

Julio Cesar Silveira Gomes Pinto

“Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental”.

Mestrado em Psicologia

Orientador: Prof^a. Dr^a. Regina Duarte Benevides de Barros

Niterói
2007

Julio Cesar Silveira Gomes Pinto

“Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Regina Duarte Benevides de Barros.

Niterói
2007

Julio Cesar Silveira Gomes Pinto

“Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Data de aprovação: 22 de agosto de 2007.

Banca Examinadora:

Professora Doutora Rosana Onocko Campos, Universidade Estadual de Campinas.

Professor Doutor Aluisio Gomes da Silva Junior, Universidade Federal Fluminense.

Professor Doutor Eduardo Henrique Passos Pereira, Universidade Federal Fluminense.

Professora Doutora Regina Duarte Benevides de Barros (orientadora), Universidade Federal Fluminense.

Dedico este trabalho a Marinete Cordeiro Moreira.

Agradecimentos

Às minhas amigas e aos meus amigos, sem os quais tudo seria muito difícil ou impossível.

A Rubens Weller, pela amizade e apoio logístico.

A todos os professores do Mestrado, que se dedicam a organizar e manter um ensino forte e estimulante.

A Regina Benevides, orientadora, pela vibração, perspicácia e disposição.

A Eduardo Passos, cuja obstinação, persistência e rigor servem de exemplo.

A Cristina Rauter, amiga e professora: a suavidade que age.

Aos colegas do curso, com os quais muito aprendi e tive o prazer de conviver.

A Paulo de Tarso de Castro Peixoto, amigo e companheiro.

A Rosana Onocko e Aluisio Gomes, membros da banca, por suas leituras precisas e sugestões decisivas.

A André Rossi Coutinho, colega do mestrado, pela leitura que muito me auxiliou.

Aos participantes da “Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental”, UNICAMP/UFF.

À secretária do Mestrado, Rita de Cássia Miranda Rodrigues.

À professora Celita Aguiar Ribeiro, pela revisão atenta e instrutiva.

A Ana Carolina Moda Nunes, pela ajuda na formatação.

A Fátima Candeco, Gilberto A. R. Martins, Maria Luiza V. Quasesma, Marinete C. Moreira, Julio Cesar da Silva Alves Pereira e Marla Fernanda J. Ribeiro, por suas colaborações.

A Maria Izabel B. M. de Andrade e Jussara Moore de Figueiredo, bibliotecárias da UFF.

Às Equipes dos Programas de Saúde Mental de Macaé, Rio das Ostras e Carapebus.

À Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

Resumo

Esta dissertação trabalha no campo comum entre Saúde Mental e Saúde Coletiva, procurando expor conceitos que possam compor uma caixa de ferramentas apta a servir de base para o desafio de criar e estimular práticas em Saúde Mental que saiam da lógica do controle e colaborem para a transformação social. A pesquisa tem como objetivo a exame crítico das práticas em Saúde Mental. Para este fim foi utilizada como metodologia a análise das relações de poder do ponto de vista foucaultiano. São apresentados os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade como ferramentas capazes de instrumentar práticas que saiam da lógica da repetição e do controle, colaborando para a resistência, a criação e a transformação.

Para situar o campo da discussão é apresentada, inicialmente, uma história da Saúde Pública no mundo ocidental, seguida de uma forma de ver os acontecimentos, no Brasil, que formaram os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, com as suas inserções no Estado. São apresentadas as condições de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com suas limitações no financiamento, assistência, gestão e na formação dos profissionais.

Podemos observar que as práticas em Saúde Mental, se não forem embasadas por críticas e conceitos adequados ao papel político de luta pela transformação das condições de vida e de trabalho tendem à repetição e perpetuação dos mecanismos de controle do poder. Com os mecanismos de controle disciplinares em crise é requerida do campo da Saúde uma participação importante nos atualizados meios de controle, isto é, o controle a céu aberto. Este dispensa grades e paredes e efetua-se, no caso, através das práticas em Saúde. Com a crítica foucaultiana incidindo tanto nos próprios conceitos pesquisados como nas práticas analisadas pretende-se colaborar para a melhor compreensão das práticas em Saúde Mental enquanto relações de poder, facilitando, como isso, o desenvolvimento e incremento de práticas de resistência e de criação. As práticas analisadas são: a Internação Psiquiátrica, a Emergência Psiquiátrica, a Clínica nos Ambulatórios, a Clínica nos Centros de Atenção Psicossocial e a Clínica da Saúde Mental na Atenção Básica. Cada uma dessas práticas é analisada do ponto de vista das relações de poder e quanto à adoção dos conceitos pesquisados.

A pesquisa realizada tem também a função de apontar para a mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, analisando seus impasses e as atuais possibilidades de alteração.

A pesquisa ressalta a importância da formação do profissional de Saúde Mental, nos seus diversos níveis (graduação, pós-graduação e capacitação em serviço), como ponto importante para a mudança das práticas e do modelo assistencial. Interessa-nos apontar para práticas de atenção, gestão e de formação que sejam úteis para a formação de profissionais interessados na transformação e que se interroguem a respeito do que, hoje, é uma prática de resistência em Saúde Mental. É necessário promover maior pesquisa nesta área e intensificar as práticas de formação que incluam a crítica e os conceitos utilizados.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Coletiva, Integralidade, Clínica Ampliada, Transdisciplinaridade.

Abstract

This work is situated in the common field of Mental and Public health, aiming at exposing concepts adequate to the challenge of creating and stimulating mental Health practices that escape from control logics and go along with social transformation. The purpose of this research is to make a critical analysis of Mental Health practices by using the analysis of power relations as methodology, under Foucault's genealogical perspective. Integrality, Extended Clinic and Transdisciplinarity concepts are presented as tools capable to orchestrate practices that cooperate in the resistance, creation and transformation of attention models, management and health education.

In order to put the discussion scenario into context it is initially presented a brief history of Public Health, drawing attention to events in Brazilian History which led to Sanitary and Psychiatric Reforms and their insertion in the state. The implementation of a Unified Health System is presented with the challenges of a Health System of its size: its financial, assistance, management and professional education's limitations.

We have observed that Mental Health practices, if not based on criticism and concepts dedicated to the fight for the transformation of the conditions of life and work, tend to perpetuate repetition of the mechanisms of control power. Along with the mechanisms of disciplinary control in crisis, the Health field participates, in an important way, in the modern means of control, i.e., open air control. The latter leaves walls and bars aside and is carried out, in this case, through Health practices.

With Foucault's criticism, incurring in both concepts as well as in the analysed practices that have been researched for this work, we aim at contributing to a better understanding of Mental Health practices as a form of power relation, easing, this way, the development and increasing of the resistance and creation practices. It has been spotted the relations between attention and management and the importance of the clinic in Mental / Collective Health. We affirm that the changing trials in the clinic practices should be accompanied by alterations in the ways work areas are managed. The analysed practices have been: Psychiatric Admission, Psychiatric Emergency, Ambulatory Clinics, Clinic in the Psychosocial Attention Centres and Mental Health Clinic in the Primary Care. Each one of these practices is analysed under power relations' view and according to the concepts chosen.

This research also aims at pointing out the changes in the model of Mental health assistance, analysing its hardship and its current possibilities of alteration, and drawing its attention to unnecessary professional formation as an important starting point for such changes.

It is of our interest to point out to attention, management and education practices that are useful to the formation of the professionals interested in transformation and who ask themselves about what, nowadays, is a Mental Health resistance practice. It is necessary to promote more research in this area and intensify the formation practices that include the criticism and concepts which have been used in this work.

Key-words: Mental Health, Collective Health, Integrality, Extended Clinic, Transdisciplinarity.

Sumário

Introdução	10
1º. Capítulo: Aspectos metodológicos	16
2º. Capítulo: Uma (in) certa história da Saúde Pública	26
2.1 A Reforma Sanitária.	26
2.1.1 - Os Inícios e os interesses.....	26
2.1.2 - O Movimento Sanitário.....	40
2.1.3 - O Movimento Sanitário em andamento.....	49
2.2 As Leis.	59
2.3 As condições de implantação da Reforma Sanitária Brasileira.	62
2.4 Avaliações atuais do SUS.	64
3º. Capítulo: Alguns conceitos para a mudança nas práticas em Saúde Mental	67
3.1 A Integralidade.	68
3.1.1 - Conceituação, método e aspectos gerais.	68
3.1.2 - Integralidade e política.	75
3.1.3 - Integralidade e redes.	86
3.1.4 - Integralidade e condições de trabalho.	92
3.1.5 - Integralidade e formação.	93
3.1.6 - Integralidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental.	97
3.1.7 - Integralidade e Saúde Mental.	99
3.2 A Clínica Ampliada.	106
3.2.1 Gestão e Clínica.	111
3.3 A Transdisciplinaridade.	119
3.3.1 - Do nascimento das especialidades e dos especialismos.	119
3.3.2 - Processos de Subjetivação e especialismos.	120
3.3.3 - A Clínica, a Instituição e a Transdisciplinaridade.	120
3.3.4 - O Conceito de Transdisciplinaridade.	122
3.3.5 - Sujeito e Produção de Subjetividade.	126
3.3.6 - Transdisciplinaridade e condições de trabalho.	128
3.3.7 - Política Nacional de Humanização.	128
4º. Capítulo: As práticas clínicas no campo da Saúde Mental	131
4.1 - A Internação Psiquiátrica.	139
4.2 - A Emergência Psiquiátrica.	144
4.3 - A Clínica nos Ambulatórios.	155
4.4 - A Clínica nos Centros de Atenção Psicossocial.	172
4.5 - A Clínica da Saúde Mental na Atenção Básica.	185
Conclusões	199
Referências Bibliográficas	208

Abreviaturas e Siglas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde.

Introdução

O tema desta dissertação é um desafio: examinar as práticas clínicas em Saúde Mental à luz de conceitos ou noções que sejam importantes para a potencialização dessas práticas, no sentido de incrementar sua função de mudança, promoção da autonomia e de libertação. Este desafio precisava ser encarado devido à inquietação provocada pela situação existente no dia a dia das práticas em Saúde Mental. Mesmo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira já entrando na sua terceira década, com acúmulo significativo de experiências, estudos, pesquisas, a prática diária repete, em muitas situações, modos de agir que não concorrem para a mudança. Pelo contrário, trabalham no sentido de conservar a população afastada da discussão de seus direitos: direito de ter de uma visão do que ocorre no coletivo de que participa, direito a perceber a sua situação no mundo do trabalho, direitos em relação ao Sistema de Saúde, direito à vida.

O desafio reveste-se de um aspecto que tem tido, nos últimos anos, um impulso considerável, que é situar este debate nas interseções entre a Saúde Mental e a Saúde Coletiva. Pois, trata-se de Saúde Coletiva quando percebemos as práticas em Saúde Mental no seu alcance mais geral para a população. Pretendemos colaborar para ampliar os horizontes do restrito olhar que vê as práticas clínicas como se fossem uma ação que se dá apenas entre profissionais de saúde e usuários e, para que a compreensão se expanda no sentido de observarmos essas práticas dentro das estratégias de poder, determinadas por relações de poder e que promovem, coletivamente, conservação ou mudança.

Esta dissertação pretende investigar a produção de práticas clínicas em Saúde Mental, enquanto práticas sociais, situando-as historicamente, e estudar alguns conceitos que possam servir de intercessores para a produção de mudanças no campo da Saúde Mental, compreendendo-o nas suas relações com a Saúde Coletiva. Tomamos o conceito de Intercessor enquanto produtor de interferência, desestabilizando as premissas já fixadas e criando novas possibilidades (DELEUZE, 1992).

Os conceitos pesquisados têm também a função de apontar para a mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, analisando seus impasses e seu andamento.

Outro aspecto, que percorre todo o texto, diz respeito a que tipo de mudança estamos promovendo, isto é, para que servem as mudanças. Mudar para transformar ou mudar para atualizar e modernizar os mecanismos de controle do poder? Dentro deste dilema, voltamos à

questão de quais conceitos são efetivos para a crítica aos mecanismos de controle e que podem informar práticas transformadoras.

