



PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE

SOCIAL PROTECTION AND CHILDJUVENILE MENTAL HEALTH: CHALLENGES OF INTERSECTORIALITY

Sayonara Genilda de Sousa LIMA* 

Sofia Laurentino Barbosa Pereira PEREIRA** 

Resumo: O presente artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão acerca dos desafios postos a intersectorialidade na construção do sistema de proteção social da infância e juventude brasileira que necessita de cuidado em saúde mental. Trata-se de um estudo teórico, que visa trazer uma contribuição analítico-reflexivo, com base na bibliografia e em documentos jurídico-normativos da área. Os achados demonstram que a intersectorialidade é um caminho possível para a construção de um sistema de proteção social voltado para a infância e juventude que demanda cuidado em saúde mental, no entanto, existe uma lacuna entre a intenção e a materialização dessa intersectorialidade, e tais lacunas são permeadas pelo ideário neoliberal. Espera-se que tal reconhecimento possibilite a atuação de maneira a fortalecer o que essa diretriz apresenta de mais salutar para o cuidado integral do público infantojuvenil.

Palavras-chave: Sistema de Proteção Social. Infância e Juventude. Saúde Mental. Intersetorialidade.

Abstract: This article aims to present a reflection on the challenges posed to intersectoriality in the construction of the social protection system of Brazilian children and youth in need of mental health care. This is a theoretical study, which aims to bring an analytical-reflexive contribution, based on the bibliography of the area. The findings show that intersectoriality is a possible way to build a social protection system for children and youth in need of mental health care, however, there is a gap between the intention and the materialization of this intersectoriality, and which such challenges are permeated by the neoliberal ideology. However, it is expected that such recognition will enable us to act in a way to strengthen what this guideline presents as the most salutory for the integral care of children and teenagers.

Keywords: Social Protection System. Childhood and Youth. Mental Health. Intersectoriality.

Submetido em 20/06/2022. Aceito em 16/05/2023.

* Assistente Social. Especialista em Políticas Públicas para Crianças e Jovens pela UFPI. Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: sayogenilda@hotmail.com

** Assistente Social. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Professora do departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. E-mail: sofialaurentino@ufpi.edu.br



© O(s) Autor(es). 2020. Acesso Aberto. Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição - Não Comercial 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR).

Introdução

O referido artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão acerca dos desafios postos a intersectorialidade na construção do sistema de proteção social da infância e juventude brasileira que necessita de cuidado em saúde mental. Salienta-se a preocupação de direcionar as políticas de assistência à infância e juventude a atuarem como um Sistema de Proteção Social, o qual deverá integrar e articular um conjunto de políticas sociais, de maneira organizada e planejada, de modo a ampliar a proteção social para esse público.

Assim, efetua-se uma análise sobre a construção do sistema de proteção social voltado para a infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental, ao expor um breve histórico relacionado as ações que integram o Sistema de Proteção Social para esse público, no período do Brasil Império até as conquistas das lutas democráticas, com destaque para o Movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente no cerne do Sistema de Garantia de Direitos.

É na conjuntura dessas conquistas que se reflete sobre a intersectorialidade como diretriz política para o cuidado com esse público, ressaltando o hiato entre a intenção e a materialização dessa articulação conjunta que acontece permeada pelo ideário neoliberal. Tal ideário coloca-se como um desafio que pode tornar complexo a concretização da intersectorialidade como estratégia de cuidado das infâncias e juventudes que necessita de cuidado em saúde mental.

Destaca-se que a relevância de suscitar tais reflexões e contribuir com o debate sobre a temática, sobretudo aliada as diretrizes do Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, está em conformidade a recomendação da última reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, a IX Reunião, a qual ocorreu no ano de 2012, e teve como tema “Desafios para o Campo da Infância e Juventude no Âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, a qual pretendeu qualificar, entre outras discussões, a interface da RAPS com o sistema de garantia de direitos.

Para tal, realizou -se um estudo teórico, que visa trazer uma contribuição analítico-reflexivo, com base na bibliografia da área, o qual foi constituído principalmente de livros e de artigos científicos, o que possibilitou ampliar a gama de conhecimento sobre a temática e conhecer as diferentes contribuições científicas sobre o assunto estudado. A partir de uma revisão de literatura narrativa, os autores foram escolhidos com vistas a contribuição teórico-crítica acerca do tema. Além disso, realizou uma análise dos documentos normativos, das legislações sobre a temática, considerando o período, pós-reforma psiquiátrica, de 2001 até os dias atuais.

