

EM BUSCA DA VIDA INTERSETORIAL DE MARILDA: SAÚDE MENTAL E OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS

search of the intersectorial life of Marilda: mental health and other public policies

Ricardo André Cecchin

Psicólogo, Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrando no PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

E-mail: ricardocaxambo@yahoo.com.br

Resumo

Esta pesquisa busca cartografar como acontece a intersectorialidade, cuja estratégia foi idealizada em várias conferências de políticas públicas brasileiras. Para tal, seguiu-se algumas pistas deixadas por profissionais implicados no caso de uma usuária de vários serviços públicos de um município da região metropolitana de Porto Alegre, a Marilda. Transitou-se por três setores envolvidos neste caso (saúde, justiça e assistência social) e entrevistou-se uma profissional de cada um destes serviços. Também, agregou-se ao acervo de dados uma consulta de prontuários e outros registros institucionais por onde ela andou em busca de uma vida melhor. Os referenciais da Análise Institucional compõem a análise dos dados com as diretrizes políticas dos Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social. O método da pesquisa é a cartografia. Observaram-se algumas vias de diálogo entre as políticas assistenciais, alguns canais de comunicação fluidos, dificuldades e entraves, cujos (re)fluxos deixam algumas pistas de como se pode criar condições de possibilidade para se construir um caso intersectorial, complexo e coletivo.

Palavras-chave: Intersectorialidade; Políticas Públicas; Diálogo; Saúde Mental; Caso.

Abstract

This research aims to cartograph the way the intersectorality happens, a strategy idealized at various conferences of Brazilian public policy, by interviewing actors involved in the case of a user of several public services of a city in the metropolitan region of Porto Alegre, Marilda. The research seeks interlocutions

Rosemarie Gartner Tschiedel

Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2006). Professora adjunta no Departamento de Psicologia Social e Institucional e no PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

E-mail: rosetschiedel@gmail.com

between three sectors involved in this case - health, justice and social assistance – by interviewing a professional of each of these charts and also consulting medical records and other institutional records, from where she had been searching a better life. The Institutional Analysis references are articulated with the Single Health Systems (SUS) and Social Assistance (SUAS) policy guidelines. The research method is the cartography. It has been observed several channels of dialogue between the assistencial policies and fluid communication channels, even if there are still some positions far from reaching the construction of an intersectoral case, complex and collective.

Keywords: Intersectorality; Public Policy; Dialogue; Mental Health; Clinical Case.

Introdução

Este trabalho de pesquisa e intervenção procurou em sua arteficialidade construir platôs de inteligibilidade para quem busca acessar meandros políticos de difícil identificação, seja por suas sutilezas, novidade ou raridade: a intersectorialidade como ideal das políticas públicas pergunta pelo seu real e pelo seu possível no cotidiano dos serviços públicos. Como dizer que ela acontece se mesmo sua anunciação ainda mantém uma aura de novidade e amadurecimento no cenário nacional? Fazer circular saberes e

poderes entre os setores governamentais em um país de recente processo de democratização é um desafio, principalmente quando lembramos nossa história de colonialismo e exploração¹. Pois tal legado, ainda hoje, passados muitos governos autoritários e ditatoriais, ainda imprime na cultura muitos de seus traços, reproduzindo e atualizando-os.

Na educação, na saúde, na assistência social ou na justiça, seja onde for, dentro e fora do campo macropolítico, essa cultura da brasilidade imprime seus modos de subjetivação e, como não poderia deixar de ser, nas pequenas ações cotidianas das pessoas que exercem cargos de competência nas instituições, na micropolítica dos afetos cotidianos, se repetem relações de abuso de autoridade, discriminação racial e sexual, moralismos e arcaísmos. Ou seja, os equipamentos (serviços de saúde, escolas, centros de assistência, entre outros) do Estado Brasileiro de Direito Democrático, ainda hoje, depois de instituída toda uma constituição democrática de direito e políticas pretensamente públicas, realizam muitas vezes um trabalho de sobrecodificação dessa história de mais de quinhentos anos.

Na história da loucura não foi diferente: os equipamentos do Estado ocupados no controle dos ditos anormais confinou, no auge do positivismo “cada lugar na sua coisa” e delegou ao futuro uma missão quase impossível de reintegração à sociedade de tudo que lhe foi segregado. Os loucos, as crianças abandonadas, os criminosos, os idosos, os excepcionais e outros tantos diagnosticados como incompatíveis com o convívio social tornaram-se reféns de instituições totais.

Desde a reabertura democrática do país, com os avanços decorrentes do movimento instituinte da Lei da Reforma Psiquiátrica, os

militantes da luta antimanicomial compreendem bem a necessidade de diálogo entre setores do Estado na tentativa de reduzir os danos da fragmentação das políticas públicas. Assim, ao mesmo tempo necessária e difícil, a intersectorialidade acontece aqui e ali, de forma linear ou tortuosa, direta e indiretamente, fluida ou truncada. Contanto que ninguém sabe uma fórmula mágica de como seria trabalhar junto no Brasil.

Esta pesquisa inicia como trabalho de conclusão de curso, em 2011, na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A potência de uma formação em serviços do SUS está em preparar os futuros profissionais desta política pública em consonância com seus princípios e diretrizes; sensibilizando-os para produções de saúde implicadas com as realidades múltiplas e singulares nas quais a vida acontece.