É preciso definir, para que não fiquem vagos, em que sentido utilizamos os termos “mudança”, “autonomia” e “libertação”. Concebemos “mudança”, ou “transformação”, como ações que se encaminham na direção de uma sociedade na qual não exista mais a exploração do homem pelo homem. Os passos para esta, que deve ser uma utopia colocada num horizonte alcançável, podem e devem ser dados no cotidiano das relações, sejam elas definidas como relações de trabalho, relações institucionais, relações entre grupos, relações pessoais ou relações clínicas. A “autonomia” refere-se a que as pessoas e os grupos humanos assumam-se, enquanto singularidades atuantes, formando coletivos com cada vez maior poder de influência no ambiente social e político. “Libertação” refere-se a uma cada vez maior percepção dos mecanismos que nos restringem as ações, com a intenção de produzir o máximo de expansão da capacidade de criar.

Estes três ou quatro termos estão intimamente presentes nas práticas clínicas e nos conceitos que examinaremos.

Portanto, observaremos como os conceitos que serão apresentados podem ser potentes para interessar os profissionais de Saúde Mental e fazer com que eles inventem e desenvolvam práticas que revertam o investimento biopolítico, ativando movimentos de resistência e criação. Definiremos biopolítica de modo mais detalhado, mas desde já a situamos como o investimento do poder na moldagem da vida, de modo a atender às necessidades de dominação. A questão é: quais práticas clínicas mantêm as relações dominantes de poder, servindo à biopolítica como controle da vida e quais as que, enquanto resistência, oferecem caminhos para a criação e o desvio.

Por resistência, entendemos, aqui, as práticas que se contrapõem à dominação, negando-a ou afirmando posições que oferecem barreiras à repetição dos modos dominantes de exercício do poder os quais moldam subjetividades consumidoras do mesmo. Por criação queremos indicar as práticas da invenção do novo enquanto desconhecido, inusitado, desviante, mutante, sem molde. Uma pergunta constante, para dizer de outro modo, que faremos nesta dissertação, será: quais práticas clínicas repetem a dominação e quais são, e com que conceitos, as que podem operar resistência e criação?

Estaremos atentos, tanto ao situar historicamente o campo em que trabalhamos, como ao examinar os conceitos e as práticas, para a função de repetição ou de resistência/criação que apresentam.

A multiplicação das práticas em Saúde Mental e sua variedade, deu-se após a crítica à Internação Psiquiátrica e às consultas ambulatoriais como únicos meios de tratamento. Interessa-nos observar, nessas antigas práticas e em algumas das novas, como está se dando a resolução do problema “recair na repetição ou mudar”. Não basta a intenção, para que o manicômio desapareça: ele vai muito além dos muros. As práticas manicomialis, aquelas da exclusão, das certezas estabelecidas, da objetificação e da anulação das diferenças inserem-se, a todo o momento, no nosso dia a dia bem intencionado.

A dissertação situa-se no campo do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Reforma Psiquiátrica. De início, esclarecemos que qualquer crítica aqui exposta a respeito da Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos estará colocada no sentido de fazê-la avançar. Nenhuma crítica à Reforma Psiquiátrica e aos seus dispositivos poderá ser utilizada fora deste contexto de construção. Se a Reforma Psiquiátrica, na sua lida diária, apresenta problemas que nos angustiam e que dificultam a assistência, uma visada que abranja todo um tempo de intenso trabalho e articulação, sobretudo considerando de que situação partimos, nos leva a sentir que não sonhávamos com uma situação tão favorável, quanto a que vivemos hoje. Mesmo que críticas possam ser feitas a determinadas decisões ou condutas, são inegáveis os avanços: as múltiplas experiências exitosas em todo o país, a redução dos leitos psiquiátricos, a diversidade de práticas e a criatividade dos grupos e serviços, as diversas categorias profissionais em ação, movimentos autônomos com importante expressão, a articulação entre o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, as novas formas de financiamento do setor.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento social complexo que tem seus avanços, em grande parte, devido à ampla possibilidade de convivência das diversas teorias que formam seus profissionais. A convivência dos diferentes deve ser uma prática nos movimentos e também um exemplo, até para que não fiquemos com um discurso incongruente com as nossas ações, que apontam para a aceitação radical das diferenças. Mesmo que as vaidades e as competições localizadas por vezes atrasem e causem divisões no próprio movimento, em geral a Reforma Psiquiátrica é um exemplo de convivência de múltiplas correntes, fato que colabora para a sua sustentação e tensionamento criativo.

Examinaremos as práticas em Saúde Mental, enquanto estas se produzem no âmbito do Estado, isto é, enquanto parte das Políticas Públicas de Saúde, efetivadas através do Sistema Único de Saúde. A Reforma Psiquiátrica iniciou-se como movimento social e tornou-se a Política oficial de Saúde Mental no país. Trata-se de enfrentar a discussão, no

nosso caso, com a atenção para as práticas clínicas, das relações entre o Estado, os movimentos e as redes.

Inseridos no Estado, máquina de proteger reprimindo, controlando e regulando, por história e atualidade, fazemos parte de um conjunto de pessoas, grupos, coletivos, que insistimos em ocupar espaços nessa máquina, principalmente nos seus limites, com a intenção de fazer avançar as funções da *res publica*. Provocar movimentos e desenvolver redes a partir da máquina do Estado: possibilidade ou quimera? Esta pergunta deve estar sempre ativa, não para provocar desânimo ou paralisia, mas, para que, a cada momento, percebamos onde estamos, o que está sendo possível fazer e quais os efeitos que estamos alcançando em termos de produzir movimentos e transformação. E, para as nossas intenções neste texto, para termos clareza a respeito de com quais instrumentos conceituais estamos operando.

Trabalharemos com os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade, supondo-os úteis e provocadores para os nossos propósitos. A partir do exame da operacionalização destes conceitos, nas práticas em Saúde Mental, deverão ficar mais claras algumas questões básicas: a intersecção entre Saúde Mental e Saúde Coletiva e a interpelação das concepções de clínica e de gestão (e suas relações), instigada por estes conceitos.

Quando examinamos a atual situação da implantação do SUS, dentro do qual está inserida a Reforma Psiquiátrica, enquanto política estatal, notamos dois grandes problemas para o avanço dessas políticas: as limitações do financiamento e as dificuldades na mudança do modelo assistencial, estas ligadas a problemas nas práticas clínicas, de gestão e de formação. Não nos caberá entrar nos meandros do financiamento do setor saúde, mas sim apontar, com base nos conceitos estudados, em que medida as práticas que não se criticam, gerando repetição, a gestão que não se torna elemento de transformação e a formação que não produz profissionais que apostem na mudança atuam para manter o modelo assistencial ainda hegemônico. Modelo hegemônico este, que se adapta bem à falta de recursos, ao medicalizar em massa, produzindo números ao invés de cuidado.

O SUS, sistema em construção, sujeito a múltiplas influências, é um campo privilegiado de práticas que podem agenciar a cidadania e a inclusão social ativa, transformadora, ou promover a acomodação e a repetição de processos de sujeição. A prática diária do profissional de saúde, neste contexto, é construtora dos caminhos do Sistema de Saúde. A este profissional, e aos estudantes em suas formações, dirige-se de modo especial esta dissertação.

Notamos, na nossa prática, o descompasso entre a formação acadêmica, principalmente no nível da graduação, e as exigências das práticas transformadoras que são requeridas aos profissionais na sua atuação diária. Os conceitos/noções que apresentaremos podem balizar as necessidades de uma formação de acordo com as atuais políticas públicas e que efetivem, de modo mais agudo, a Reforma Psiquiátrica.

Para escrever esta dissertação, precisei fazer um esforço de análise das implicações nas atividades diárias das quais participo e do que já fiz dentro do campo da Reforma Psiquiátrica. É destas atividades, em grande parte, que uso a experiência para perceber os pontos nos quais vejo a necessidade de mais crítica e mais avanço.

No meu processo de formação tive como influências principais a psicanálise, a antipsiquiatria inglesa, Basaglia, Foucault, Deleuze/Guattari e as linhas grupalistas e institucionalistas. Todas estas correntes e autores fizeram o contraponto com a especialização em psiquiatria. Esta formação deu-se na época fértil em crítica política e social dos meados da década de 70 em diante. A minha inserção na história da Reforma Psiquiátrica ocorreu nos seus inícios, no Rio de Janeiro, com participação no movimento que lutava contra as desumanas condições dos hospícios, pelas condições de trabalho, pelas liberdades democráticas e por uma sociedade justa. Participei de trabalhos de transformação de hospícios, num Manicômio Judiciário e no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, ambos em Niterói. Durante e depois dessas experiências sempre estive responsável por alguma forma de ensino/capacitação em serviço. Como participante da organização de Programas Municipais de Saúde Mental, como Supervisor ou Coordenador, e como Preceptor de Internos no Internato Rural da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pude ter uma percepção do que ocorre nas relações entre as necessidades da população e as formações das diversas categorias profissionais da Saúde em geral e da Saúde Mental.

Para o desenvolvimento do que está proposto para este texto, iniciaremos com a explicitação da Metodologia, no Capítulo 1, que tem em Michel Foucault a sua base.

Para situarmos historicamente o campo mais amplo em que estamos trabalhando e pesquisando, será traçada uma história da Saúde Pública e da Reforma Sanitária no Brasil, no Capítulo 2, que se completa com as Leis do SUS e suas condições de implantação.

No Capítulo 3 examinaremos os conceitos que nos servirão de intercessores na análise das práticas: Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade.

O Capítulo 4, então, será dedicado ao exame de algumas das principais práticas clínicas atuais, em Saúde Mental, utilizando, para isso, a metodologia, a história e os conceitos anteriormente apresentados. Este capítulo tem, na sua introdução, uma breve história da Reforma Psiquiátrica, de modo a situar melhor as práticas analisadas.

Nas conclusões, faremos uma avaliação geral do que foi desenvolvido no texto, articulando-a com o contexto político da Reforma Psiquiátrica, com a atual situação do movimento da Saúde Mental e com as necessidades da formação dos profissionais da área.

1º. Capítulo

Aspectos metodológicos

Partiremos de uma (in) certa história, no Ocidente, da atenção à doença e à saúde, para analisar a produção de práticas em Saúde Mental, visando a potencializar a mudança. Dizemos (in) certa história, porque tratamos de destacar os acontecimentos numa perspectiva que examina as condições que possibilitam a emergência da díade saúde-doença. Serão examinadas as diversas formas que as organizações de saúde, estatais ou não, utilizam para fornecer alívio e tratamentos às doenças, conselhos a respeito da saúde, orientações e imposições sobre formas de gerir a vida e a organização dos meios de levar adiante tais empreitadas.

Não será desenvolvida, portanto, uma história linear de personagens e episódios marcantes, como numa intenção de apreender as origens pontuais do que chegou até os dias de hoje. Pelo contrário, procuraremos observar nos acontecimentos toda uma trama de determinações, de desvios ocasionais, de acidentes, de conjunção de forças, de relações de poder que compõem uma genealogia.

Michel Foucault, num texto de 1971, estabelecendo o que Nietzsche trouxe como genealogia, mostra algumas de suas facetas. Enquanto *proveniência*, a genealogia trata de “... reencontrar sob o aspecto único de um caráter ou de um conceito a proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles se formaram” (FOUCAULT, 2004 a, p. 20). Portanto, vamos procurar, ao longo da história das preocupações com a doença e com a saúde, os múltiplos caminhos e lutas que as produziram e as relações de poder subjacentes.

Segundo Rabinow e Dreyfus, “A elaboração da genealogia de Foucault foi o maior passo em direção a uma complexa análise de poder...” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 118).

Apontando o aspecto de *emergência* que tem a genealogia, Foucault adverte que, também neste sentido, não é por uma seqüência lógica, linear, que devemos nos guiar. Diz Foucault que “A genealogia restabelece os diversos sistemas de submissão: não a potência antecipadora de um sentido, mas o jogo causal das dominações” (FOUCAULT, 2004 a, p. 23).

Um dos aspectos que examinaremos é a transformação do que aparece inicialmente como propostas, reivindicações, sugestões, idéias, exemplos, em normas, leis, diretrizes.

Foucault, fornecendo mais esclarecimentos a respeito da genealogia, sugere que normas, leis, diretrizes não são nada mais do que a fixação da violência num sistema de regras. (FOUCAULT, 2004 a). Longe de conjurar a violência, as regras são a própria violência. Por outro lado, Foucault diz que “É justamente a regra que permite que seja feita violência à violência e que uma outra dominação possa dobrar aqueles que dominam” (FOUCAULT, 2004 a, p. 25). A história que traçaremos está repleta de propostas transformadas em regras. Veremos a quem ou a que forças estão servindo essas regras e, na conjuntura, quais combates estão sendo travados.