1. Sistema de Proteção Social para a Infância e Juventude Brasileira com necessidades em saúde mental

Para a compreensão sobre o Sistema de Proteção Social, apresenta-se aqui a definição de Boschetti (2012) a qual afirma que este Sistema não é somente a justaposição de programas e políticas sociais, assim como, as políticas sociais não constituem por si só, um sistema de proteção social, pois o que de fato configura esse sistema é o "conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantam a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência e educação" (BOSCHETTI, 2012, p. 756).

Diante disso, para compreender o lugar ocupado pela infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental no cenário de um sistema de proteção social no Brasil, realiza-se um resgate histórico dessa construção no Brasil. Para tal, inicia-se pela legislação do Brasil Império a qual faz menção a infância, está voltada para o recolhimento de crianças órfãs e abandonadas, com destaque para a presença da Roda dos Expostos. Logo, as medidas dessa época voltadas para a infância eram de caráter assistencial liderada pela iniciativa privada de cunho religioso e caritativo (RIZZINI, 2009).

Já os pressupostos que norteavam as políticas para as infâncias pobres na conjuntura da Proclamação da República eram de omissão, repressão e paternalismo. Tem-se, neste período, um contexto político adverso as legislações sociais para a infância, cujas principais estratégias que figuravam estavam voltadas para as instituições asilares e para o controle moral e social desse público, com prevalência da interação entre o público e o privado (FALEIROS, 2009).

Nesse cenário, o Brasil passa a se interessar pelo debate sobre a deficiência intelectual da criança, com a inauguração em 1903, de um Pavilhão, no Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha, destinados às crianças com demanda em saúde mental. E, em 1919, com a criação do Departamento da Criança do Brasil, um programa social e filantrópico, destinados a atuar nas lacunas existentes na proteção à infância (REIS et al, 2016).

Assim, a Saúde Mental infantojuvenil brasileira alicerça-se nas ideias de controle moral e social, o que se evidencia com a disseminação dos pensamentos higienistas pelo País, durante o período da república velha, com a criação, em 1923 da Liga Brasileira de Higiene Mental¹. A partir disso as famílias passam a ser orientadas de maneira a ajustar os indivíduos ao meio e a atenção que os médicos davam eram de caráter disciplinador moral e social, pois a abordagem estava ligada ao tema da deficiência e da delinquência (REIS et al, 2016).

Contudo, a preocupação dos higienistas encontra eco nas ações jurídicas, assim, passam a figurar como os articuladores em torno das políticas para a infância, encaminhando estratégias de controle de raça

¹ A Liga Brasileira de Higiene Mental surge como um programa de intervenção social, um movimento de higiene mental, com características eugenistas, racistas, liberais e xenofóbicas, com uma ação rigorosa de controle social, com a finalidade de evitar o desajustamento mental (AMARANTE, 2014).

e da ordem, ressaltando o caráter repressivo e moralista. Essa articulação culmina na aprovação do primeiro código de menores, em 1927, o Código Mello de Mattos, Decreto N° 17.943-A, de 12 de outubro de 1927 (FALEIROS, 2009; REIS et al, 2016).

O referido Código incorporou tanto a visão higienista, a partir do trinômio assistência-prevenção-proteção, como a visão jurídica, ao na prática ser utilizado para fins punitivos e corretivos, em busca da moralidade (SCHEINVAR, 2002).

No que diz respeito a infância e a juventude que demandam cuidado em saúde mental, o Código de Menores vai abordar esse assunto ao determinar tratamento especial para aqueles implicados na lei que sofrem de qualquer doença física ou mental, destinando ao juiz a função de inquirir e examinar o estado físico, mental e moral dos menores, ordenando as medidas concernentes ao tratamento, ao solicitar exame médico, psicológico e pedagógico do estado físico, mental e moral desse público (BRASIL, 1927).

De modo que a intervenção do Estado, nesse período, não se caracterizou de forma a universalizar os direitos, pelo contrário, categorizou e excluiu, sem combater o clientelismo e o autoritarismo e, privilegiando, mais uma vez a articulação entre o setor público e o privado, quando a esfera polícialca do Estado passa a ser assumida pelas instituições filantrópicas dos higienistas e juristas, sem perder o caráter repressivo (FALEIROS, 2009).