O objetivo desta pesquisa é contribuir um pouco numa reflexão sobre a intersectorialidade, cartografando os encontros e desencontros em torno da assistência de uma cidadã, a Marilda. E, para tal, atentos aos deslocamentos e afetos do percurso, realizamos entrevistas em alguns serviços por onde ela passou e deixou vestígios. As entrevistas foram escolhidas no projeto de pesquisa na esteira dos três principais setores utilizados por esta cidadã: saúde mental, assistência social e ministério público. Com o material de pesquisa funcionando como um espaço de conversação entre os pesquisadores e os referenciais da Análise Institucional intenta-se acompanhar os caminhos que uma cidadã como ela precisa percorrer para melhorar sua vida e, principalmente, compreender como acontecem (ou não) diálogos entre os serviços públicos no Brasil, mais especificamente, nesta cidade da

região metropolitana de Porto Alegre.

No texto deste artigo, cabe frisar, todos os familiares, a Marilda mesma e as pessoas entrevistadas para a pesquisa, tiveram seus nomes trocados por nomes fictícios.

A cidade da Marilda, que foi cenário de práticas da Residência, tem uma população de aproximadamente duzentos e quarenta mil habitantes, localizada na região metropolitana da capital do estado do Rio Grande do Sul, com sua história e geografia particulares. Esta, como muitos outros municípios, do Brasil, enfrenta no cotidiano as dificuldades da concentração de renda e sua reprodução neoliberal. O Estado brasileiro, na esteira da globalização e das políticas que buscam amenizar os danos da economia de mercado, institui, na década de noventa, leis e programas de assistência à sua nação de desfiliaados². A seguridade social ganha força na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e outras políticas públicas, ainda que perdendo muito com a herança secular da expropriação e da corrupção, a abismal desigualdade social, os interesses privados e corporativistas. Cabe perceber que os horizontes das políticas públicas estão situados na contramão da política global neoliberal.

Sobre este processo de instituição das políticas públicas, em especial no campo da saúde pública, a compreensão da necessidade de sair de um modelo antigo, centrado na figura do especialista, do médico e do hospital, abre a discussão para outras formas de trabalhar em saúde, outras formas dos serviços estatais assistirem a seus cidadãos. Na década de 90, com os ideais democráticos na pauta brasileira, as ideias de sistema, redes sociais, rede assistencial, redes de cuidado, entre outras, começam a surgir entre os pensadores dessas políticas. Um bom exemplo a este respeito é o campo da saúde mental, onde

aparecem essas noções de rede no centro das discussões da segunda e terceira Conferência Nacional da Saúde Mental (CNSM). Um estudo sobre este processo de surgimento das noções de rede na saúde e na saúde mental³ mostra que nas últimas décadas há um destaque para o caráter inter-setorial e informal da rede. No campo da saúde mental, pode-se referir que uma rede de atenção em saúde mental envolveria pelo menos três níveis: intra-setorial (setor saúde); inter-setorial (educação, cultura, trabalho); e rede social (envolvendo os dispositivos sociais: associações de bairro, igrejas, bares, cooperativas).

Na 2ª CNSM é ressaltada a necessidade de um entendimento do processo saúde/doença de modo contextualizado, ocorrendo uma crítica à compartimentalização do sujeito operada pelas disciplinas profissionais e pelos serviços de saúde. Como desdobramento, no plano assistencial defende-se uma atenção integral em saúde mental, a qual implica “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)”^{4:07}.

No entanto, mesmo havendo compreensão, entendimento e governabilidade de quem pensa os modos de operar democraticamente as políticas públicas, isto não implica seu reflexo no cotidiano da realidade dos serviços, nas relações entre trabalhadores ou destes com a população usuária. Em serviços de saúde mental, constata-se que é comum chegarem pessoas por encaminhamento da assistência social, ou por determinação judicial, acompanhadas pela brigada militar, etc. - trânsitos sempre estranhos tanto para os usuários dos programas de assistência como para seus trabalhadores.

Em 2011, na IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, houve deliberações no sentido de tornar a intersectorialidade: uma estratégia da atenção psicossocial, estabelecê-la como um sistema integrado de políticas públicas, formatá-la como fórum, estabelecer protocolos de cooperação intersectorial nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal). Ou seja, inferiram-se várias formas de viabilizar esta pretensão política, explícita no nome desta conferência intersectorial, com vistas à desfragmentação das políticas.

Com isso, percebe-se que as políticas públicas em geral estão compreendendo a necessidade de diálogo entre si como uma estratégia democratizadora, uma forma de fazer circular saberes e poderes nos processos de decisão política e gestão dos espaços públicos. Contudo, quem utiliza os serviços, quem trabalha neles, o quanto compreendem essas necessidades da gestão?