Foucault destaca em Nietzsche, a respeito do que este chama de “história efetiva”, uma característica que estará presente nesta pesquisa:

Os historiadores procuram, na medida do possível, apagar o que pode revelar, em seu saber, o lugar de onde eles olham, o momento em que eles estão, o partido que eles tomam – o incontrolável de sua paixão. O sentido histórico, tal como Nietzsche o entende, sabe que é perspectivo, e não recusa o sistema de sua própria injustiça. Ele olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto (FOUCAULT, 2004 a, p. 30).

Este não será um texto isento de críticas, de preferências, de exasperação, de dúvidas, de caminhos preferidos.

Trata-se, para o trabalho da genealogia, de perceber as práticas sociais, não a partir da procura de “... entidades substanciais (sujeitos, virtudes, forças)...”, mas sim, estudar “... o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 122).

O que estaremos aqui acompanhando, com o olhar da genealogia, não são apenas teorias médicas, psiquiátricas, psicológicas e de Saúde Pública, mas práticas de saúde e de produção de subjetividade.

Paul Veyne, ao definir como Foucault trabalhou a história, discorre a respeito da observação das práticas e diz que “A prática não é uma instância misteriosa, um subsolo da história, um motor oculto: é o que fazem as pessoas (a palavra significa exatamente o que se diz)” (VEYNE, 1995, p. 157).

A discussão a respeito das práticas leva ao tema da formação dos objetos. Os objetos (os atos clínicos, por exemplo, ou os “transtornos mentais”, ou os “pacientes”), não serão tidos como pré-formados, dados a serem observados, analisados, interpretados, mas sim

resultantes das práticas. Trata-se de uma operação de mudança radical na forma de ver a história, operada por Foucault, e que Veyne especifica: “Os objetos parecem determinar nossa conduta, mas, primeiramente, nossa prática determina esses objetos” (VEYNE, 1995, p. 159).

Veyne diz que Foucault, ao descrever uma prática, “... somente a mostra como é verdadeiramente, arrancando-lhe a veste drapeada” (VEYNE, 1995, p. 160). As vestes drapeadas, que teremos que arrancar, estão pregadas aos objetos que citamos (atos clínicos, transtornos mentais), dando às práticas uma imponência que tenta resistir à crítica. Para Veyne, a prática compõe-se de mentalidade e conduta, devendo, então, serem observadas juntas. (VEYNE, 1995).

Para Foucault, “... as coisas não passam das objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz” (VEYNE, 1995, p. 162). Portanto, atos clínicos, “transtornos mentais”, “pacientes”, são objetivações produzidas pelas práticas e não essências, como a história tradicional tende a ver: “... não há objetos naturais, não há coisas. As coisas, os objetos não são senão os correlatos das práticas” (VEYNE, 1995, p. 162). Veyne vai à raiz do problema ao dizer que, para Foucault, “... *o que é feito*, o objeto, se explica pelo que foi o *fazer* em cada momento da história: enganamo-nos, quando pensamos que o *fazer*, a prática, se explica a partir do que é feito” (VEYNE, 1995, p. 164. Grifo do original).

Veyne aponta as ilusões, em que recaímos, ao tomar os objetos como ponto de partida para as nossas observações: as práticas passam a parecer “... reações a um mesmo objeto, ‘material’, ou ‘racional’, que seria dado inicialmente” (VEYNE, 1995, p. 164).

Uma das conseqüências de tomar os objetos como essências é o racionalismo, segundo Veyne. Para ele, “... há, ainda, algo mais grave. Tomamos os pontos de impacto das práticas sucessivas por um objeto preexistente que elas visavam, por um alvo: a Loucura ou o Bem público...” (VEYNE, 1995, p. 164).

Veyne resume o trabalho de Foucault, neste ponto, dizendo: “Substituamos, pois, essa filosofia do objeto tomado como fim ou como causa por uma filosofia da relação e encaremos o problema pelo meio, pela prática ou pelo discurso” (VEYNE, 1995, p. 166).

No texto de Veyne que estamos examinando, há uma introdução ao problema da continuidade/descontinuidade. Segundo o autor, Foucault dizia: “De minha parte, prefiro o descontínuo, os cortes” e “Desconfiem das falsas continuidades” (VEYNE, 1995, p. 172). Esta posição de Veyne e Foucault vem para criticar a história oficial, que privilegia a procura

de continuidades, teleologias, uma seqüência tributária da Razão, o que acaba entronizando o sujeito.

Foucault chama em “A Arqueologia do Saber” (FOUCAULT, 1972), de “história nova”, a que pretende desenvolver, em oposição à história oficial, a dos personagens, das datas, aquela da qual se lamenta a perda: uma “... forma de história que era, em segredo, mas totalmente, referida à atividade sintética do sujeito” (FOUCAULT, 1972, p. 23). Portanto, Foucault, ao praticar a história nova, anuncia também a crítica ao conceito de sujeito, correlato a ela, emergentes interligados.

Logo no início do texto, Foucault diz que, na mudança que se opera no trabalho e nos métodos do historiador, “... a atenção se deslocou [...] das vastas unidades que descreviam como ‘épocas’ ou ‘séculos’ para fenômenos de ruptura” (FOUCAULT, 1972, p. 10). Diz ele que “... sob a persistência de um gênero, de uma forma, de uma disciplina, de uma atividade teórica, procura-se agora destacar a incidência das interrupções” (FOUCAULT, 1972, p. 10).

Ao definir que o problema não é mais “... saber por que caminhos as continuidades puderam-se estabelecer” (FOUCAULT, 1972, p. 12), como na história tradicional, Foucault lança o desafio: “... como especificar os diferentes conceitos que permitem pensar a descontinuidade (limiar, rutura, corte, mutação, transformação)?” (FOUCAULT, 1972, p. 12).

Discorrendo sobre a descontinuidade, Foucault diz que ela era “... o estigma da dispersão temporal que o historiador se encarregava de suprimir da história” (FOUCAULT, 1972, p. 16). Mas, para Foucault, “Ela se tornou agora um dos elementos fundamentais da análise histórica” (FOUCAULT, 1972, p. 16).

Foucault aponta um “triplo papel” para a descontinuidade:

- 1- ... uma operação deliberada do historiador...
- 2- ... o resultado de sua descrição [...] pois o que ele pretende descobrir são os limites de um processo, o ponto de inflexão de uma curva, a inversão de um movimento regulador, os limites de uma oscilação, o limiar de um funcionamento, o instante de funcionamento irregular de uma causalidade circular.
- 3- ... o conceito que o trabalho não deixa de especificar... (FOUCAULT, 1972, p. 16).

Foucault, numa afirmação de conseqüências as mais férteis, diz: “Noção paradoxal esta de descontinuidade: é, ao mesmo tempo, instrumento e objeto de pesquisa” (FOUCAULT, 1972, p. 16). Operar neste paradoxo é atraente, pois se ao mesmo tempo a descontinuidade é objeto e instrumento, a posição do pesquisador já está questionada de

antemão: em que descontinuidade navega? Sua posição procura e provoca descontinuidades ou as ignora, colaborando, neste último caso, para a estabilização, para a continuidade, para a manutenção dos privilégios do sujeito como centro? Pois,

Se a história do pensamento pudesse permanecer como o lugar das continuidades ininterruptas [...] ela seria para a soberania da consciência um abrigo privilegiado. A história contínua é o correlato indispensável à função fundadora do sujeito: a garantia de que tudo que lhe escapou poderá ser-lhe devolvido (FOUCAULT, 1972, p. 20/21).

Para Rabinow e Dreyfus,

A genealogia busca descontinuidades ali onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Ela busca recorrências e jogo ali onde progresso e seriedade foram encontrados. Ela recorda o passado da humanidade para desmascarar os hinos solenes do progresso (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 118).

Será nosso trabalho investigar o que as noções ou conceitos de Integralidade, de Clínica Ampliada e de Transdisciplinaridade trazem de continuidade e de descontinuidade em relação ao discurso e às práticas da Saúde Coletiva e da Saúde Mental.

Existe em Foucault uma recusa à pesquisa da profundidade, enquanto portadora das verdades. Pelo contrário, a “... genealogia busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 118) e “... seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 119).

No estudo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental podemos ver seqüências de acontecimentos que compõem uma história. Esta história poderia ser traçada como um encadeamento racional numa evolução que suporia progresso. Mas não é este o enfoque da genealogia. Foucault, com a genealogia, está “... interessado em como a objetividade científica e as intenções subjetivas emergem, juntas, num espaço estabelecido não por indivíduos, mas por práticas sociais” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 121).

Abaladas as idéias de progresso e desenvolvimento, e “... destruídas as significações ideais e as verdades originais”, Foucault “... se volta para o jogo das vontades. Sujeição, dominação e luta são encontrados em toda parte” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 121). Sujeição, dominação e luta: temas constantes na Saúde Coletiva e na Saúde Mental.

Para Rabinow e Dreyfus, “O jogo de forças em qualquer situação histórica particular torna-se possível pelo espaço que as define” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 121). Estamos com a tarefa de especificar quais os campos de batalha em que a Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade se inserem, ou criam, e quais jogos de forças se travam nestes campos.

A genealogia também se interessa pelo corpo enquanto marcado pela história. A importância do investimento do poder no corpo é assinalado por Foucault: “... que os pais tomem os efeitos por causas, acreditem na realidade do além, ou coloquem o valor eterno, é o corpo das crianças que sofrerá com isso” (FOUCAULT, 2004 a, p. 22). São de interesse especial para o campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental as seguintes observações de Foucault, que trazem a marca inigualável de Nietzsche:

... sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito (FOUCAULT, 2004 a, p. 22).

A Clínica que hoje é exercida, tanto em Medicina como no campo da Saúde Mental, geralmente localiza no corpo da pessoa o problema a ser “tratado”. Fato aparentemente óbvio, “natural”, mas que teve sua origem histórica: “A coincidência exata do ‘corpo’ da doença com o corpo do homem doente é um dado histórico e transitório” (FOUCAULT, 2004 d, p.1). A localização da doença no corpo proporcionou, também, o aparecimento do conceito de “doença mental”. Neste aspecto, vamos encontrar em Foucault o questionamento: “... sob que condições pode-se falar de doença no domínio psicológico?” (FOUCAULT, 2000, p. 7).

Para Rabinow e Dreyfus, “Um dos maiores empreendimentos de Foucault foi a sua habilidade em isolar e conceituar o modo pelo qual o corpo se tornou o componente essencial para a operação das relações de poder na sociedade moderna” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 125). As relações de poder que ensejam a clínica, os serviços de saúde e as políticas de saúde devem ser observadas numa investigação a respeito dos espaços de lutas e de seus efeitos atuais nos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental. Nossas pesquisas incluirão o questionamento da redução de certas vivências ao conceito de doença mental e a investigação das possibilidades de ruptura, em relação a essas operações de localização.

Rabinow e Dreyfus mostram também que “... O tema central da genealogia de Foucault é [...] mostrar o desenvolvimento das técnicas de poder orientadas para os

indivíduos” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 133). Portanto, as práticas de saúde precisam ser analisadas do ponto de vista de relações de poder, exercidas para o controle dos corpos e de “... práticas culturais, em nossa cultura, que têm sido instrumentadas para a formação do indivíduo moderno tanto como objeto, quanto como sujeito” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 133).

Mais uma forma de conceber a genealogia aparece em um curso de Foucault, “Genealogia e Poder”, de 1976. Nele, Foucault diz: “Chamaremos provisoriamente genealogia o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais” (FOUCAULT, 2004 c, p. 171). A intenção de Foucault era “... ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los...” (FOUCAULT, 2004 c, p. 171). Ele apresenta, portanto, uma forma de conceber os acontecimentos históricos numa perspectiva do presente, de suas determinações e jogos de força. A atenção de Foucault está voltada para as capturas que os discursos científicos fazem, e para a criação de instrumentos que proporcionem a “... luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico” (FOUCAULT, 2004 c, p. 172). Foucault opõe saberes à “... instituição e os efeitos de poder e de saber do discurso científico” (FOUCAULT, 2004 c, p. 174), chegando a dizer: “A questão de todas estas genealogias é: o que é o poder [...] quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos dispositivos de poder?” (FOUCAULT, 2004 c, p. 174).

Para Foucault não há paz, mas sim instituições que exercem a força resultante de uma guerra que não se explicita mais sob a forma clássica de guerra aberta, isto é, “... as relações de poder nas sociedades atuais têm essencialmente por base uma relação de força estabelecida, em um momento historicamente determinável, na guerra e pela guerra” (FOUCAULT, 2004 c, p. 176). Foucault, na sua análise do poder, considera que “A repressão seria a prática, no interior desta pseudo-paz, de uma relação perpétua de força” (FOUCAULT, 2004 c, p. 177).