No governo Vargas, a política da infância, denominada "política do menor" vai articular repressão, assistência e defesa da raça ao manter a integração com as instituições privadas, e conduzir as ações por meio de órgãos como o Serviço Nacional de Assistência a Menores (SAM, 1941) cuja a implantação tem mais a ver com a questão da ordem social, do que com a assistência, em que a infância e juventude era internada em estabelecimentos subsidiados do governo, em articulação entre o público e o privado; e o Departamento Nacional da Criança (1940), em que predomina a orientação higienista com campanhas educativas (FALEIROS, 2009). Cujá influência, deste Departamento, originou alguns serviços de atenção à saúde mental infantojuvenil de caráter público e estatal, com destaque para a atuação do Hospital Psiquiátrico do Junquery, em São Paulo (REIS et al, 2016).

Nos períodos históricos que se seguem, destaca-se a criação da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), em 1964, que nasce alicerçada com o apoio da Ação Social Arquidiocesana (ASA), cuja articulação com as entidades privadas está garantida na própria lei que a rege, devendo ser uma estratégia educativa e integrativa voltada para a família. No entanto, com a Ditadura Militar os propósitos se revertem e a FUNABEM se molda aos princípios autoritários, com o seu conjunto de mecanismos de repressão, controle social e político (FALEIROS, 2009).

O cenário revela que historicamente existe uma relação entre os agentes estatais e os agentes privados no processo de definição dessas políticas. Observa-se que, neste contexto, a diretriz pública, muitas vezes, direcionou o cuidado da infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental para as instituições privadas e/ou filantrópicas (instituições asilares, Associações de Pais e Amigos dos

Excepcionais-APAE, Associação Pestalozzi), ficando as instituições públicas a margem deste cuidado, ao não instituir uma rede de assistência na perspectiva do direito.

Todavia, os primeiros passos para a superação dessa conjuntura iniciaram no final da década de 1970 do século XX. Em um contexto de efervescência política no País, de lutas, de conquistas sociais e democráticas, em que se destacam os seguintes movimentos sociais: a Reforma Sanitária a qual refere-se a luta pela criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo, assim, a saúde como um direito assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com participação da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2014); já a Reforma Psiquiátrica é tida como um processo social complexo que busca construir uma nova maneira de olhar e cuidar a pessoa que necessita de cuidado em saúde mental, cujas práticas inovadoras possibilitem o convívio social e a integralidade do cuidado, por meio da lógica da construção de uma rede intersetorial, que garanta os ideais de cidadania para esse público (AMARANTE, 2007); e a garantia de direitos para as infâncias e juventudes que é uma conquista proporcionada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que passa a disponibilizar os elementos legais para a proteção integral desse público a qual deve ser realizada pelo Sistema de Garantia de Direitos, cuja orientação é de que o trabalho aconteça de maneira intersetorial para a devida efetivação dos Direitos Humanos desse público (CONANDA, 2006).

Nota-se que tanto a Reforma Psiquiátrica, quanto o Sistema de Garantia de Direitos apresenta a intersetorialidade como um caminho possível para o cuidado integral com a infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental. Pois, considera-se que esse público precisa de atendimento integral e contínuo, que não deve se limitar a uma única Política Pública, mas que requer a construção de serviços estruturados em uma rede de proteção social vasta e efetiva, que envolve as diversas políticas públicas e a sociedade (no caso das crianças, sobretudo as famílias), mas sem que isso resulte na desresponsabilização do Estado, como vem ocorrendo historicamente no não cuidado a esse público.

De tal modo, compreende-se que o Sistema de Proteção Social para a infância e a juventude que necessita de cuidado em saúde mental encontra-se em constante construção, erguendo seus caminhos e enfrentando os desafios para a sua concretização. Nessa direção, evidencia a intersetorialidade como estratégia fundamental para o cuidado integral desse público.

2. A intersetorialidade como diretriz política para o cuidado com a infância e juventude com necessidade em saúde mental

2.1 A Intersetorialidade como orientação das Políticas Sociais

A intersetorialidade se coloca “como um princípio orientador de ações integradas no âmbito da Política Social” que supõe a “articulação entre as Políticas Públicas por meio do desenvolvimento de ações

conjuntas destinadas à Proteção Social e o enfrentamento das desigualdades sociais” (YAZBEK, 2014, p. 98).

Nesse sentido, Monnerat e Souza (2014) a apresentam como uma estratégia de gestão que deve ser utilizada na construção de interfaces entre as instituições, com o intuito de lidar com a complexidade das expressões da questão social, que ultrapassam a competência de só um setor ou de só uma política pública.