Um perigo presente quanto a essa questão está presente:

Aponta-se assim o risco de que, ao invés de o sistema ser organizado em função das pessoas (no caso, dos usuários e trabalhadores do sistema de saúde pública), as pessoas é que acabam tendo que se organizar em função do sistema, tornando-se mais uma 'roda dentada' de sua engrenagem. Isso ajuda a explicar os processos de alienação a que trabalhadores e usuários dos serviços de saúde são submetidos em seu dia-a-dia. Não é difícil observarmos usuários que tentam acessar um serviço de saúde e descobrem que "não estão no lugar certo". "Mas porque

não posso ter uma consulta aqui?", poderia perguntar um usuário. E a resposta seria: porque o sistema é que determina os pontos de entrada, saída, encaixe e circulação. Também não é incomum observarmos profissionais que não sabem o que fazer quando a necessidade do usuário não corresponde ao "perfil" do serviço acessado (...). De fato, então, não temos um sistema único, mas vários pretensos sistemas únicos operando por filiação: saúde, assistência social, justiça, e assim por diante.^{3:92}

Marilda é uma dessas rodas dentadas da engrenagem, ou ainda, uma usuária intersectorial dos equipamentos do Estado brasileiro. Sua vida é questão (quando não é problema) para a Saúde Mental, para a Justiça, para a Coordenadoria da Mulher, para a Assistência Social e outros setores de seu município. De sua vida, fazem parte sua filha Luciana e seu ex-marido Cássio; e todos os demais atores sociais envolvidos com a problemática instaurada pela história de sofrimentos desta família. Compõem o elenco: juízes, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, advogados, médicos, motoristas, vizinhos e outras tantas pessoas. O cenário: sofrimento psíquico grave, abusos, dependência de fármacos e outras drogas, violência física, internações psiquiátricas, prisões pela Maria da Penha, *habeas corpus* comprado com a promessa de um vestido novo.

Esta pesquisa-intervenção contou com o convênio da Residência com a Secretaria de Saúde deste município onde Marilda vive e está vinculada aos referidos serviços públicos. O desenho mais especificado deste projeto de pesquisa surgiu em uma reunião no CAPS II (Centro de Atenção

Psicossocial), cenário de práticas desta Residência em saúde, entre sua equipe e a equipe do Centro Regional Especializado de Assistência Social (CREAS). Entre os técnicos presentes nesta reunião surge, mais uma vez, a ideia de fazer um filme-documentário, pois a riqueza de um estudo deste caso é consensual entre os sujeitos implicados com o cuidado da Marilda. Como diz uma amiga, “fazer política é fazer caso” e é “dar visibilidade a poderes enfraquecidos”ⁱⁱ. Vale citar aqui que uma inspiração a esta pesquisa cartográfica foi o estudo do caso Estamiraⁱⁱⁱ, com seu documentário cinematográfico, o qual ilustra bem a amplitude de questões que se abrem ao pesquisador no encontro com um caso sócio-político encarnado em pessoa.

Sobre como se efetivaram as entrevistas da pesquisa e ela mesma:

As entrevistas que compõem a pesquisa “Em busca da vida intersetorial de Marilda: saúde mental e outras políticas públicas” foram feitas dentro a ética do método cartográfico⁵. Mesmo sem ter de antemão, numa totalidade, as perguntas, uma sistemática, um roteiro pré-definido, mesmo assim e por isso mesmo, como se dão as entrevistas e outras produções de dados nesta pesquisa é questão para o pesquisador-cartógrafo. Cabe inferir que o termo “entrevista” não representa bem a proposta deste encontro entre o pesquisador-cartógrafo e seus parceiros de viagem nesta cartografia, pois se trata mais de um espaço de conversação⁶ do que uma entrevista propriamente dita. Os modos de comunicação em saúde apontam para uma rede de conversações dentro e fora dos serviços de saúde como uma diretriz dos modos de cuidar e ser

cuidado. E assim, nesta proposta de conversação entre trabalhadores de políticas públicas, com um caráter processual de encontro, sem um modelo de investigação ou roteiro antecipado, o método vai se fazendo no acompanhamento dos movimentos disruptivos, nos deslocamentos, desvios e contágios.

Os percursos atrás de interlocuções

A primeira entrevista foi agendada com a Sabrina, trabalhadora do CAPS II, cujo serviço é campo de práticas da residência em saúde mental coletiva. No diário de campo de Ricardo fica evidente a micropolítica dos afetos que o levou a conversar com ela:

foi de forma tão fluente e próxima dos outros tantos convívios que nos foram possíveis na agenda semanal da Residência, que no momento de transcrever sua gravação em texto, tive impressão de que a escolhi para auxiliar no meu próprio argumento, pois compartilhamos de vários posicionamentos na clínica-política que fizemos em nosso trabalho em saúde mental. Já nos conhecíamos de outros tempos e espaços, sabemos fazer e fazemos saber coisas semelhantes no nosso trabalho em saúde por nossa formação em serviços e outros espaços de cuidado; sua fala expressa algo de que compartilho e o modo como ela narra histórias sobre a Marilda e sua família alinha-se com minha própria narratividade.ⁱⁱⁱ

ⁱ Citação de uma fala informal de uma amiga, Sandra Fagundes, psicóloga e mestre em educação pela UFRGS.

ⁱⁱ Estamira, filme documentário, dirigido por Marcos Prado. Rio de Janeiro; 2004.

ⁱⁱⁱ Retirado do diário de campo do Ricardo, 2011.

A Sabrina foi quem indicou a Augusta, assistente social que no ano anterior acompanhou de perto o caso da Marilda pela Coordenadoria da Mulher. A Augusta estava presente nas reuniões com o CREAS, ocorridas na sala da equipe do CAPS II. Ela logo se prontificou a contribuir para esta pesquisa, marcando um encontro para a semana seguinte. Um bom espaço de conversação foi o bastante para coletar discursos outros sobre o caso, falas que destoavam um pouco da conversa com a Sabrina, mas, de modo geral, discursos com muita propriedade do tema e coerência interna.