Tomaremos as práticas em Saúde Mental como parte dessa pseudo-paz, na medida em que representam a efetivação de relações de poder que constituem o atual campo em que estão em ação, tanto forças repressivas, quanto de transformação e mudança no sentido da singularização e diferença. (GUATTARI & ROLNIK, 1986).

Interessa-nos acompanhar os movimentos, os pontos de intercessão das práticas clínicas no campo da Saúde Mental. Interessa-nos analisar a ação dos conceitos de

Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade e seus efeitos nas práticas clínicas em Saúde Mental.

Para a compreensão do que estamos vivendo na Saúde Coletiva e na Saúde Mental, enquanto campos conflituos que contém elementos de conservação e de transformação, tomaremos de Foucault a análise das mudanças operadas nos mecanismos de subjugação de que se vale o poder.

O nosso olhar deve voltar-se, inicialmente, na compreensão do encadeamento das relações de dominação (soberania, disciplina, controle), para a teoria clássica da soberania na qual “... o direito de vida e de morte era um de seus atributos fundamentais” (FOUCAULT, 1999, p. 286). O soberano pode fazer morrer e deixar viver, isto é, tem poder de matar. A vida é uma concessão sua, mas ele não interfere diretamente no viver. Tenhamos claro, então, que “... a vida e a morte não são desses fenômenos naturais, imediatos, de certo modo originais ou radicais, que se localizam fora do campo do poder político” (FOUCAULT, 1999, p. 286). A vida e a morte há muito tempo são concessões do poder, concessões cujas formas variam com as épocas.

As relações de dominação, as tecnologias de poder não se excluem, mas se completam, se imbricam, se superpõem. E mudam. Assim, “... nos séculos XVII e XVIII, apareceram técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo, no corpo individual” (FOUCAULT, 1999, p. 288). Esta é a tecnologia disciplinar: para Foucault, tratava-se de dar visibilidade aos corpos, separá-los, colocá-los em série, “... aumentar-lhes a força útil através do exercício” (FOUCAULT, 1999, p. 288). Vigilância, hierarquia, inspeção, escrituração, relatórios: estes são elementos da disciplina; estes são também os elementos fundamentais do Hospital Psiquiátrico.

De acordo com Deleuze, em seu artigo “*Post-scriptum* sobre as sociedades de controle”, de 1990, Foucault “... situou as sociedades disciplinares nos séculos XVIII e XIX; atingem seu apogeu no início do século XX. Elas procedem à organização dos grandes meios de confinamento” (DELEUZE, 1992 a, p. 219). Escola, fábrica, prisão e hospital psiquiátrico são os exemplos mais acabados dos meios de confinamento operados pelas sociedades disciplinares.

A sucessão das estratégias de poder, estudadas por Foucault, dá-se por crises e, segundo Deleuze, “... as disciplinas, por sua vez, também conheciam uma crise, em favor de novas forças que se instalavam lentamente e que se precipitavam depois da Segunda Guerra

Mundial...” (DELEUZE, 1992, p. 219). É exatamente depois da Segunda Guerra Mundial que os diversos movimentos de Reforma Psiquiátrica acontecem.

Descrevendo as mudanças nas relações de poder, Foucault diz que a alteração que levou a que o tema da soberania (deixar viver e causar a morte) desse lugar a um poder que se exerce diretamente sobre a vida, deu-se com a disciplina e a biopolítica: “As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (FOUCAULT, 1977, p. 131). As “regulações da população”, a que se refere Foucault, começaram pelo controle dos nascimentos, das mortes, da duração da vida (FOUCAULT, 1977), processos que são alvo de ações, visando à manutenção do poder. Com o desenvolvimento tecnológico, a biopolítica pôde chegar, nos nossos dias, a todo o planeta, via mídia, principalmente, incrementando ao extremo a produção seriada de subjetividade: “Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade” (FOUCAULT, 1977, p. 135).

Foucault chama de *biopoder*, na “História da Sexualidade I, A Vontade de Saber” (FOUCAULT, 1977), a junção entre a anatomopolítica dos corpos, isto é, o regime disciplinar, e as regulações da população, ou seja, a *biopolítica*. Mesmo sendo interessante, como alguns autores fazem-no (PASSOS & BARROS, 2001), nomear de *biopolítica* também as práticas de resistência ao poder, mostrando, assim, a operação de inversão das forças em jogo, com a vida assumindo as ações, neste texto utilizaremos “biopolítica” apenas com a acepção de mecanismo de controle do poder, deixando para a indicação de práticas que a ele resistem, os termos “resistência” e “criação”.

Sob o aspecto da biopolítica, o campo da Saúde é privilegiado no que diz respeito às disputas entre controle e resistência/criação. Enquanto controle, temos tanto a contribuição para a operação de modelar a subjetividade própria ao sistema produtivo, como a necessidade de reposição de mão de obra adocida e o controle dos que excedem a quantidade de pessoas úteis ao sistema econômico. Trata-se do controle a céu aberto, que dispensa muros e grades. Em termos de resistência/criação, temos a vida e as relações que se estabelecem no campo da Saúde com grande potencial transformador. Portanto, coloca-se mais uma vez a questão: como e com quais meios escapar das capturas operadas pelas estratégias de poder e produzir processos criadores disruptivos?

Pois é a própria vida dominada que surge como fundo de resistência às estratégias de poder. Se o poder incide sobre a vida, moldando-a, criando suas formas de desejar, conduzindo-a à produção e ao consumo, esta própria vida toma-se como elemento de

resistência: “... a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la” (FOUCAULT, 1977, p. 136). Prossegue Foucault, num trecho d’ “A História da Sexualidade” que nos serve como base para pensar as estratégias de resistência/criação no campo da Saúde:

Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O “direito” à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito”, acima de todas as opressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse “direito” tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional de soberania (FOUCAULT, 1977, p. 136).

Para uma discussão a respeito das possibilidades de resistência e criação, nesses nossos tempos de globalização e de maciça produção de subjetividade, através dos meios de comunicação, Peter Pélbart reforça a necessidade de tomarmos o caminho da criação de novos espaços nos quais mecanismos de subjetivação que não sigam a forma dominante sejam potencializados e adotem a própria vida e os corpos como matéria prima.

Peter, em “Poder sobre a Vida, potências da Vida”, lança uma pergunta/provocação que tem conseqüências importantes para a clínica e para a vida: “Que possibilidades restam, nessa conjunção de plugagem global e exclusão maciça, de produzir territórios existenciais alternativos àqueles ofertados ou mediados pelo capital?” (PÉLBART, 2003, p. 22).

Com a metodologia exposta examinaremos, a seguir, inicialmente, alguns aspectos históricos da Saúde Pública, chagando até a Reforma Sanitária Brasileira. Também os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade serão apreciados sob o ponto de vista desta metodologia. Como objetivo da dissertação, algumas das práticas clínicas em Saúde Mental, inseridas no atual momento da Reforma Psiquiátrica, serão analisadas através da forma descrita de conceber as relações de poder. Objetiva-se, com esta seqüência, perceber melhor as possibilidades de resistência e criação, para as práticas em Saúde Mental, e quais as condições necessárias para que saiam da lógica da manutenção de relações de dominação.

2º. Capítulo

Uma (in) certa história da Saúde Pública

Trabalharemos, para traçar esta (in) certa história, com textos iniciais do movimento da Reforma Sanitária, o que resulta numa forma parcial de apresentá-la, mas que será complementada, mais adiante, com um texto atual, que situa as condições atuais da discussão a respeito do SUS e com a discussão sobre Integralidade e Clínica Ampliada.

2.1 A Reforma Sanitária.

2.1.1 Os Inícios e os interesses

Peter Pál Pelbart, em seu texto “Biopolítica” (PELBART, 2003), diz que foi na conferência realizada em outubro de 1974, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que Foucault usou, pela primeira vez, a expressão “biopolítica”. Utilizarei, a seguir, os dados e interpretações de Foucault, daquela ocasião (FOUCAULT, 2004 b), para compreender por quais caminhos passaram as formas iniciais, do que hoje denominamos “Medicina Social”, “Saúde Pública”, “Saúde Coletiva”. O termo “biopolítica” estará presente, desde o início e será um dos instrumentos para a nossa avaliação do que está se produzindo hoje na área da Saúde.

Tendo como objetivo mostrar que a medicina moderna é uma medicina social, que tem uma tecnologia voltada para o corpo social, Foucault diz que a socialização do corpo, enquanto objeto a ser controlado e potencializado, tanto para o Estado quanto para a indústria, deu-se sob a forma da biopolítica.

A biopolítica é concebida por Foucault, em 1976 (FOUCAULT, 1999), como mais uma estratégia de controle do poder. Estruturada a partir da metade do século XVIII, a biopolítica é uma forma de controle que se superpõe ao regime disciplinar. Não mais uma atenção voltada ao corpo individual, não mais uma atenção voltada ao “... homem-corpo, mas ao homem-espécie”. (FOUCAULT, 1999, p. 289). A atenção volta-se para os processos mais gerais da população, como a taxa de nascimentos, de mortes, de quantidade de doenças. Nestes termos, a medicina surge como “... um saber-poder que incide, ao mesmo tempo, sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que

vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Foucault mostra que a medicina voltada para a força de trabalho, portanto, a medicalização da população, visando à indústria, ocorreu após o Estado e a Cidade terem sido os alvos da atenção em relação a possíveis problemas de saúde pública. Para desenvolver a sua análise, Foucault descreve a medicina de Estado Alemã, a medicina urbana francesa e a medicina dos pobres, na Inglaterra.

A Alemanha desenvolveu, antes de outros países europeus, a forma Estado. Decorreu daí uma medicina do Estado, no início do século XVIII, voltada para a manutenção de um contingente populacional apto a defender o Estado e a servi-lo. Surge a polícia médica, com funções maiores do que a mera tabulação de mortes e nascimentos.

Nos encargos desta polícia médica podemos entrever algumas das funções dos nossos atuais sistemas de saúde. São eles:

- a- Estatística de morbidade de fenômenos epidêmicos e endêmicos.
- b- Normalização da prática e do saber médicos. Formas de o Estado regular o ensino e a profissão médica.
- c- Organização administrativa para controlar a atividade dos médicos.
- d- Criação de funcionários médicos, nomeados pelo governo, com responsabilidade sobre uma região. Médico como administrador da saúde. Regionalização e administração de forma hierarquizada.

Neste último item podemos reconhecer, desde já, a setorização como meio de racionalização da assistência, chegando até a nossa realidade com a divisão territorial de atuais programas de saúde.

Depreende-se do exposto que a medicina moderna surge como função controladora do Estado. E, antes de ser a “grande medicina clínica”, ela é estatizada.

Surge na França, no final do século XVIII, uma medicina voltada para a cidade, isto é, para os problemas suscitados pela urbanização: necessidade de unificar política e administrativamente a cidade e de apaziguar o medo, despertado pela convivência de gente aglomerada e em tensão social.

O modelo utilizado na medicina urbana francesa é o da quarentena, vindo do trato com a lepra e com a peste. Esquadrinhamento do espaço, vigilância, anotações, atenção constante.

Na medicina urbana as coisas são o foco de atenção, mais do que os humanos: os locais de amontoamento, como os cemitérios, em primeiro lugar, e também matadouros; o ar, a água, os dejetos. Os perigos do espaço urbano devem ser controlados.

É na Inglaterra que surge, de fato, a medicina social voltada para a manutenção da força de trabalho do operário. Pela Lei dos Pobres, de 1834, os pobres, para terem direito à assistência médica gratuita, precisavam submeter-se a uma série de controles. O medo a ser conjurado é o das doenças que, ao surgirem entre os pobres, podem alastrar-se entre os ricos. Foucault observa, nesta Lei, o “... grande problema da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política” (FOUCAULT, 2004 b, p. 95).

Mais tarde, em 1870, surge o *health service*, de fato um aprofundamento do controle sobre a população que a Lei dos Pobres iniciou. No *health service* os médicos dispensam cuidados médicos que não são individuais, mas têm por objeto a população em geral, as medidas preventivas a serem tomadas e, como na medicina urbana francesa, as coisas, os locais, o espaço social.