Pereira (2014) expõe a intersetorialidade como algo que deve interligar as políticas particulares, com seus movimentos concretos e contradições específicas, e, também, com suas problemáticas em comum, pois compreende que cada política é um conjunto de decisões e ações, resultantes de relações e interesses conflituosos. Logo, a intersetorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações, cuja divisão é tida como procedimento técnico e burocrático, pois o bem público e os direitos sociais, são indivisíveis. Com base nessas compreensões, a intersetorialidade apresenta-se como uma diretriz para as políticas sociais, e é entendida como algo que interliga as políticas, cujas decisões e ações devem ser unívocas para o bem comum.

Entretanto, essa identificação da intersetorialidade, no Brasil, como uma orientação política, está diretamente relacionada a lógica de proteção social inscrita na Constituição Federal de 1988, destacando-se, no cenário de cuidados a saúde mental infantojuvenil: o Estatuto da Criança e do Adolescente no cerne do Sistema de Garantia de Direitos e a Reforma Psiquiátrica no âmbito da Política Nacional de Saúde mental, como será visto a seguir.

2.2 A intersetorialidade no Estatuto da Criança e do Adolescente com o Sistema de Garantia de Direitos

A intersetorialidade na proteção à infância e juventude encontra-se presente desde o artigo nº 227 da Constituição Federal de 1988, quando este os assegura com:

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

A garantia desses direitos previstos na Constituição Federal é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, o que demonstra que sua efetivação deve ocorrer pela atuação de diversos atores e instituições.

Nesse cenário, o Estatuto da Criança e do Adolescente incorpora esses preceitos e anuncia em seu artigo nº 86 o desenvolvimento da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente a qual se concretizará “através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (BRASIL, 1990, p.52),

A política de atendimento caracteriza-se como uma política de promoção dos direitos e liberdades fundamentais da criança e do adolescente, não se tratando de uma política setorial, mas de uma política intersectorial que corta transversalmente todas as políticas públicas para garantir a satisfação das necessidades desse segmento da população (NETO, 2020).

Segundo Monfredini (2013), a política de atendimento explicita no seu desenho a integração das políticas sociais básicas e a intersectorialidade das ações, como princípios estruturantes para a realização da proteção integral para as infâncias e juventudes.

O que é reafirmado com o estabelecimento dos fundamentos do Sistema de Garantia de Direitos o qual se operacionaliza como um sistema estratégico que deverá potencializar a defesa, a promoção, o controle e a proteção dos direitos das infâncias e das juventudes no campo de todas as políticas sociais, cujo atendimento direto advém dos mais diversos órgãos e dos serviços os quais devem ser estruturados em rede, para traçar as estratégias de articulação, intervenção e de monitoramento (MONFREDINI, 2013).

Nessa conjuntura, ressalta-se o eixo estratégico da promoção dos direitos humanos de crianças e adolescentes do Sistema de Garantia de Direitos que materializa a política de atendimento prevista no ECA, cujo o desenvolvimento implica, além de outras coisas, na satisfação das necessidades básicas de crianças e adolescentes pelas políticas públicas, como garantia de direitos humanos e ao mesmo tempo como um dever do Estado, da família e da sociedade e na participação da população (CONANDA, 2006).

De acordo com Neto (2020) está é uma política que se operacionaliza através da linha estratégica de serviços e programas de proteção especial e socioeducativos, a qual possui uma especificidade de atendimento inicial, integrado e emergencial, qualificada pelos programas de abrigo, prevenção, apoio médico psicossocial e os programas socioeducativos, entre outros; e da linha estratégica de serviços e programas das demais políticas públicas, cujo objetivo é favorecer e assegurar o acesso do público infantojuvenil aos serviços públicos básicos.

Portanto, a estruturação desse Sistema de Garantia de Direitos deve ter por objetivo viabilizar o desenvolvimento das ações integradas entre os diferentes setores, nas diversas instâncias da sociedade e do poder estatal, pois a tecitura de uma rede relacional intencionalmente articulada é a garantia para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente (BAPTISTA, 2012).

Dessa forma, já que os serviços integrantes do Sistema de Garantia de Direitos são componentes de uma rede é importante que ocorra a articulação, para que não sejam apenas pontos dentro de uma rede inerte.

2.3 A intersectorialidade na Reforma Psiquiátrica com a Política Nacional de Saúde Mental

A reforma psiquiátrica constitui-se num processo constante de transformação nos campos assistencial, cultural e conceitual, objetivando não só o fim dos manicômios, mas a transformação da sociedade, numa luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão, sinalizando para uma

transformação social, para a construção de novas realidades, inclusive para a mudança em torno do sobre a loucura (AMARANTE, 2016).

Como resultado desse movimento, salienta-se a Política Nacional de Saúde Mental que é concretizada em 2001, após a aprovação da Lei Federal nº 10.216 a qual redireciona a assistência neste campo, privilegiando o oferecimento de cuidados em serviços de base comunitária, denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001).