O terceiro setor escolhido para compor esta cartografia foi a Justiça, no caso, o Ministério Público (MP), um lugar “extraterrestre” para quem pertence ao “mundinho da saúde”! A dificuldade de acesso às pessoas que trabalham com os processos, promotores e juízes é tamanha que não pode deixar de somar aqui como um analisador o acesso a este serviço. Para se ter uma noção das dificuldades em acessá-lo cabe citar novamente um trecho do diário de campo:

A roupa que se usa é mencionada imediatamente pela primeira promotora que encontro em busca de informações sobre o caso ‘Desculpe minha roupa, você já deve ter reparado, com ela, que não sou promotora da vara criminal da família (...)’. E esta pessoa estava impecável em seu traje social típico das mais altas elites brasileiras; enquanto minha roupa, mesmo sendo uma de minhas melhores, me deixava com vergonha de responder a qualquer comentário sobre este tema. Além disso, pegar o elevador e caminhar pelos corredores do Ministério Público - SOMENTE usando um crachá de “visitante” e

acompanhado por pessoas ordenadas para tal. Os seguranças da portaria são brigadianos (polícia militar).^{iv}

Descobrir quem do Ministério Público (MP) participou do caso foi tarefa difícil. Tentou-se encontrar algum nome nos prontuários e com as equipes dos dois CAPS envolvidos com a família - o CAPS II que referencia a Marilda e sua filha Luciana; e o outro serviço, que atendia o Cássio. Na quarta vez que se procura o MP em busca de interlocução para a pesquisa, o assessor de uma promotora encaminha o convite para participação na pesquisa para outra vara criminal, dizendo que assim foi feito o “despacho” pela promotora.

Sem obter resposta em tempo hábil para conclusão desta pesquisa, o dado mais evidente é o da dificuldade de interlocução com o Ministério Público. Serve aqui, na pesquisa, como um analisador⁷, como uma pista de como (não) acontece a intersectorialidade entre o MP e outros equipamentos do Estado brasileiro.

Uma breve história da Marilda

A Marilda estava casada há mais de trinta anos com seu marido Cássio quando teve início o processo desta pesquisa. O casal teve três filhas e um filho, o qual morreu assassinado quando adolescente. Desde essa perda, a família sofre um luto, de certa forma, manifestado em um certo quadro depressivo. A filha mais velha, Luciana, também perdeu um filho depois de brigar com seu pai, Cássio, que a agride e põe para fora de casa no frio e na chuva com o bebê. Houve, depois da morte deste bebê, vários episódios de falsa

^{iv}Retirado do diário de campo do Ricardo, 2011.

gravidez que levam Luciana buscar suporte em um serviço de saúde mental. Tanto ela como Marilda estão referenciadas em um mesmo CAPS II; e o Cássio, devido a um diagnóstico de dependência química, em outro serviço da rede de saúde mental do município.

Com uma longa trajetória de internações psiquiátricas no Hospital Psiquiátrico São Pedro e em outros hospitais de Porto Alegre, medicalização psiquiátrica de uso (nem sempre) controlado, estima-se que Marilda é atendida em seu município desde a fundação de seu primeiro ambulatório de saúde mental. Ela foi vítima de agressões por parte do marido há muitos anos e buscou ajuda nos serviços de saúde mental, também na Coordenadoria da Mulher, no CREAS e em outros serviços da assistência social. Estes serviços buscam auxílio na justiça com o Ministério Público. Através da aplicação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340 de 2006), Cássio foi preso por quinze dias, até que a própria Marilda pediu sua libertação sob veto de um *habeas corpus* adquirido com a promessa de um vestido novo.

Presume-se que, todas as filhas do casal foram abusadas e agredidas pelo pai; a mais jovem saiu de casa com 13 anos de idade para morar com o namorado e até hoje tem medo do pai. Luciana ainda vive com Marilda, enquanto as outras duas filhas saíram de casa logo que puderam. Marilda fala com muita dor dessas filhas, que vivem longe dela, principalmente da mais jovem, que foi muito agredida pelo pai.

Em busca da intersectorialidade

Marilda nos mostra que alguns cidadãos e coletivos, irreduzíveis a apenas uma clivagem

política, precisam de assistências múltiplas - precisam, por exemplo, de atenção da saúde, assistência social, proteção jurídica, habitação, educação, cultura, saneamento básico, entre outras - e a intersectorialidade torna-se imprescindível para uma mínima integralidade da atenção. É o caso de muitos usuários da saúde mental, das crianças, dos idosos, dos usuários de substâncias psicoativas, dos povos indígenas, dos sindrômicos, enfim, casos e complexidades que exigem integralidade nas interferências assistenciais, ou seja, integração das políticas que lhe garantem direitos.