O *health service* provocou reações populares de revolta, pequenas insurreições antimédicas na Inglaterra na segunda metade do século XIX. Temos, no Brasil, um exemplo significativo de uma dessas rebeliões contra a intromissão do Estado na vida das pessoas: a “Revolta da Vacina”, movimento popular ocorrido em 1904, no Rio de Janeiro, contra a vacinação obrigatória de combate à varíola. De acordo com Mayla Porto,

A indignação levou ao motim popular, que explodiu em 11 de novembro de 1904, conhecido como a ‘Revolta da Vacina’. Carroças e bondes foram tombados e incendiados, lojas saqueadas, postes de iluminação destruídos e apedrejados. Pelotões dispararam contra a multidão. Durante uma semana, as ruas do Rio viveram uma guerra civil. Segundo a polícia, o saldo negativo foi de 23 mortos e 67 feridos, tendo sido presas 945 pessoas, das quais quase a metade foi deportada para o Acre, onde foi submetida a trabalhos forçados (PORTO, 2003, p. 2).

A fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de estado alemã.

O sistema inglês possibilitou três coisas:

- a- A assistência médica ao pobre,
- b- O controle de saúde da força de trabalho e
- c- O esquadrinhamento geral da saúde pública.

Com isso, a medicina social inglesa formou o que vigora, até hoje, nos países industrializados:

- a- Uma medicina assistencial para os pobres
- b- Uma medicina administrativa (vacinação, epidemias) e,
- c- Uma medicina privada para quem pudesse pagar.

A compreensão de como foi constituída a medicina social no Brasil tem a importância de tornar mais claro, para nós, o que acontece nos dias de hoje, na medida em que poderemos perceber quais jogos de força e relações de poder estavam e estão envolvidos no campo em questão.

Utilizaremos, para este estudo, obras de Roberto Machado e de Sérgio Arouca, que trabalharam orientados pela análise arqueológica de Michel Foucault. Tomamos os textos destes autores, tanto por sua importância na história da produção acadêmica na área, como também como ilustrativos do trabalho arqueológico. A arqueologia de Foucault “... reconstrói sistemas de práticas que têm uma inteligibilidade interna da qual o arqueólogo se distancia” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 282), numa operação que visa a fazer aparecer sua lógica interna. A comparação desta lógica interna com as práticas que produz pode fazer-nos compreender algo a respeito da determinação histórica dessas práticas. A arqueologia serve e se une à genealogia, na medida em que levanta e faz aparecer as práticas discursivas, que serão elementos da composição genealógica.

Segundo Roberto Machado e demais autores do livro “Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil”, a medicina social surge no Brasil no início do século XIX, trazendo significativas diferenças em relação ao modo como o Estado colonial encarava os problemas das doenças. (MACHADO et ali, 1978).

Antes da vinda da família real para o Brasil, o médico do Rei, o Físico-mor, era responsável pela fiscalização da prática médica, sem que a chamada Fisicatura, esta instância real da medicina, fosse fonte de saber. A Fisicatura estava integrada às instâncias da justiça e sua função não era de “... enunciação do discurso médico” (MACHADO et ali, 1978, p. 27). Com a proibição do ensino superior no Brasil, o Físico-mor indicava os médicos que viriam ao Brasil exercer medicina e que, por sua vez, autorizariam algumas pessoas para o exercício da medicina. Este tipo de regulação da medicina não tem nos seus objetivos “... promover a saúde da população como um todo ou a formação de profissionais de saúde, mas impedir casos particulares de abuso de atribuições” (MACHADO et ali, 1978, p. 35). Poder fiscalizador, portanto, e não formulador, de acordo com o “... tipo de colonização a que o modelo administrativo deve servir” (MACHADO et ali, 1978, p. 35). Não há ainda a

preocupação com a organização da cidade, com o controle das possíveis causas gerais de doenças nem com a promoção de melhores condições de saúde em geral.

Porém, no período colonial, se não existia algo que se pudesse chamar de medicina social, havia uma preocupação da administração com detalhes que afetavam a saúde. As ações que diziam respeito a esses detalhes ficavam a cargo das Câmaras Municipais, que abordavam temas como a limpeza da cidade, o comércio de alimentos, as condições dos portos e a circulação de pessoas que nele ocorria. Controle de interesse comercial e militar, pois “... se articula com a defesa da riqueza e do território em que ela é produzida” (MACHADO et ali, 1978, p. 43).

Centradas na figura do médico, as ações da medicina são meramente curativas, individuais, sem penetração na vida da cidade. Há, ainda, ações de respostas aos problemas que surgem, as doenças, e não ações positivas a respeito da saúde.

Para Machado, o exemplo do que ocorria nos Hospitais do Brasil colônia exemplifica o tipo de relação entre o saber médico e a sociedade, naquele momento. O Hospital estava a cargo dos religiosos e a medicina, nele, era um acessório. Não há a presença constante de médicos, e o espaço não é organizado com intenções terapêuticas. (MACHADO et ali, 1978). Exemplo de exclusão e de ausência de intenções terapêuticas é a criação das “casinhas de doudos” (MACHADO et ali, 1978, p. 62), num hospital da Bahia, no século XVIII, que continham loucos e carregadores de caixão. Loucura e morte escondidas no mesmo lugar.

O Hospital no Brasil colônia tinha, portanto, funções essencialmente assistenciais, voltadas para os pobres. Sua administração era feita por religiosos, sejam eles da hierarquia ou leigos. O poder público não se preocupa com criar ou gerenciar hospitais.

Numa descrição do hospital do Brasil colônia que assusta pela semelhança com o que vemos nos dias de hoje, Roberto Machado e colegas dizem: “A assistência hospitalar é menos uma assistência à doença que à miséria, situando-se em uma ação caritativa mais ampla que inclui crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros” (MACHADO et ali, 1978, p. 72).

Mencionando o exemplo da lepra, ameaça de séculos, os autores citados mostram como os médicos da colônia tinham, também aí, um papel secundário, cabendo à administração das cidades cuidar de isolar os doentes. A ação médica dava-se depois do fato “doença” já instalado e era acessória à exclusão. Para os autores marca-se, aqui, uma distância entre a prática médica observada e o projeto da medicina social. Na medicina social

... encontramos algo diferente: transformação do espaço para eliminar causas de doença, construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; intervenção anterior à doença, ação que abrange toda a sociedade e não somente os doentes; criação de espaços terapêuticos e não de espaços de exclusão (MACHADO et ali, 1978, p. 82).

Os autores consideram que a segunda metade do século XVIII já apresenta uma transição entre o tipo de poder que vigorava no Brasil colônia e o do século XIX. Esta transição tem relações com o que aconteceu na condução da medicina. A administração de fins do século XVIII, “... ao elaborar um conhecimento da cidade e sua população, coloca a questão da saúde e da doença no raio de suas atribuições” (MACHADO et ali, 1978, p. 122). Exemplo desta nova preocupação são as críticas ao funcionamento dos hospitais, no que diz respeito aos soldados. Importante elemento para a defesa nacional, o soldado precisava ser mais bem tratado nos hospitais, o que favoreceu o aparecimento de um discurso crítico, de transformação e de criação de novos hospitais, mais terapêuticos: “O projeto de criação de um novo hospital desencadeia, assim, um discurso abrangente sobre a vida da população, o trabalho e a defesa” (MACHADO et ali, 1978, p. 131).

Outra mudança é a que se verifica quando do chamamento aos médicos, para que ajudem no problema da lepra, que não estava sendo resolvido com a exclusão.

Com a transição da atenção do poder colonial em relação à saúde da população, o Estado português “... se atribui a tarefa, visando a uma intervenção sobre a cidade, de conhecer as causas de doença do Rio de Janeiro” (MACHADO et ali, 1978, p. 142). Começam as consultas das Câmaras aos médicos notáveis, numa aproximação do Estado com o saber médico então constituído. Como resposta, os médicos fazem indicações urbanísticas para as causas não naturais das doenças e abordam as causas naturais, como o calor e a umidade. (MACHADO et ali, 1978).

Também a alimentação e a moralidade são apontadas pelos médicos como constitutivas da boa saúde. É a medicina, começando a tornar-se vigia dos comportamentos.

Machado afirma que, da forma como estava colocado o problema, com a Câmara fazendo consulta aos médicos, “É do próprio Estado que surge a extensão dos objetos de administração governamental à saúde encarada do ponto de vista de uma etiologia social” (MACHADO et ali, 1978, p. 147). Numa passagem onde reconhecemos a influência de Foucault, os autores dizem que

A novidade fundamental da consulta reside, portanto, no fato de que os fenômenos de população, que devem ser analisados pelo poder político na sua gestão dos homens e das coisas, incluem a produção da saúde como um dos aspectos das atribuições do governo (MACHADO et ali, 1978, p. 147/148).

Vão, assim, tornando-se mais visíveis as relações de poder entre o Estado e a medicina, naquela época:

- o médico apenas como consultor,
- as opiniões médicas não se transformam em normas,
- a medicina não se impõe como instância de intervenção e de polícia,
- a medicina ainda não é uma prática política específica, como acontecerá no século XIX, quando da constituição da medicina social (MACHADO et al, 1978).

Voltando a afirmar a necessidade da investigação histórica a respeito das condições que possibilitaram o aparecimento da medicina social, tal como fez Foucault, em sua conferência, no Rio de Janeiro, sobre o tema (FOUCAULT, 1993 b), Machado e seus colegas advertem para o possível engano de pretendermos contrapor a medicina social àquela que vigora no capitalismo. Engano que desconhece que foram as próprias necessidades do capitalismo que favoreceram o desenvolvimento da medicina social, no seu aspecto controlador.

Como com os mecanismos de controle existentes até meados do século XVIII já não era mais possível o domínio sobre o ambiente e seus habitantes, criaram-se novas estratégias. Tornou-se necessária uma “... nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos” (MACHADO et ali, 1978, p. 156). A medicina, segundo os autores, foi o campo onde as técnicas de normalização foram aplicadas pela primeira vez no Brasil, já no século XIX.

Com as mudanças na constituição do poder em andamento, alteram-se também as relações entre a medicina e o Estado. A medicina social “... é parte integrante do novo tipo de Estado” (MACHADO et ali, 1978, p. 157). Neste ponto evidencia-se o exercício da biopolítica, pois o “... Estado se propõe a assumir a organização positiva dos habitantes, produzindo suas condições de vida” (MACHADO et ali, 1978, p. 157).

O acontecimento político que marcou de modo mais acentuado a mudança nas relações Estado/medicina/sociedade foi a vinda da corte portuguesa para o Brasil, em 1808. Além do enriquecimento, já em curso, a corte preocupa-se, então, com a saúde da população,

além da defesa do território. Aumenta a necessidade de a corte conhecer a terra em que agora habita nos seus vários aspectos, inclusive a saúde e a doença.

Começam as articulações que resultarão na polícia médica, uma forma de vigilância e controle que antes não existia.

O poder central passa a consultar a corporação médica, através do Físico-mor, pedindo pareceres a respeito das causas das doenças. Isto difere de antes, quando os médicos eram consultados individualmente, cabendo às Câmaras Municipais fazerem as consultas. (MACHADO et ali, 1978). Em 1809 “... uma instância propriamente médica assume o controle das medidas de higiene pública” (MACHADO et ali, 1978, p. 164), isto é, o Físico-mor ocupa o cargo de Provedor-mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil. Curioso e instrutivo observar que esta foi a origem do Ministério da Saúde.

O conceito de polícia, que apareceu na Alemanha no século XVIII, mostra que esta decorre das relações entre sociedade e Estado, nas quais a sociedade abdica de sua liberdade, justificando esta renúncia em nome do bem comum, depositando no Estado as ações de segurança. Troca-se liberdade por segurança. Passam-se os séculos, mas os fenômenos se repetem com pouquíssima variação. A polícia, portanto, “... define-se como sistema de conhecimento e práticas administrativas que organizam a sociedade através de uma perfeita alocação de recursos humanos e materiais” (MACHADO et ali, 1978, p. 165). Destacamos, por básicas, as expressões *conhecimento* e *práticas administrativas*. Conhecer para administrar, conhecer e administrar passa a ser tão fundamental que disso “... passa a depender o poder e a riqueza do Estado”. (MACHADO et ali, 1978, p. 165).

Instala-se, então, a polícia médica responsável por estatísticas referentes a: dados vitais; controle dos vícios; estímulo à natalidade; uma certa eugenia; ações de limpeza e controle de águas e alimentos; ações para evitar epidemias; informações ao povo a respeito de saúde; fiscalização das profissões médicas e “... criação de uma autoridade médica ligada a um organismo central de administração e encarregada de supervisionar todos os assuntos referentes à saúde pública” (MACHADO et ali, 1978, p. 166). Tem-se, agora, o conhecimento e as práticas administrativas de “... uma medicina ligada à administração central” (MACHADO et ali, 1978, p. 167). Governo policial, polícia médica: eis a articulação.