Especificamente neste panorama tem-se os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que são os dispositivos designados ao cuidado da infância e juventude com transtorno mental grave e severo, um dos serviços responsável pela implementação do cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil ao atuar como elemento estratégico na articulação e apoio de uma rede ampliada, que inclui não só a Saúde, mas a Educação, a Assistência Social, a justiça, entre outros, no cuidado das infâncias e juventudes (REIS et al, 2016).

Atualmente, o Brasil dispõe de 285 CAPSi habilitados pelo Ministério da Saúde até setembro de 2022, para uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, de 215.687.507 habitantes. Nessa totalidade, destaca-se que os Estados do Acre, Roraima e Tocantins não possuem esse tipo de serviço habilitado (BRASIL, 2021). Esse cenário evidencia, a necessidade de investir na criação, habilitação, ampliação e regionalização desses dispositivos, mas principalmente, no cuidado territorial, para o atendimento integral desse segmento da população.

Diante disso, compreende-se que o foco do cuidado deve ser no território, pois este é a área cujo serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de Saúde/Saúde Mental. Assim, a equipe de Saúde/Saúde Mental precisa atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, pois, o território é vivo e dinâmico, é composto de histórias singulares, experiências, formas de expressão, vidas, é uma diversidade de espaços dentro de um espaço delimitado de extensão territorial. Atuar no território implica conhecê-lo e os serviços que trabalham nessa perspectiva desenvolvem papel ativo na promoção de saúde/saúde mental no território. Portanto, a territorialidade está atrelada à acessibilidade e descentralização de ações e serviços. De modo que, pensar as práticas em Saúde Mental em um território de referência, significa dizer que é preciso atuar produzindo estratégias de solidariedade e, principalmente transformando as relações da sociedade com a loucura. Uma vez que, no território, amplie-se a produção de mudanças no sentido de desmistificar a loucura, produzindo territórios capazes de incluir os sujeitos, e não territórios que os segreguem pelas suas diferenças. Consequentemente é preciso que os serviços trabalhem para fora de si, expandindo suas possibilidades do trabalho em rede (SOUZA, 2015).

Corroborando essa ideia, Amarante (2007) diz que os serviços de atenção psicossocial devem sair da sua sede e buscar na sociedade ampliar os recursos existentes, pois precisam articular-se com a rede de Atenção à Saúde Mental, com o campo da saúde em geral e com as políticas públicas em geral, para organizar-se em rede. Portanto, a intersetorialidade em Saúde Mental é uma estratégia que perpassem

diversos setores sociais, tanto da saúde mental e saúde em geral quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo.

Contudo, a discussão da intersectorialidade na Política de Saúde mental é evidenciada pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada, em Brasília, no ano de 2010, foi, pela primeira vez, uma conferência intersectorial, com participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outras políticas, que teve como tema: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Os debates desta Conferência buscaram identificar as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersectorial dos problemas do campo, apontando a direção para consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (BRASIL, 2010).

A IV CNSM buscou redirecionar a prática da saúde mental, ao colocar a intersectorialidade como central na construção dessa política pública. Tal conferência destaca a transversalidade da saúde mental frente as várias políticas sociais e, diante disso, recomenda que as alianças intersectoriais devem ser permanentes para o estabelecimento de diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação de várias outras políticas, e as ações não devem ser pensados fora da intersectorialidade (BRASIL, 2010).

Em consonância com as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial, o Ministério da Saúde regulamentou a Portaria nº 3088 de 2011, que institui a Rede de Atenção de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual, no ano de 2017, pela Portaria nº 3588, foi alterada com a inclusão novos serviços. Tais portarias encontram-se reunidas na Portaria de consolidação nº 3 de 2017. Ressalta-se que a centralidade desta Rede está nos sujeitos singulares que se encontram inseridos no território, e não em serviços específicos.

A Portaria nº 3088 de 2011 tem por finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental, e embora se direcione, apenas a atenção a saúde, anuncia o desenvolvimento de ações intersectoriais como diretriz e objetivo na garantia da integralidade do cuidado.

Portanto, a intersectorialidade aparece como um direcionamento na normatização que configura a Política de Saúde Mental, o que se apresenta como um avanço, porém não se estrutura com direcionamentos específicos para a construção de uma política de saúde mental intersectorial, apenas, oferta indicativos para esse caminho. Um desses indicativos é a Portaria nº 854/2012 que apresenta entre os procedimentos a serem realizados nos serviços de CAPS, a articulação de redes intra e intersectoriais que são estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, entre outros, assim como, os recursos comunitários presentes no território.