Uma questão inicial: por que a política foi segmentarizada se na prática as ações, não apenas em casos mais complexos, precisariam ser integrais? A noção de segmentaridade foi construída por etnólogos para dar conta das sociedades primitivas, sem Estado, mas filosoficamente ampliada⁸ toma outro caráter: “Somos segmentarizados por todos os lados e em todas direções. O homem é um animal segmentário”^{8:83}. Sem precisar opor o central e o segmentário, ou diferir das sociedades primitivas, pois sendo a centralização sempre hierárquica e a hierarquia, sempre segmentária, “o sistema político moderno é um todo global, unificado e unificante, mas porque implica um conjunto de subsistemas justapostos, imbricados, ordenados, de modo que a análise das decisões revela toda espécie de compartimentações e de processos parciais que não se prolongam uns nos outros sem defasagens ou deslocamentos”^{8:85}. Assim, considerando a segmentaridade como uma condição humana, uma condição do pensamento, do poder de decidir, sem precisar divagar mais sobre a necessidade ou não de segmentar, outra pergunta bate à porta desta cartografia: uma vez segmentarizadas, as políticas que se pretende integrar perdem ou ganham força na união? A

integração de políticas viria com a intenção de minimizar as defasagens inerentes ao processo da segmentarização?

E, ainda, uma diferenciação parece apropriada para propor outro rumo a essa questão, conexão e conjugação:

- Conexão: união que precipita, aumenta ou aquece as possibilidades dos seus segmentos lançados entre si;

- Conjugação: união que imobiliza o fluxo de possibilidades dos mesmos segmentos sob o domínio de um deles;

No entanto, por teorema, é o fluxo mais desterritorializado que aciona a conjugação de fluxos, que limita, diminui, esfria, imobiliza os processos reterritorializando-os. Ou seja, traduzindo isso para as políticas públicas brasileiras, os sujeitos ou coletivos mais inacessíveis ao controle do Estado são os que correm maior risco de serem capturados por apenas uma de suas segmentações burocráticas. Paradoxalmente, são também os que podem agenciar novos segmentos e programas de assistência, projetos-piloto, inovação e protagonismo.

Depende, então, de como serão agenciadas as ações de alguma política pública em sua execução, se conectadas ou conjugadas nos âmbitos macro e micropolíticos. Seria na união de segmentos políticos (setores da política) com vistas, por exemplo, ao combate da exploração infantil, à erradicação da fome, ou no programa de prevenção da violência, que se tenderia a conjugar fluxos políticos em reterritorializações burocráticas. Programas interministeriais, em âmbito nacional, teriam como que um prazo de validade por necessitarem de permanente atualização e adaptação no cenário nacional. A

intersectorialidade, as ações intersectoriais, correm risco de institucionalizarem-se sob agenciamentos estáveis, da mesma forma que notamos com o estudo sobre o andamento da reforma psiquiátrica brasileira, incorrendo em cristalizações sobre o modelo que pretendia superar.

Agenciamentos mais potentes se dariam, conforme esta lógica, em ações conjuntas protagonizadas por agentes políticos com vistas a casos singularizados de cidadãos ou coletivos que demandem ações intersectoriais e que não estejam nas agendas dos setores acionados. Nesta linha, a potencialidade dessas ações não programadas, conectadas ao nível micropolítico por desejo dos técnicos que inventam algo novo ao se reunirem para conversar, e por se tratarem de conexões do trabalho vivo em ato, aumentaria suas chances de êxito⁹.

Não obstante, na história das políticas públicas brasileiras e de como delas se aproximou essa noção de intersectorialidade pode-se atentar para o protagonismo de vários segmentos da sociedade civil através de mobilizações sociais, como a Reforma Sanitária e a luta antimanicomial.

Por exemplo, sobre a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes¹⁰, também compreende-se o diálogo entre setores como necessário e uma premissa básica. E, desta ótica, acresce-se a problemática de que ações intersectoriais acontecem apenas quando as ações setoriais e/ou especializadas não mostram eficácia, sendo consenso a necessidade de dialogar apenas quando os casos são reais e complexos demais para um só setor responder à demanda. Em um estudo sobre a implementação dessa política no Brasil, em meados do século XXI, localiza-se a intersectorialidade historicamente como uma ação apenas iniciada pela política de saúde mental infantil e que seu modo de funcionar passa pelo

modo como se elegem os casos, como eles são apresentados pelas equipes, ou profissional que as represente nos encontros intersetoriais:

É a construção do problema, a forma como é proposto e a posição de quem o propõe, que podem potencializar parcerias efetivas, escapando de armadilhas corriqueiras como as da rivalidade, delegação de responsabilidade ou a de expertise e mestria entre um setor e o outro.^{10:276}

Sobre a construção do caso, buscando compreender como ele é composto, sob o viés da psicanálise¹⁰, um caso é entendido como uma construção entre o que se fala e o que se escuta, uma ficção, uma apreensão circunstancial e momentânea de uma construção. Ao referir o caso com a metáfora da “vida entre parênteses”, pode-se dizer que estes seriam os indicadores dos limites do discurso de quem constrói o caso, pois “os casos revelam em maior ou menor grau, seu autor”.¹¹.