A criação das primeiras faculdades de medicina no Brasil, no Rio e na Bahia, em 1832, acirrou a contradição entre a corporação médica e a administração da Fisicatura, visto que esta era acusada de ser identificada com interesses de Portugal e não representar

devidamente as idéias médicas. (MACHADO et ali, 1978). Os autores que vêm sendo citados não caracterizam este período como possuidor de uma medicina social definida. Pois é justamente em defesa de uma medicina social que os médicos criticam a Fisicatura: esta seria ineficaz e arbitrária. Estando instalada na burocracia e na instância jurídica (aspectos de restringir e punir), a Fisicatura não teria a possibilidade de realizar o que a medicina social preconizava, isto é, “... uma ação positiva, transformadora, recuperadora que, instituindo normas, impõe exigências a uma realidade vista como hostil e diferente. [...] um objetivo de normalização” (MACHADO et ali, 1978, p. 180).

Em 1828, desaparece a Fisicatura e as atribuições em relação à saúde e à doença passam para as Câmaras Municipais, que já estão mais próximas dos problemas que precisam ser enfrentados na área em questão. Neste ponto inicia-se “... o principal momento da luta pela implantação da medicina social” (MACHADO et ali, 1978, p. 179).

As Câmaras tomam a iniciativa de determinar Posturas que regulam o problema urbano, a economia e o tema da população. A população é vista como fonte de perigo e como alvo de preocupações, quanto à saúde e educação. No aspecto do perigo, aparece a necessidade de medidas a respeito de loucos e embriagados. (MACHADO et ali, 1978).

Continuando as críticas em relação à falta de autonomia da corporação médica nos assuntos de saúde pública, é fundada, em 1829, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que terá papel importante na implantação da medicina social. A Sociedade recém criada propunha que, através dos ensinamentos de origem francesa, a medicina conduziria a sociedade a um estado de perfeição.

A Sociedade de Medicina tinha como objetivos, para a realização da medicina social, a defesa da ciência médica e da saúde pública. (MACHADO et ali, 1978). Em termos de saúde pública, as proposições eram:

lutar pela criação ou reformulação dos regulamentos sanitários, pelo controle de sua aplicação por médicos, por mudanças de costumes, por intervenção em hospitais, prisões e outros lugares públicos, pelo controle da venda de medicamentos, pelo estudo de epidemias, endemias e doenças contagiosas, pela criação de lugares de consultas gratuitas aos pobres, etc (MACHADO et ali, 1978, p. 179).

A Sociedade de Medicina criou uma Comissão de Salubridade Geral que, em 1830, apresentou em relatório as suas propostas que abrangiam

... a educação física das crianças, a extemporaneidade dos casamentos precoces, a falta de registros civis, a condenação dos sepultamentos dentro das igrejas, a carência de hospitais, a necessidade de regular o funcionamento das boticas e dar melhor assistência aos loucos, a falta de médicos verificadores de óbitos, construção de casas, estreiteza das ruas, necessidade de esgotos, calçamento, abastecimento de água, asseio das ruas, praças, praia, urgência de dessecamento dos pântanos urbanos (MACHADO et ali, 1978, p. 188).

Este é, no modo de ver dos autores citados, um verdadeiro programa de medicina social, com propostas de intervenção em diversos aspectos da população, como a vigilância do espaço urbano e dos lugares de desordem. Inicia, também, “... a série de protestos contra a situação em que viviam os loucos” (MACHADO et ali, 1978, p. 188), o que vai servir de base para a “... criação da psiquiatria brasileira” (MACHADO et ali, 1978, p. 188).

Do mesmo modo que fazemos hoje, a corporação médica tentou transformar suas intenções em leis. Desta vez, passam a figurar em Código de Posturas, promulgado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, as propostas da corporação médica que estabelece, assim, para a população, a sua concepção de saúde e de doença.

O outro objetivo da Sociedade Médica também foi alcançado, com a criação das faculdades de medicina e a regulamentação da profissão. A vitória da luta da Sociedade de Medicina, que vem de muito antes de sua fundação “... lança a medicina na sociedade, amplia o seu objeto e, ao mesmo tempo, restringe o seu exercício a homens normalizados pelo seu poder” (MACHADO et ali, 1978, p. 193). Com a medicina conquistando cada vez mais espaço, os seus representantes pretendem que seu projeto “... justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber” (MACHADO et ali, 1978, p. 194).

A Sociedade Médica oferecia-se como veículo de um saber neutro, em contraste com as paixões políticas. Discurso sedutor, mostrava-se como a ciência racional, acima das enganadoras emoções humanas expressadas nos combates políticos. Mas a medicina precisava do Estado, em contrapartida, pois para as ações nas situações que condicionam as doenças, apenas um exemplo, o Estado seria necessário. Em 1935, esta relação da medicina com o Estado é estreitada, com a transformação da Sociedade Médica na Academia Imperial de Medicina (MACHADO et ali, 1978).

Nota-se, na história que está sendo traçada, algo do que hoje percebemos como predominante na área de Saúde: a formação de profissionais de saúde que se pretendem

neutros em relação às determinações sociais e políticas e que investem seu estudo e suas ações, quase que apenas, em práticas terapêuticas isoladas do mundo dos conflitos sociais.

A medicina ainda não está, porém, no comando das ações públicas na sua área, a cargo das Câmaras, nem está implantado o seu projeto de medicina social. A contradição no momento é com o poder das Câmaras, que se tornaram alvo de ataque dos médicos. São três os modos de confrontar o poder das Câmaras: denúncias de incompetência, assessoria teórica direta e presença de médicos vereadores.

Sendo morosa, ao modo da corporação médica sentir as coisas, a adoção, pelo Estado, das pretensões da medicina social, foi uma epidemia que acelerou o processo. A ameaça do cólera ao país, doença já presente na Europa, motivou que a corporação médica "... proponha um modelo de ação preventiva a nível governamental, interessando a nação inteira" (MACHADO et ali, p. 232).

Estado e medicina necessitam-se, mas foi preciso uma urgência para uma maior aproximação.

Outra epidemia, a de febre amarela, iniciada em 1849, reforça ainda mais as ligações medicina/Estado, com a intervenção do Ministério do Império que, passando por cima da Câmara, encomenda à Academia Imperial de Medicina um plano de enfrentamento ao problema. O resultado é o aumento do controle sobre a cidade e sobre as pessoas.

Institui-se um órgão que vai dirigir a saúde pública, a "Comissão Central de Saúde Pública" e as medidas postas em prática incluem: esquadrinhamento urbano, assistencialismo, inspeção sanitária, fiscalização da medicina, registro de dados médicos (estatísticas). (MACHADO et ali, 1978). Mesmo adotando outros nomes ao longo do século e não tendo estrutura e pessoal para realizar as suas funções, estava criado um arcabouço institucional para a medicina social.

As transformações ocorridas evidenciam a mudança de objeto da medicina, que "... começa a se deslocar, portanto, da doença para a saúde" (MACHADO et ali, 1978, p. 248). Aparece a tendência a supor as "... causas da doença não no próprio corpo doente, mas naquilo que o cerca, em sua circunvizinhança, no meio ambiente" (MACHADO et ali, 1978, p. 248). São definições que vigoram até hoje, sustentadas, tanto para as práticas controladoras, como para as transformadoras.

Os autores citados, Machado e seus colegas, valorizam a percepção histórica dos médicos da época que "... demonstraram ter plena consciência da transformação que se

processava, ao definirem a medicina como uma ciência social, ou como uma ciência política” (MACHADO et ali, 1978, p. 249).

Torna-se coletivo o “sujeito do conhecimento” (MACHADO et ali, 1978, p. 252), em relação ao que é produzido de saber a respeito da população, pois não são mais os indivíduos que enunciam o conhecimento, mas este se produz juntando inúmeras observações. Tornam-se coletivas as ações de saúde, que se transformaram num “... problema social no sentido de que são necessárias autoridades constituídas com o objetivo de preservá-la” (MACHADO et ali, 1978. p. 253).

No âmbito das ações, a medicina social nascente identificava “sociedade” com “cidade”. O corpo em perigo, que necessitava vigilância, era o corpo da cidade, para além do corpo humano.

Abordada dos pontos de vista natural e social, a cidade, no primeiro aspecto, é vista, desde a sua localização, como fator de doença ou de saúde, conforme variem as condições locais. (MACHADO et ali, 1978). A incidência do poder médico de vigilância deu-se, então, nos diversos aspectos da cidade e de suas instituições.

Junto com o nascimento da medicina social brasileira, deu-se o aparecimento da psiquiatria no país, na sua forma institucional. Com a questão colocada pela loucura, já tendo despertado a atenção das autoridades administrativas e médicas, é fundado, em 1841, por D. Pedro II, o primeiro Hospício no Brasil. Este ato foi revestido de aspectos de grande avanço e humanismo, de ciência, de saída do atraso que representava a perambulação dos loucos ou sua permanência em depósitos, sem o alcance da medicina.

A psiquiatria surgiu como parte da medicina social que se iniciava nas artes do controle da população. Os autores que vêm sendo citados apontam que um relatório da Comissão de Salubridade, da Sociedade de Medicina, de 1830, foi “... o primeiro documento brasileiro a tratar o louco como doente mental” (MACHADO et ali, 1978, p. 376), seguindo a tendência européia. Esta Sociedade lançou o lema “aos loucos, o hospício”.

É muito interessante a observação de Roberto Machado e seus colegas, que apontam que, desde a sua constituição, a psiquiatria traz uma tensão entre “... a exigência de integrar a loucura no mesmo esquema de racionalidade do pensamento médico e a necessidade de reconhecer sua originalidade com relação às outras doenças...” (MACHADO et ali, 1978, p. 384). Esta tensão permanece até hoje, como por exemplo, no estranhamento na formação médica, a respeito do assunto e na posição excêntrica em que permanecem os problemas “mentais” no interior das instituições médicas gerais.

A concepção a respeito da loucura que informava os médicos no século XIX, no Brasil, seguia o que era predominante na Europa: Pinel e sua libertação das correntes físicas que atavam os loucos para constrangê-los nas malhas da ciência, e Esquirol, com a luta da razão no combate ao desvio.

Criar um Hospício foi a suprema realização da razão científica: “Agora, o louco encontrou o espaço de sua verdade, o saber que o observa em sua verdade. Libertar o louco, significa reconhecê-lo pelo que realmente é: um doente, não um possuído” (MACHADO et ali, 1978, p. 412).

Antecipando concepções atuais, que talvez não se reconheçam nas suas origens, Esquirol postulava que são os excessos da civilização, que para a maioria representa apenas saudavelmente mais civilização, que aumenta a produção de loucos. (MACHADO et ali, 1978). Desta forma, todas as circunstâncias da vida que promovem a vida em sociedade podem, para alguns, promover a loucura: os divertimentos, as profissões, a vida política, os costumes, a educação. Estas circunstâncias da vida civilizada eram acusadas, pelos psiquiatras, de levar à loucura, quando saíam das medidas tidas como proporcionadas e adequadas. A política podia descambar em paixões, os divertimentos em depravação, a educação no abandono da religião. Os que não suportassem os excessos, enlouqueceriam.

As concepções que as opiniões citadas trazem não acusam a civilização em si, mas os seus desvios e excessos. (MACHADO et ali, 1978). Entra, então, a ciência, a medicina, a psiquiatria, para apontar os excessos e corrigir os desvios.

Como consequência da argumentação acima, o meio privilegiado de tratamento é, decorrência natural, o Hospício: lugar de isolamento e ordem. O objetivo é organizar em bases racionais as relações entre o louco, a família e a sociedade. Institui-se o hospício como parte integrante do poder disciplinar. (MACHADO et ali, 1978).