Contudo, para Pereira (2019), a RAPS, não pode ser o único espaço que promove a sociabilidade dessas pessoas, por isso tem como desafio potencializar a articulação intrasetorial e intersectorial, ampliando a oferta de cuidado em torno das pessoas que necessita de cuidado em saúde mental. Logo, para a referida autora a concretização da intersectorialidade aparece como um desafio para a política de saúde mental.

Além disso, a portaria n.º 3588 de 2017 inclui na RAPS serviços os quais representam retrocessos a política de Saúde Mental, tais como Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Hospital-Dia, Hospital Psiquiátrico, CAPS AD IV, todos baseados em uma lógica biomédica, que direciona a assistência para atendimentos especializados por categoria profissional, tendo a internação como opção de procedimento. Desse modo, essa portaria apresenta mudanças significativas na RAPS, ao enfraquecer os serviços substitutivos e promover o retorno dos dispositivos de lógica manicomial e restritivos de liberdade, que se encontravam em desconstrução. Entre outras circunstâncias, a lógica do cuidado territorial e, conseqüentemente, intersetorial encontra-se ameaçada.

Dentro desse cenário, chama-se a atenção para a Saúde Mental infantojuvenil, em que a IV CNSM apresentou um eixo destinado a construção de uma agenda prioritária para a atenção integral e para a intersetorialidade, destacando-se: o fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde e saúde mental e para a atenção integral; a efetivação de articulações intrasetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral; a consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos; entre outros (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a intersetorialidade apresenta-se como diretriz política, no contexto da saúde mental infantojuvenil, pelo qual os diversos setores sociais, com seus saberes e práticas, devem construir estratégias para se articular e se integrar de forma a efetivar a integralidade do cuidado, levando em consideração que esse inclui, além das ações de saúde, todas as ofertadas pelas diferentes políticas, instituições e serviços que compõem a rede dos sujeitos (ZANIANI; LUZIO, 2014).

No entanto, ainda é preciso avançar na efetiva incorporação do cuidado com as infâncias e juventudes na RAPS. Nessas circunstâncias, alguns desafios estão postos: como a ampliação do número de CAPS infantojuvenil e a efetivação a diretriz política da intersetorialidade.

3. O desafio da intersetorialidade como um caminho para o cuidado da infância e juventude em saúde mental

A contextualização acima apresentada demonstra a importância da intersetorialidade para o cuidado com a infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental, no panorama de um sistema de proteção social brasileiro. Pois, mesmo que o Sistema de Garantia de Direitos e a Saúde Mental possuam redes de serviços específicas organizadas de maneira setorial em acordo com as suas particularidades, existem orientações a partir de leis, decretos e portarias, com o foco na articulação intersetorial entre essas redes, já que essa interligação se assenta como primordial na construção da proteção integral desse público.

A temática da intersetorialidade vem ocupando lugar central nas discussões sobre as políticas sociais brasileiras e, isso se deve, a complexidade da questão social, e conseqüentemente, a debilidade do sistema de proteção social em responder as demandas por direitos sociais (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Essa fragilidade do sistema de proteção social, acontece devido as tensões trazidas pelo neoliberalismo, o qual, com sua tendência restritiva e de redução dos direitos sociais, tem transformado as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, o que limita os padrões universalistas e redistributivos de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As Políticas Públicas, de acordo com esse contexto, são elaboradas para atuar de maneira fragmentada, setorializada e desarticulada, com vistas a reforçar uma modalidade de gestão hierárquica e centralizadora. Diante disso, existem dois projetos de intersectorialidade: o neoliberal e o democrático. De modo que ao se vincular as expectativas neoliberais, a intersectorialidade, apresenta-se de maneira estrita e reducionista, como resposta positiva a ineficiência do aparato estatal, em que não há participação e o poder encontra-se centralizado, desviando o debate sobre os efeitos adversos dos ajustes neoliberais. Já o projeto democrático busca a socialização da política, o compartilhamento, plural e equânime, e do poder decisório, o qual compromete-se com a luta contra a apropriação personalista, corporativa e monopolista dos saberes. A vista disso, a perspectiva da intersectorialidade deve ser a que partilha o poder, constrói consensos e realiza negociações de maneira horizontal (BIDARRA, DOURADO, 2020).