E, seguindo as diretrizes intersetoriais da política, de casos construídos por equipes multiprofissionais, resta perguntar como se constrói um caso de uma maneira coletiva. E, também, como se constrói um caso com o próprio protagonista da política pública - o usuário do sistema ou dos sistemas que podem lhe servir. Nesse sentido, aponta-se para o modo como se dão os encontros nos serviços de saúde. A forma como o usuário é acolhido em sua recepção no(s) serviço(s) depende sobremaneira do entendimento (da equipe) de que aquele é um espaço primordial de investigação, elaboração e negociação das necessidades que podem vir a serem satisfeitas⁶. Pode-se dizer o óbvio ainda, de que não é apenas no momento e espaço formal

da recepção do(s) serviço(s) que se compreende este espaço primordial, mas em todos os demais encontros assistenciais, visto que todas suas passagens pelo(s) serviço(s) implicarão em espaços de investigação, elaboração e negociação de necessidades. E, ainda, outra obviedade: no encontro trabalhador-usuário dos serviços, em questões micropolíticas, o que importa a essa relação se dá na conversa. Considerando o trabalho em saúde em sua materialidade, pode-se inferir [nada mais evidente] que ele aconteça [em grande parte] nas conversas, sejam individuais ou em grupo, nos serviços ou nos territórios assistidos, de forma que se aponta a conversa como o material do trabalho vivo em ato⁹ em sua formulação mais micropolítica. Ainda sobre isto, pode-se fazer paralelos entre técnicas de conversa e democracia, propondo ao nível micropolítico uma “democracia viva em ato”, onde um dispositivo técnico que ele definiu como acolhimento-diálogo corresponde a um tipo geral de comunicação entre os elementos que compõem a rede, funcionando como dinamizador das relações dos encontros em serviços de saúde, ao mesmo tempo, produtor de saúde e educativo.

Agora, deslocando esse vetor da democracia viva em ato para nosso foco de estudo, a intersetorialidade, o óbvio seria dizer que ela acontece no diálogo e que o diálogo é um tipo de comunicação. A forma como se dão as trocas de informações e como se constroem os casos, diagnósticos, os projetos terapêuticos singulares e prognósticos, entre os serviços que buscam aproximar-se da vida de seus usuários podem acontecer de várias formas. Sobre as diferentes formas de comunicação na saúde, uma sistematização teórica¹² que discrimina quatro modelos ou esquemas de interpretação: 1) unilinear; 2) dialógico; 3) estrutural; 4) diagramático. Desde o início do século XX, o

campo de saberes e práticas da comunicação, para se legitimar científica e institucionalmente, buscou influir mais no comportamento consumidor e na propaganda política do que nos meios comunicacionais. Fortemente influenciado pelo behaviorismo norte-americano, explicando os fenômenos comunicacionais em fator de estímulo e resposta, temos o primeiro e principal modelo comunicacional - o modelo unilinear. Contextualizando a realidade da saúde brasileira, identifica-se os problemas comunicacionais das campanhas de educação sanitária e erradicação de certos comportamentos como derivados deste modelo; desde os primórdios da saúde pública brasileira até hoje, este continua sendo o principal paradigma das práticas de comunicação.

No campo específico da saúde, nas últimas seis décadas, a partir de questionamentos críticos, a hegemonia do modelo unilinear perde espaço para abordagens alternativas condensadas em dois modelos, o dialógico e o estrutural. Por guardarem em comum uma oposição radical ao primeiro modelo, são focos de tensionamento no campo da comunicação em saúde e buscam instrumentalizar outros tipos de práticas, mas, antes disso, correspondem a outras tradições filosóficas e outros modos de valoração que não se hegemonizaram. A expressão do pensamento crítico desencadeado por Paulo Freire denuncia a invasão cultural e propõe a ação cultural dialógica, que não transforme o homem em quase coisa. Esta consciência de que a comunicação acontece entre dois sujeitos ativos recebe o nome de modelo dialógico. A escolha por este esquema se justifica mais por uma intenção ética, conquanto haja um inegociável no campo da saúde que incide no fato dos usuários usarem os serviços e que eles consomem suas tecnologias, o importante desse modelo é atentar para a expressão de potências sempre dadas nas situações relacionais humanas.

Mesmo que se possa incorrer em algum tipo de maniqueísmo a partir do fervor político, este modelo não deixa de evidenciar uma condução de regimes discursivos para formas encadeadas e argumentativas de reflexão, o que, por sua vez, representa um caráter politicamente superior da comunicação.

Outra vertente crítica da comunicação pode-se generalizar sob o nome de modelo estrutural, incluindo abordagens bastante diversas, que mantêm em comum questionamentos aos dois modelos anteriores. Fundamentalmente, questiona-se o caráter de participação dos sujeitos nas trocas comunicacionais, já que o sentido é dado sempre a posteriori. E, sendo o sentido a grande questão dos modelos estruturalistas, interessa mais o sistema de operações, o meio ambiente, os intermediários, a ecologia cognitiva. Neste esquema: “emissores e receptores são vistos - pelo menos por referência ao processo de produção de sentidos - principalmente como “objetos” de uma rede de relações e trocas ‘estruturada’...”.^{12:30}

O quarto modelo diz respeito a uma proposição de um modelo estrutural fecundado pela hermenêutica, o modelo diagramático. Este modelo recusa as imagens de comunicação interpessoal para pensar processos de comunicação coletiva da mesma forma que o modelo estrutural, mas, com a influência de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Serres e Pierre Levy, a proposta deste é que o sentido da comunicação e suas práticas seja a própria rede ativada, o contexto, hipertexto. Não se trata aqui de um fluxo de mensagens, mas a imagem de um diagrama onde todos participam e apenas tomam de empréstimo objetos e práticas do mundo para se comunicar e que, em se tratando de serviços de saúde, o contexto torna-se, ele próprio, um meio de se satisfazer necessidades. Neste modelo a participação é fundamental para haver uma

inteligência comum, “se há um ‘diagrama’, ele está entregue à deformação e ao esgarçamento, às metamorfoses e aos movimentos vitais com todos os seus riscos, mas que não é a aleatoriedade, não é sem conhecer as necessidades, é ampliação das chances de vôo e plasticidade para o modelo”.^{12:37}