Como ilustração a respeito do que vigorava em termos de discursos que operavam a exclusão, Vera Malaguti Batista mostra como, nas primeiras décadas do século XIX, o Rio de Janeiro sofreu a influência de maciça campanha, veiculada pelas classes dominantes, que infundiam o medo em relação a todos aqueles que não se adequavam à figura do homem-branco-proprietário-respeitável. Desta forma, o discurso médico associa-se ao jurídico, este com origens na inquisição ibérica (MALAGUTI BATISTA, 2003). Articulados enquanto formas de controle, “Até o final do século XIX, o discurso jurídico-policial e o discurso médico se entrelaçariam para criar a criminologia, nova ‘ciência’ cujo risco sempre foi ‘saber e arte de despejar perigos discursivos’” (MALAGUTI BATISTA, 2003, p. 146). Note-se que o código criminal foi promulgado em 1830, o que Malaguti interpreta como uma seqüência

da “... *programação criminalizante* do Brasil-colônia” (MALAGUTI BATISTA, 2003, p. 134. Grifos do original).

A associação dos discursos médico e jurídico, citada por Vera Malaguti, está descrita em Foucault, que percebeu que “... os domínios discursivos [...] obedeciam [...] a estruturas comuns a outros domínios epistemológicos, que havia um isomorfismo dos discursos entre si em uma época dada” (FOUCAULT, 2005, p. 67).

Num estudo a respeito da literatura brasileira especializada que trata da história da Saúde Pública, Everardo Duarte Nunes define a sua linha de trabalho ao citar Meihy e Bertolli Filho, que dizem que

...a história da saúde pública se coloca como uma variação ou ramo da história social, espaço útil para se refletir sobre a continuidade e/ou ruptura das relações entre o poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e as implicações íntimas, constantes na prática da ética política. Trata-se de uma história da circulação da vontade governante manifestada nos cuidados médicos e nas aceitações populares (NUNES, 2000, p.252).

Examinando com detalhes o trecho citado, vemos que o autor trata a história da Saúde Pública de modo semelhante à maneira como foi descrita anteriormente. Colocando a história da Saúde Pública como parte da história social, o texto citado prepara uma conclusão que coincide com as idéias de Foucault: a saúde pública enquanto campo, onde revelam-se as relações de poder. Interessante notar que o autor fala em “... continuidade e/ou ruptura das relações entre o poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e às implicações íntimas, constantes na prática da ética política”. Vamos estar atentos exatamente às relações de poder que aparecem nas propostas e ações do campo Saúde Mental/Saúde Coletiva, examinando se tendem a romper com o poder instituído, excludente, ou se colaboram para a sua manutenção. Corroborando a necessidade da visada histórica, como descrevemos acima, Nunes cita Emerson Mehry, o qual adverte que se faz a história dos meios que a Saúde Pública utiliza, mas não a história dos objetivos das práticas sanitárias (NUNES, 2000).

A tendência dos diversos trabalhos citados por Everardo Duarte Nunes é a de apontar para o jogo de interesses econômicos e políticos que envolveram a formulação de políticas de saúde pública no Brasil, que são elaboradas pelos intelectuais e técnicos de cada momento, sempre com a população afastada das decisões. Controlar a população, impedir que os problemas de saúde dos pobres afetem os ricos, colocar ordem na cidade, sufocar possíveis

protestos e insatisfações, formar modos de ver o mundo, produzir subjetividades, enfim, são as funções dos sistemas públicos de saúde até aqui examinados, nesta resumida história. O que cabe a nós, além de constatar?

A transição, repleta de crises, entre o escravismo e o desenvolvimento do capitalismo, a necessidade da criação de condições para a presença de imigrantes para a substituição do trabalho escravo, o aumento populacional nas cidades, foram algumas das condições que forçaram o aparecimento das propostas de ações de saúde pública em fins do século XIX e início do século XX. O modelo de atuação governamental desta época foi marcado pelo autoritarismo, o que, por vezes, provocou reações populares. De acordo com Marcus Polignano o modelo de intervenção foi o campanhista, “... concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação” (POLIGNANO, s/d, p. 5).

Apesar dos protestos e revoltas, a ação campanhista obteve sucessos, como a erradicação da febre amarela do Rio de Janeiro, fixando-se como o modo de operação na área de Saúde Coletiva desta época em diante. Como a atenção principal das autoridades da área de saúde, nas primeiras décadas do século XX, era estabelecer uma política que garantisse a circulação de mercadorias para a exportação, o modelo campanhista vingou, sendo denominado sanitarismo campanhista. (POLIGNANO, s/d). Este modelo foi também adotado para o enfrentamento das endemias rurais, cujo controle convinha ao setor da agricultura.

2.1.2 O Movimento Sanitário.

Interessa-nos, agora, investigar mais diretamente como chegamos à Reforma Sanitária, resultante de um movimento social (Movimento Sanitário Brasileiro), absorvido pelo Aparelho de Estado e que gerou transformações nas práticas na área de Saúde e nas Leis que regulam o setor. Para isso, vamos examinar quais teorias da área médica estavam em disputa, em que conjuntura este movimento ocorreu, que atores mobilizaram-se, as resistências, as conseqüências para a população e sua participação. A nossa atenção estará voltada, também, para a posição que a clínica assume na história e nos autores que estamos traçando, o que será útil para o exame da produção das práticas em Saúde Mental.

Diversos autores consideram a tese de Sérgio Arouca, “O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva”, escrita em 1975 e defendida em 1976, como de grande importância na história na Saúde Coletiva no Brasil. Para uma aproximação a respeito do que estava acontecendo na época da elaboração e

apresentação da tese de Arouca, o que proporciona entender a constituição do chamado “Movimento Sanitário”, lembramos que vivíamos a “Abertura Democrática”, processo complexo de distensão política que foi a forma brasileira de saída do regime militar. As liberdades democráticas não estavam garantidas, a imprensa ainda era mantida sob censura, as eleições estavam restritas, os avanços da economia eram obtidos à custa de ilusão para o povo e repressão política.

A Abertura Democrática, segundo Sarah Escorel, aconteceu de forma que “... ao mesmo tempo em que é um real processo de transição para a democracia, é uma estratégia de sobrevivência do regime militar autoritário” (ESCOREL, 1987, p.15). Isto é, mesmo que tenha sido um processo no qual a pressão política das oposições deu a sua contribuição, foi, por outro lado, uma forma de, lentamente, o regime autoritário deixar o poder com as estruturas que montou quase intocadas.

A área da assistência à saúde estava sob o comando de setores de corte privatizante, com o total privilégio do complexo médico-industrial (POLIGNANO, s/d). Ao Ministério da Saúde cabiam as ações ditas de “Saúde Pública”, num contexto ainda campanhista, embora fazendo parte de sua composição estivessem “... representantes do pensamento médico-social” (ESCOREL, 1987, p.46).

Neste cenário, surge a tese de Arouca enquanto um acontecimento. Acontecimento no sentido que Heliana Conde define:

Em perspectiva apoiada em Foucault e Deleuze, designamos por *acontecimento* algo bem distinto do *fato* das histórias positivistas: um acontecimento remete a momentos em que os confrontos de forças sociais se reverterem ou transformam, configurando, assim, novos *regimes* (de saber, prática e subjetivação) (RODRIGUES, 2005, p. 118. Grifos do original).

Tomamos a tese de Arouca, portanto, como um emergente importante da época, e não como algo que possa ser tido como uma verdade final a respeito da Reforma Sanitária.

Arouca, na delimitação do seu objeto de estudo, indica que vai analisar a construção do conceito *Medicina Preventiva*, “... em sua dimensão histórica, através de sua complexidade estrutural e estabelecendo a especificidade da sua inovação, que a delimita do passado e configura uma historicidade” (AROUCA, 2003, p.41). Deste modo pretende, numa articulação entre Foucault (práticas discursivas) e o materialismo histórico, “... estabelecer as relações entre a Prática Discursiva da Medicina Preventiva e a análise em diferentes instâncias de um modo de produção” (SILVA, 2003, p.19).

Para o nosso trabalho, a partir do referencial teórico que escolhemos, interessa-nos o trabalho de Arouca por ser ele um marco no Movimento Sanitário, por ser um formulador de teses que iriam aparecer na Oitava Conferência Nacional de Saúde e por apresentar uma análise, inédita na época, na Saúde Pública, com base em Foucault.

Arouca utilizou, para a metodologia do seu trabalho, o primeiro momento da obra de Foucault, isto é, a fase arqueológica: a análise das relações entre as práticas discursivas e as não discursivas, dos regimes de enunciação e como estes se constituem como portadores de verdades. Historicamente, na França, esta fase estava numa articulação com o marxismo, que foi a outra vertente da análise de Arouca. O fato de Arouca tomar como orientação para a sua metodologia a fase arqueológica de Foucault leva-nos, ao longo do texto, a observar a mudança ocorrida no modo de análise do poder do autor francês, evidenciando a chegada, para os nossos objetivos, à fase genealógica.

Arouca pretendeu, ao estudar o que chama de combate ideológico entre a medicina curativa e a medicina preventiva, explicitar os determinantes histórico-sociais que condicionam as propostas na área da Saúde.

Arouca, no capítulo da tese em que desenvolve a sua metodologia, investiga a encontrada na obra de Foucault e, ao mesmo tempo, anuncia o que fará no seu escrito: a investigação das condições de emergência da Medicina Preventiva. Para este exercício, Arouca aponta a “História da Loucura”, de Foucault, como um momento fundamental. Este trabalho de Foucault tratou de “... determinar as instâncias de delimitação que reconheceram a medicina como a instância superior que define a loucura como objeto, juntamente com a justiça penal, a autoridade religiosa, a crítica literária e artística” (AROUCA, 2003, p. 61).

Avaliar a mudança do discurso médico, de Medicina Curativa para Medicina Preventiva, foi a intenção de Arouca. Neste exercício, lançou algumas das bases para a Saúde Coletiva.

Arouca afirma que a Medicina Preventiva surge num contexto em que estavam colocadas discussões a respeito da Higiene, da situação dos custos da atenção médica e da “... redefinição das responsabilidades médicas surgidas no interior da educação médica” (AROUCA, 2003, p. 109).

Pode-se compreender a Higiene, em vários contextos históricos, como o conjunto de meios que o Estado divulga ou impõe para a conservação da saúde da população. Discurso atraente para os meios liberais, que responsabilizam o indivíduo diante das suas condições de

saúde, e também para setores da esquerda, a Higiene era vista, em fins do século XIX como “a arte de conservar a vida” (AROUCA, 2003, p. 111).

A Higiene teve um duplo papel histórico: o de trazer para a medicina afirmações a respeito das condições de vida e da produção, condicionando a situação da saúde e, simultaneamente, propor que as medidas higiênicas trariam “... a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência” (AROUCA, 2003, p. 115). Então, constituiu-se num discurso encobridor das próprias condições de vida que apontava.

As pretensões dos divulgadores da Higiene não se realizaram: a medicina não rumou em bloco para a condução dos modos de viver como prevenção das doenças. Segundo Arouca, referindo-se ao século XX,

... a Higiene teve, nesse princípio de século, o seu desaparecimento determinado pelo avanço do conhecimento da ‘velha medicina’, pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em uma sociedade de classes, pela compartimentalização do conhecimento científico e pelo seu isolamento dentro das escolas médicas (AROUCA, 2003, p. 115 -116).

Arouca cita como marcos históricos para a implantação da Medicina Preventiva, que avançou no vácuo deixado pela perda da importância do Higienismo, nas escolas médicas e na prática médica, a reforma dos currículos na Grã-Bretanha, após a Primeira Guerra Mundial e a realização de Seminários Internacionais de Medicina Preventiva logo depois da Segunda Guerra Mundial. Desde o início, a proposta foi de que a Medicina Preventiva ocupasse todo o currículo médico, com sua discussão integrando as diversas matérias, ajudando a formar atitudes enraizadas no futuro médico.

A atitude que é esperada do médico é a atenção, a cada momento de sua prática, para as responsabilidades individuais e familiares a respeito da saúde. Com isso se dá uma operação que “... simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas” (AROUCA, 2003, p. 119).

Os formuladores iniciais da proposta da Medicina Preventiva (Associações americanas de médicos, Departamentos de Medicina Preventiva) tinham como objetivo tomar a iniciativa de fornecer ao público uma medicina modernizada, e que satisfizesse as necessidades de evitar doenças, antes que o Estado o fizesse – a grande ameaça da qual queriam fugir. Deste ponto de vista, os problemas ou as crises da atenção médica poderiam e deveriam ser resolvidas “... no nível dos próprios médicos, sob a ameaça de uma intervenção estatal” (AROUCA, 2003, p. 119).