Diante disso, entende-se que é necessário investir no projeto democrático, que busca romper com a fragmentação das políticas sociais e com as barreiras que impendem o trabalho intersectorial (centralização, competição, personalismo, entre outros), e, assim, ultrapassar as resistências do ajuste neoliberal. Contudo, atuar na perspectiva da intersectorialidade requer esforço, pois não é algo tido como natural, apesar de estar previstos nas legislações, é algo que tem que ser ativamente construído, pois significa realizar pactuações entre diferentes setores e atores, que possuem diversas concepções de mundo, mais que devem partilhar respostas para os problemas que lhes são comuns (BIDARRA, DOURADO, 2020).

Para isso a efetivação da intersectorialidade requer condições adequadas, e para esse alcance ganha centralidade a discussão sobre o planejamento das atividades conjuntas, a qual deve ser a tradução da articulação entre os saberes e as práticas setoriais, ao sintetizar os conhecimentos diversos, na construção de objetos e objetivos comuns, para atuar sobre os problemas concretos, o que difere das propostas de sobreposição ou justaposição de ações setoriais (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Adiante a discussão sobre o planejamento, salienta-se as considerações de Monnerat e Souza (2014) sobre o território em que essas ações planejadas e partilhadas devem ser concretizadas. Os autores afirmam que é imprescindível que as diferentes políticas públicas setoriais tenham uma definição comum de território, pois o território visto, apenas, como uma região demográfica apresenta-se como um obstáculo para a intersectorialidade. Para evitar esse equívoco na compreensão de território é importante que exista o diálogo para a negociação política entre os setores envolvidos. Ademais uma atuação orientada para o território requer para além de um cardápio de ações e serviços, a construção de objetos de intervenção comum independente da questão geográfica. Logo, a longevidade de projetos intersectoriais exige negociação política (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Logo, a efetivação da proteção social precisa acontecer por meio de práticas, dos diferentes saberes, que se articulam, vinculam, dialogam e partilham um território e um objetivo comum.

Para as infâncias e juventudes que necessita de cuidado em saúde mental, a intersetorialidade figura como estratégia fundamental, pois deverá se efetivar na corresponsabilização dos diversos setores na formação das redes de cuidado, demonstrando, assim, a necessidade de uma política que não apenas dialogue com os outros campos de saberes, mas que compartilhem o cuidado, criando espaços em que os diferentes serviços possam construir, articular, de maneira a planejar e construir um cuidado integral (COUTO; DELGADO, 2016).

Assim, reafirma-se a importância de uma direção pública, que respeite as especificidades de cada política, mas que permita a construção de um lugar comum, onde as respostas estejam de acordo com as necessidades das infâncias e juventudes que demandam cuidado em saúde mental, as quais precisam, dentro do sistema de proteção social brasileiro, serem vistos na sua integralidade, como sujeitos de direitos.

Considerações Finais

A intersetorialidade, como diretriz político-estratégica, desponta como um caminho favorável para a efetivação de um sistema de Proteção Social para Infância e Juventude que necessita de cuidado em saúde mental. Para isso, os serviços que prestam o cuidado devem produzir ações conjuntas e planejadas, baseadas na articulação, no conectar das redes, que favoreçam a emancipação desses sujeitos, pois, a força da intersetorialidade está na capacidade de proporcionar cidadania, por meio do desenvolvimento da sociabilidade e do protagonismo.

Porém, é necessário reconhecer os desafios que a intersetorialidade incorpora durante a sua realização, principalmente, aqueles trazidos pelo ideário neoliberal. Nessa conjuntura evidencia-se a trajetória das Políticas Sociais, em que, os padrões universalistas e redistributivos foram tencionados e reduzidos em ações pontuais e compensatórias, pois as políticas sociais são regulamentadas, planejadas, gestadas, financiadas e executadas em separado. Assim, o que se tem são políticas específicas, setorizadas e desarticuladas, que realiza uma atenção fragmentada as necessidades da população, esquecendo-se da integralidade no cuidado.

Por causa disso, não se pode deixar de indicar que existe uma lacuna entre a intenção e a materialização da intersetorialidade, pois, tradicionalmente as ações para a infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental tem-se configurado, também, de maneira setorizada e fragmentada. Para isso é importante estimular as discussões no Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, responsável por construir coletiva e intersetorialmente as bases da política pública de saúde mental infantojuvenil, cuja última reunião ocorreu no ano de 2012, e não só a nível nacional, mas também, municipal e estadual, buscando garantir atenção integral a esse público, conforme as suas singularidades.