Retornando ao nosso estudo da intersectorialidade no caso Marilda, o que as pistas cartográficas encontradas sugeriram, até aqui, é um investimento em construções de caso coletivas. Ou seja, elaborações diagnósticas e prognósticas que só tiveram resultado satisfatório quando todos se escutaram e puderam sair de uma comunicação unilinear como a no caso da Marilda, vinda do Ministério Público, exigindo avaliações psiquiátricas para o CAPS II, para efetivamente dialogar e acordar procedimentos na condução de suas ações.

Algumas interlocuções

E, seguindo a montagem deste texto, de acordo com o projeto de pesquisa, analisar como se dá a intersectorialidade a partir de algumas narrativas produzidas nas duas entrevistas com profissionais que acompanharam o caso Marilda e sua família.

Augusta, assistente social que acompanhou este caso no ano de 2010, conta de quando a Saúde Mental e a Assistência Social se comunicaram para evitar que fossem enganados pelo marido de Marilda quanto à situação da família. Ao entrevistar a Sabrina, terapeuta do CAPS II, sobre o caso da Marilda, ela fala em escuta: premissa básica de uma comunicação dialógica, pois, do contrário, seria pensar a comunicação com esta usuária e com as outras equipes de cuidado, de modo linear, aonde só viriam falas vindas de um

lado das relações estabelecidas. Sem escuta por parte dos seus cuidadores, restaria à Marilda a permanência de sua invisibilidade, o estigma de uma psicopatologia e de seu modo de viver a vida, o assujeitamento do receptor da comunicação, ou seja, manteria-se estagnado o que ela veio buscar nos serviços - mudanças e apoio para melhor viver. Igualmente, se não houvesse escuta entre os trabalhadores dos diversos serviços envolvidos na proposta de ações intersectoriais, ficaria difícil efetivar uma democracia viva nestas ações conjuntas.

Sabrina: “A Marilda tinha um movimento de estar procurando o Serviço Social e o CAPS somente no momento em que ela era agredida pelo esposo. Ela os procurava como um refúgio, pedindo ajuda para isso: ‘Meu marido me bateu, me botou pra fora de casa’, muitas vezes acompanhada da filha. Pedia essa ajuda nos dois espaços. No começo, esses dois espaços, não conseguiam corresponder ao pedido dela. O CAPS, por sua vez, montava um plano terapêutico para Marilda, que não era o que ela estava pedindo. Ela só estava pedindo para ser escutada. E lá no serviço social, também, ela pedia um lugar de proteção e o que eles falavam para ela era da questão da denúncia, da lei, da Maria da Penha, que devia procurar isso”.

Augusta: “Quando realmente assistência social e saúde mental pegaram junto, discutiram junto esse caso em reuniões de equipe - o Cássio parou de atuar. Atuou sim, vai continuar atuando, mas não com esses dois setores”.

Observou-se, com as entrevistas realizadas, um caráter geral de conexão ao invés de conjugação nessas relações entre serviços, nas quais prepondera de certo modo um diálogo entre os atores sociais elencados neste encontro. Entretanto, a Augusta referencia uma importância maior à participação da saúde mental no

acompanhamento do caso:

Augusta: “Nesse caso o que teve muita importância e relevância foi a saúde mental, o CAPS. Porque é ele que lida com essas questões do emocional, não somos nós. Nós até ouvimos, lidamos, mas trabalhar, quem tem propriedade é a saúde mental, não somos nós”.

A fala da Augusta situa o CAPS como ordenador da rede. Ainda que este lugar seja adequado às atuais diretrizes nacionais de atenção psicossocial¹³, destoa das deliberações da IV CNSM intersectorial. Conforme dito anteriormente, esta buscaria garantir a estratégia intersectorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais e intersectoriais.

As reuniões no CAPS com os profissionais da assistência social, da coordenação da mulher e outros setores públicos proporcionou um acolhimento-diálogo, no qual o caso da Marilda é acolhido e construído pelas diversas equipes de modo coletivo, intersectorialmente.

Sabrina: “E quando a gente consegue conversar, os dois serviços, sobre isso, quando a assistente social consegue com o Caps articular o veredicto de que vamos respeitar a Marilda, vamos orientar a Marilda, como ela pode reivindicar os seus direitos e como ela pode se proteger. Eu acho que ela se sentia mais acolhida. E aí a gente começa a fazer essa busca juntos, o que antes não acontecia”.

Outro analisador coletado nas conversas com as pessoas entrevistadas foi sobre a sintomatologia do Cássio, classificada como dependência química pelos principais manuais de psicopatologia (DSM IV e CID 10), em cujas percepções mostraram algumas diferenças significativas. Elas aparecem com resquícios de

juízos morais, o que pode se compreender bem no nosso país de recente processo de democratização (e também além dele, em muitas terras e temporalidades diferentes). As avaliações feitas pelos trabalhadores não devem configurar julgamento moral, ainda que avaliações psiquiátricas historicamente tragam muito dessa vertente em seu bojo:

Augusta: “O Cássio: mais um agravante - comportamento dele (dependência química) era banalizado, acolhiam (os companheiros) de uma forma equivocada. Trazia atestados de internação da Marilda para ficar em casa”.

