para a intersetorialidade na política de saúde mental. Serviço Social & Sociedade, n. 134, p. 42-60, 2019. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/12806>. Acesso em 15 de janeiro de 2024

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 1207-1220, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PJRhWJhSXY4MFhB97Qq4QKr/>. Acesso em 28 de dezembro de 2024

PEREIRA, P. A. P. A política social entre Deus e o diabo: determinações e funcionalidades no sistema capitalista. MORAES, C. A. S; SENNA, M. C. M; FREITAS, R. S. (Orgs.). In: *Política Social no Brasil: trajetórias, sujeitos e institucionalidades*. Editora CRV, Curitiba, 2020, p. 33-50.

PEREIRA, W. C. C. *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática*. 2. ed. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001. 336 p.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.1-11, Dez. 2011

PRUDENCIO, J. D. L. A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. 2019. 201f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2019.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso de 15 de dezembro de 2023

PEREIRA, W. C. C. *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática*. 2. ed. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001. 336 p. PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.1-11, Dez. 2011 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-616659>. Acesso em 10 de janeiro de 2024

PRUDENCIO, J. D. L. A construção das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental de municípios da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. 2019. 201f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2019.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz

RAMOS, B.G.M.O. *Compreendendo atravessamentos de gênero, raça/etnia e classe no processo de desinstitucionalização das mulheres em sofrimento psíquico em conflito com a lei do Estado do Rio de Janeiro*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (S.A.Tundis & N.R.Costa, orgs). Petrópolis: Ed. Vozes. 1987. pp. 15-73.

RIBEIRO, J. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MhNLfRhYNcg6JqYrfQqRfkm/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22 de novembro de 2023

ROCHA, C. V.. Os dilemas da democracia participativa no Brasil: reflexões a partir de duas experiências. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 3., 2006, set. p. 1-27.

ROCHA, P. L. R. *et al.* Centros de Atenção Psicossocial segundo Seus Usuários: Uma Revisão Integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 14, n. 2, abr./jun. 2022, p. 151-164. doi: . Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1256>. Acesso em 22 de novembro de 2023;

ROMAGNOLI, R. C. *et al.* Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 4, p. 848-863, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300014. Acesso em 04 de junho de 2024

ROSA, L. C. S.. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003. 367 p

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et al.* Desafios metodológicos na perspectiva da rede de significações. *Cadernos de Pesquisa*, v. 38, n. 133, p. 147-170, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a07v38n133.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

SALVADOR, E. Fundo Público e Financiamento das Políticas Sociais. *SERV. SOC. REV.*, LONDRINA, V. 14, N.2, P. 04-22, JAN./JUN. 2012. DOI: 10.5433/1679-4842.2012v14n2p4. Disponível em: <https://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/giselle.silva/2020.1/uso-de-indicadores-sociais/texto-salvador-fundo-publico-no-br>. Acesso em 22 de novembro de 2023

SANTOS, A. L. *et al.* Saúde Mental na Atenção Básica: Experiencia de matriciamento na área rural. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 14, 2020.

SANTOS, C. M; MORAES, C. A. S. Ataques e retrocessos na política de saúde mental, álcool e outras drogas, no período de 2016 a 2021, no Brasil. *Vértices (Campos dos Goitacazes)*, v. 24, n. 3, p. 919-931, 2022. DOI: . Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6257/625773845012/html/>. Acesso em 22 de novembro de 2023

SANTOS, E. G.; KIND, L. Itinerários Terapêuticos Percorridos por pessoas que tentaram suicídio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/S7Wx3qfkds9nvGBjcKYtWGp/>. Acesso em 14 de março de 2024

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serviço Social & Sociedade*, n. 118, p. 366-393, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 14 de março de 2024

SILVA, D. C. da Silva; BUDÓ, M. de L. D.; SCHIMITH, M. D.; RIZZATTI, S. de J. S; Riz, SIMON, B. S. S; ROBAINA, M. L. R. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. *Rev saúde Santa Maria* 2014 jan/jul 40(1):23-3. ISSN: 0103-4499.

Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/9097>. Acesso em: 22 de novembro de 2023

SILVA, J. M.; SILVA, K. F. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rTKPLXHbTmrMtZD6nCwwHLM/>. Acesso em 02 de fevereiro de 2024.

SILVEIRA, M. M.; DIAS, C. A. As Competências do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental. *Serviço Social & Sociedade*, n. 132, p. 341-361, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20369/15681>. Acesso em 24 de janeiro de 2024.

SILVIO, Y. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis Psique*. 2018. ISSN 2238-152X. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2238-152X2018000100011. Acesso em 22 de novembro de 2023

SOCOL, K. L. S. *et al.* Itinerário terapêutico e assistência à saúde de usuários de drogas na rede de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 15, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1293227>. Acesso em 28 de novembro 2023.

SOUTO, L. R. F.; TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Intersetorialidade e promoção de saúde em tempos de pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D. ; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de novembro de 2023

TÂNIO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos capsij da Região Sudeste do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 2, p. 338-351, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/8pjwNXdHx7sn3Hh6bbGVWsK/>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

TEIXEIRA, S. M. F. O desafio da gestão das redes de políticas. In VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Anais [...] Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002..

TEIXEIRA, S. M. F. Políticas Sociais e cidadania. Working Paper, September 1998.

TEIXEIRA, S. M. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/>. Acesso em 22 de novembro de 2023

VIANNA, A. L. 1996. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública. 30 (2): 5-43. Mar/Abr. 1996. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8095/6917>. Acesso em 22 de novembro de 2023

VIEIRA, A. N.; PEGORARO, R. F. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 40, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/JYjJQc4HYL9LCFfGwjWchSN/>. Acesso em 20 de janeiro de 2024

WHITTEMORE R.; Kathleen, K. The integrative review: up date methodology. J Adv. 52(5):546-53, dez 2005. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em 22 de novembro de 2023