Tal reconhecimento possibilita atuar de maneira a fortalecer o que essa diretriz apresenta de mais salutar para o cuidado integral do público infantojuvenil que demanda cuidado em saúde mental. Por conseguinte, ressalta-se que mesmo diante dos ajustes neoliberais, é preciso compreender a intersectorialidade em acordo com o projeto democrático, como um caminho para um sistema de proteção social que coloque o Estado como responsável pelo cuidado a esse público, alinhado as diretrizes do ECA e da Reforma Psiquiátrica. Pois compreende-se que o êxito da intersectorialidade depende uma direção comum entre setores com práticas e tarefas distintas.

Por fim, acentua-se que a IV Conferência foi a última em Saúde Mental e muitos dos desafios nela levantados ainda não foram solucionados, além de outros que se aprofundaram, como a questão do financiamento. Com um intervalo de mais de dez anos, está sendo organizada a V Conferência Nacional de Saúde Mental para 2023, onde se espera que a temática da intersectorialidade prevaleça como central, e que os direcionamentos da Política de Saúde Mental infantojuvenil tornem-se prioridade na agenda do Estado, para que se possa realizar pactuações que concorram para a consolidação do Sistema de Proteção Social para a infância e juventude que necessita de cuidado em saúde mental.

Referências

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In Amarante, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2014. p. 73-84.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016.
- BAPTISTA, M.V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, 2012. p. 179-199.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BIDARRA, Z. S., e DOURADO, A. L. (2020). Intersetorialidade em redes de políticas públicas para consolidar o Sistema de Garantia dos Direitos: o que aprendemos nesses 30 anos de Estatuto da Criança e do Adolescente? **Emancipação**, 20, p. 1-22.
- BOSCHETTI, Ivanete. **A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Artigos 196 a 200
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção primária a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde** (sus). Brasília, 2022. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004.** Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, DF, 09 abr. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 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. Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990.** ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. **CÓDIGO DE MENORES DE 1927.** Lei nº 17943 – A, de 12 de outubro de 1927.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Conasa). Comissão Organizadora da IV CNSM. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3,** de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.

CONANDA. **RESOLUÇÃO nº 113, de 19 de abril de 2006** - Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p.271-279.

FALEIROS, V. P. Infância e Processo Político no Brasil. In: RIZZINI, I; PILOTTI, F. (Org.). **A Arte de Governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 33-96.

MONFREDINI, M. I. Proteção integral e garantia de direitos da criança e do adolescente: desafios à intersetorialidade. 2013. 296f. **Tese (Doutorado)** – Universidade Estadual de Campina

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G.L; ALMEIDA, N. L.T.; SOUZA, R. G. (orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais.** Campinas (SP): Papel Social, 2014. p. 41-54

NETO, W. N. Promoção e proteção de direitos humanos de crianças e adolescentes. In: FAVERO, E. T; PINI, F. R. O.; OLIVEIRA e SILVA, M. L. (orgs). **ECA e proteção integral de crianças e adolescentes.** São Paulo: Cortez, 2020. p. 41-60.

PEREIRA, P. A. A Intersetorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T; SOUSA, R. G. (ogs.) **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais.** Campinas: Papel Social, 2014, p. 21-41.

PEREIRA, S. L. B. **Intersetorialidade na política de saúde mental:** Uma análise a partir das articulações tecidas pelos/as assistentes sociais nas redes intersetoriais. 2018. 288 p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

REIS, A. O. A. et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2016. p. 109-130.

RIZZINI, I. Crianças e Menores: do pátrio poder ao pátrio dever – um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A Arte de Governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 97-149.

SCHEINVAR, E. Idade e Proteção: fundamentos legais para a criminalização da criança, do adolescente e da família (pobres). In: NASCIMENTO, Maria Lúvia do. **PIVETES. A produção de infâncias desiguais**. Rio de Janeiro/Niterói, Oficina do Autor/Intertexto, 2002. p. 83 – 109.

SOUZA, A. C. **Estratégias de Inclusão da Saúde Mental na Atenção básica**: um movimento das mares. São Paulo: Hucitec, 2015.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O SUS em Perspectiva. In: CAMPOS, G. et.al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2014. P.559- 590.

YAZBEK, M. C. Sistema de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T; SOUSA, R. G. (ogs.) **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p.77-103.

ZANIANI, Ednéia Jose Martins; LUZIO, Cristina Amélia. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Psicologia em Revista**. v. 20, n. 1, p. 56-57, abr. 2014.

Contribuições das autoras:

Sayonara Genilda de Sousa Lima: levantamento e análise de dados. Concepção, construção e redação do artigo.

Sofia Laurentino Barbosa Pereira: apoio e orientação na análise dos dados. Redação e revisão do artigo.