Sabrina: “E aí vem todo o preconceito com o Cássio por ser usuário de drogas. Acho que tem um preconceito que vem dos serviços ‘Ah, o cara é um sem-vergonha, um usuário, então tem que ficar longe desse cara - vamos salvar a Marilda separando ela do Cássio’. Não precisa existir o Cássio porque se a Marilda encontrar outras coisas na vida dela ela vai ter o mesmo, né, o mesmo jeito de viver, de se relacionar com as pessoas. Não é tirando o Cássio da história, de mais de trinta anos de casamento”.

E, ainda, seguindo a conversa com a Sabrina fica claro um hiato entre a punição e a possibilidade de não denunciar o Cássio às penas da Lei Maria da Penha de 2006¹⁴. A lei é inflexível por definição, mas poderia haver um espaço de negociação entre os serviços anterior à aplicação de penalidades. A ausência deste espaço implica em uma outra dimensão do dilema da Marilda e uma manutenção do sintoma dela, que na construção do caso pela Sabrina, diz de um emudecimento: “quando ela se sente ameaçada pelo marido ela se cala, porque ela sabe que vai sofrer uma pressão de dois lugares em que ela tem que denunciar, ‘tem que ser preso, ele não pode fazer isso com ela’, e ela se cala”. Conforme conversamos na entrevista,

ao que nos parece, se não fosse um caso criado pelos serviços públicos, a primeira ação judicial seria uma tentativa de conciliação, de mediação entre o casal. No entanto, o que o caso da Marilda e outros tantos que aparecem no cotidiano destes serviços nos mostram é uma realidade dura marcada pela normatividade, pela burocracia e pela comodidade dos encaminhamentos comuns que ditam soluções práticas para problemas complexos. Seria interessante ao caso inventar outras possibilidades de desfecho ao problema apontadas pela própria Marilda, as agressões do marido, sem precisar cair inexoravelmente nas malhas da lei. Para tal, o exercício da inventividade teria de ser potencializado na conexão dos serviços implicados com o caso, construindo coletivamente um campo de possíveis entre os diferentes ideais e as diferentes percepções da realidade - acontecimentalizando assim ações intersetoriais e uma busca coletiva pela integralidade.

Considerações finais

Ao invés de uma perspectiva, uma ótica, nos pareceria melhor obter um cristal que nos ajudasse a pensar esse caso, pois interessaria mais uma difração que ampliasse as possibilidades de uma comunicação com vistas ao Sistema, à Rede, ao Coletivo, ao Hipertexto social. O caso da Marilda construído pelas equipes de saúde, assistência social e justiça do município, mas também aqui por esta pesquisa, serviu para evidenciar algumas dificuldades, entraves, facilidades, encaixes e descontinuidades das políticas públicas em ato. Como acontece a intersectorialidade ainda é coisa d'outro mundo, envolta ainda sob a aura de novidade, de prescrição. Ao mesmo tempo, parece tender, com o passar do tempo, a ser

mais bem compreendida pelos atores políticos implicados nos serviços públicos em geral quanto ao seu potencial.

No percurso desta cartografia em busca de interlocuções, as dificuldades de acesso aos funcionários que trabalham no Ministério Público evidenciaram um entrave à intersectorialidade entre este e os outros serviços públicos. Caberia em outro momento um estudo aprofundado sobre esta questão específica, um bom problema para pesquisar.

Constatou-se também que o papel da saúde mental, do CAPS, parece estar para os outros serviços ainda muito presente como ordenador da rede, conforme as diretrizes dos serviços de atenção psicossocial¹³. E como na IV Conferência de saúde mental intersectorial¹⁵ a intersectorialidade aparece como ideal na construção do caso, poderíamos inferir uma “missão” que a saúde mental possui enquanto política pública. Talvez, a de seduzir os demais setores envolvidos em seus casos: assistência social, habitação, transporte, esporte, lazer, etc. Com um certo receio à institucionalização da intersectorialidade, seria uma sedução com vistas, não à conjugação, ao casamento, mas a um namoro, um enamoramento que pudesse conectar as partes importantes de cada caso com vistas à integralidade de suas ações.

Caberia, assim, à saúde mental construir os seus casos com mais parceiros, abrir condições para coletivizar o processo de composição, possibilitando que os casos construídos nos serviços públicos sejam trabalhados de modo intersectorial, menos prejudicados pelas segmentarizações que insistem em recortar a política, a cidadania, a democracia, e o pior, as pessoas.

Referências

1. Galeano E. As veias abertas da América Latina. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.
2. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 9.ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
3. Zambenedetti G. Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública – uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 - 2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 340p. Série E. Legislação de Saúde.
5. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2010.
6. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Araújo RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003.
7. Lourau, R. René Lourau na UERJ – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.
8. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. São Paulo: Editora 34; 2007.
9. Mehry EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S, organizadores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009.
10. Delgado GGD, Couto MCV. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial: Considerações preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-279.
11. Souza E.L.A. (A vida entre parênteses) - o caso clínico como ficção. Rev Psicologia Clínica. 2000. 12(1).
12. Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface: comunicação, saúde, educação. 1997. 1 :7-40
13. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Diário Oficial da União.
14. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União.
15. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.