É nas relações entre Estado e sociedade civil, esta, nos Estados Unidos fortemente ligada ao pensamento liberal, que Arouca situa os contornos do atrito que condiciona a discussão entre partidários de uma maior participação do Estado na condução das ações de saúde e a ala liberal, que pretendeu e conseguiu manter a hegemonia médica nas mudanças necessárias às respostas aos problemas de saúde pública. Dentro deste campo conflitivo, a Higiene não promovia a legitimação do profissional da área de saúde, enquanto prática que se destinava a ser absorvida por toda a sociedade. Mais um componente dos condicionamentos que proporcionaram a emergência da Medicina Preventiva: “... o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde” (AROUCA, 2003, p. 139).

Note-se que a proposta da Medicina Preventiva é abordada por Arouca, coerente com suas referências marxistas, como um discurso ideológico, isto é, uma divulgação de um modo de conceber o mundo que exerce a função de manter interesses de classes dominantes. Para executar a inserção deste discurso ideológico, as ações privilegiadas foram a mudança no ensino médico e a formação de divulgadores (intelectuais orgânicos). Estes, no plano internacional, passaram a fornecer, apoiados por financiamentos, soluções para os problemas de saúde das populações do mundo capitalista periférico.

As conseqüências da entrada da Medicina Preventiva para as mudanças ocorridas na área de saúde foram:

- 1- O profissional médico situado como centro irradiador das propostas e das ações,
- 2- O ocultamento das condições de saúde enquanto decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas,
- 3- O ocultamento das determinações sociais do trabalho médico e da organização social da medicina. (AROUCA, 2003).

Note-se que os três itens estão presentes nos dias de hoje.

Porém, o que ocorreu, na prática, na América Latina, foi, ao lado do discurso encobridor, a visão mais clara, de parte dos estudantes e profissionais de saúde, sobre as condições de vida da população. O discurso da Medicina Preventiva atçou a contradição entre propostas e possibilidades de resolver a situação de saúde das populações.

Arouca tenta buscar, em diversos autores, esclarecimentos a respeito das diferenças entre Medicina Preventiva e Medicina Social. Não podendo chegar a uma separação precisa entre as duas denominações, o autor da tese que estamos citando traz a sua conclusão: Medicina Preventiva seria a “... prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas

próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática” (AROUCA, 2003, p. 150). Esta é a principal característica da Medicina Preventiva, para Arouca. Já a Medicina Social tentaria

... realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante dessas contradições na teoria (AROUCA, 2003, p. 150).

Jairnilson Paim, em artigo inserido no livro que publica a tese de Arouca, refere-se a um dos problemas da “... formação de recursos humanos em saúde nas dimensões preventiva e social...”, considerando criticamente a intenção de “Professores de Medicina que se dedicaram ao ensino dessas dimensões no Brasil...” que “... supunham realizar mudanças no ensino como forma de transformar a prática médica” (PAIM, 2003, p. 151). Percorre a tese de Arouca, também, uma crítica a essa pretensão: tentar mudar as práticas em saúde através do ensino. Do que se depreende do que diz Arouca, as determinações das práticas se dão no mais básico nível das relações de produção, e alterações superestruturais não atingiriam o dado principal. Por outro lado, Paim, neste mesmo artigo, diz, em relação à tese de Arouca:

... o autor e sua obra inundaram de dignidade a Saúde Pública no Brasil. Ajudaram a conceber e construir a Saúde Coletiva e, sem nenhum favor, os historiadores do futuro poderão analisar o campo em pelo menos dois períodos: antes e depois de Sérgio Arouca (PAIM, 2003, p. 156).

Portanto, o instrumento-tese provocou mudanças significativas. Onde estará a origem da discrepância entre as afirmações de que nada muda efetivamente, sem que as bases econômicas da sociedade sejam transformadas e as afirmações de que a tese de Arouca produziu mudanças? Nas simpatias ou antipatias que eventualmente temos em relação às práticas e seus proponentes? Na negação do campo conflitivo da prática diária como próprio às ações de resistência e transformação? Em uma concepção de transformação social que adviria apenas das grandes mudanças infraestruturais, e que evita enfrentar o problema da luta diária das práticas de saúde?

Arouca resume a prática decorrente do discurso preventivista como aquela que, na Medicina, propõe a ampliação do âmbito de alcance das ações, de modo que a clientela não é

mais apenas a que está ao alcance da clínica, mas toda e qualquer pessoa. Deste modo, o momento clínico passa a ter a função, também, de ser instrumento de divulgação de modos de viver que evitem doenças. Não é mais o hospital que tem o privilégio das ações, mas a família e a comunidade. Segundo Arouca, na Medicina Preventiva a Clínica encontra-se com a Epidemiologia num “... encontro dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência pacífica entre o político e o existencial” (AROUCA, 2003, p. 164). Mais uma vez Arouca ressalta a tentativa do discurso preventivista de operar mudanças na Medicina, sem que os conflitos constituintes da sociedade sejam tocados.

Um exemplo de como o discurso preventivista praticava uma política de neutralidade no campo da Saúde pode ser visto na forma como a multicausalidade é concebida dentro dele. Ao sair da unicausalidade, o discurso preventivista adota uma “rede de causalidade” na qual expressões como “população”, “comunidade”, “contexto econômico e social” têm a função de apenas nomear entidades vagas, sem a valorização forte que esses conceitos exigem. Colocados na rede de causalidade sem que, de fato, as suas últimas conseqüências sejam alcançadas, “... servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitivos...” (AROUCA, 2003, p. 172). A operação de velamento da visão da realidade perpetrada no discurso tem como conseqüências que

As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade (AROUCA, 2003, p. 150).

Desaparecem, assim, os determinantes econômico-político-sociais dos problemas de saúde, através de um discurso que se quer neutro.

Podemos observar, muito claramente, este uso da multicausalidade como forma de ilusão no atual campo da Saúde Mental. Os livros clássicos de Psiquiatria, por exemplo, adotam o princípio da multicausalidade para os ditos “transtornos mentais”, mas as abordagens recomendadas excluem as ações que possam contemplar algo para além do indivíduo ou, no máximo, da família. Este tipo de discurso possui grande prevalência nas práticas, com as abordagens reducionistas preconizadas sendo utilizadas de modo generalizado. Nas palavras de Arouca: “Como um exame clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação” (AROUCA, 2003, p. 190).

Estabelecida a crítica ao modelo preventivista, apresentado o questionamento a respeito do trabalho de manutenção das relações sociais e de produção que a neutralização das práticas em saúde ajudam a promover, Arouca passa a pensar o que é, afinal, a *mudança* de que tanto se fala. E, especialmente dentro do nosso interesse nesta dissertação, devemos estar atentos para o questionamento de qual é o papel da atividade clínica para as possíveis mudanças.

O discurso preventivista vigorou, sustentado pela necessidade de uma prática médica que, portadora de propostas de mudança, não alcançasse os níveis de questionamento da estrutura social dominante. As consciências individuais dos profissionais eram atendidas nos seus requisitos de vontade de participar, de alguma forma, de tentativas de alteração da realidade, percebida como injusta, mas sem que maiores conseqüências fossem miradas. A velha fórmula de mudar, permanecendo a mesma coisa.

Arouca questiona o que seria mudança e o que é veiculado com este termo. Ou seja, quais as críticas de Arouca à visão de mudança que o discurso preventivista veicula e qual a sua própria concepção de mudança?

Para Arouca, mudança significa transformação das bases econômicas da sociedade. Pretender ser agente de mudança, como divulgado pelo discurso preventivista, sem levar em consideração as incidências de classe e que “... os indivíduos estão submetidos às determinações das formas históricas das relações sociais de produção e reprodução...” (AROUCA, 2003, p. 199), é embarcar numa ilusão, ou ilusionismo, que supõe para o setor saúde a capacidade de mudar o social. Esta crítica, embora pertinente em seus princípios fundamentais, levou algumas gerações à espera de mudanças estruturais amplas como condição da atuação transformadora. No limite, envia ao campo do embate político tradicional, instituído ou em ruptura com a legalidade formal, a exclusividade da ação transformadora. O alcance desta forma de conceber a mudança também criou obstáculos para as possibilidades e tentativas de mudança na atividade clínica e nas formas locais de gestão, enquanto campos possíveis de práticas transformadoras em saúde.

No capítulo VII da sua tese, Arouca analisa o conceito de *cuidado* em saúde.

Interessa-nos, para nossa investigação da produção das práticas em Saúde Mental, o trecho em que Arouca aponta que o conhecimento a respeito do que afligia os humanos, em termos de “doenças” foi, depois de ter sido um saber difundido, historicamente sendo concentrado em pessoas e grupos até ser monopolizado. Esta concentração e a possível desconcentração marcam, a nosso ver, respectivamente, as práticas tradicionais,

conservadoras, e as que têm potencial de transformação. Especificando as características do cuidado, Arouca define-o como

... um processo de trabalho que se compõe de conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e uma relação social específica (nível social), satisfazendo as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida (AROUCA, 2003, p. 220).

A seguir, Arouca, dentro da sua perspectiva da análise marxista, desenvolve o modo como concebia o cuidado médico. Este possui características marcantes, que têm importância central para o estudo das relações estabelecidas na produção clínica que analisaremos. São elas:

- 1- ... os sujeitos do processo de trabalho são investidos e legitimados socialmente nessa função, possuindo o monopólio do exercício e do conhecimento requerido para o atendimento das necessidades específicas da saúde e da doença,
- 2- ... ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos), e [...] ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor,
- 3- ... no processo de trabalho do cuidado, [...] o que se consome é o próprio cuidado, ou seja, o próprio trabalho e não o produto desse trabalho... (AROUCA, 2003, p. 220).

Um operário produz sapatos numa fábrica e eles são consumidos em local afastado do produtor. Já os produtores da área de Saúde estão na presença dos consumidores, e o processo de trabalho é exposto, está à vista. Estas características indicam um poder especial dos profissionais da área de Saúde, na medida em que têm a seu dispor possibilidades de aliança com os usuários do ato de trabalho e de alteração dos processos de trabalho que outros trabalhadores não possuem.

A incidência da medicina dá-se em valores vitais que são determinados em parte pelas características próprias das doenças e, por outro lado, pelos condicionantes sociais gerados historicamente. Desta forma, Arouca chama de “contradição fundamental da medicina”, que afeta o cuidado médico, “... as margens entre o vital e o social, uma vez que, definindo como seu objeto o vital que é influenciado pelo social, é nesse lugar que a medicina encontra os seus limites e as suas possibilidades” (AROUCA, 2003, p. 222). Perceber e trabalhar nas

possibilidades e explorar os limites, tentando forçá-los, foi o que tentou realizar o Movimento Sanitário.

Sonia Fleury, em artigo intitulado “Para uma teoria do movimento sanitário” (FLEURY, 2003, p. 243), incluído no livro-tese de Arouca, assinala que o termo “Reforma Sanitária” não foi utilizada por Sérgio Arouca neste momento, só aparecendo na década de 80. Como fundamentos do Movimento Sanitário, base da Reforma Sanitária, Sonia aponta que Arouca, com a sua tese, ao expor as intenções e limitações da Medicina Preventiva, ajudou a “... desvendar as articulações entre Medicina e Sociedade” (FLEURY, 2003, p. 243). Ao desvendar a estratégia do discurso preventivista, Arouca apontou um caminho que serviu de orientação para a prática social em saúde, concebeu o trabalho neste campo como necessariamente político e mostrou que é

... necessário formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise do setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção de condições de saúde e doença, do conhecimento e das políticas de saúde (FLEURY, 2003, p. 243).

Estas são as diretrizes que serviram de estímulo ao movimento da Reforma Sanitária, do ponto de vista de um de seus principais formuladores.

2.1.3 O Movimento Sanitário em andamento

Será útil, para a nossa observação a respeito de alguns dos caminhos do Movimento Sanitário Brasileiro, o estudo da dissertação de mestrado de Sarah Escorel, apresentada em 1987, um ano depois, portanto, da 8ª. Conferência Nacional de Saúde e um ano antes da promulgação da Lei 8080, Lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Escrita, assim sendo, no calor dos acontecimentos.

Para definir o momento político da época que se propõe a examinar, de 1974 a 1979, Sarah caracteriza-o, os “anos Geisel”, como um processo complexo, em que o regime autoritário necessitava distender o ambiente político, sob risco de, se não o fizesse, ter que enfrentar alguma explosão de descontentamento. O regime dava mostras de esgotamento político, jurídico-institucional, econômico e administrativo. A estratégia de abertura lenta, gradual e segura funcionou, com o regime deixando profundas marcas no Estado e na

sociedade, mas tendo que admitir, talvez, uma maior participação das oposições na condução do processo. (SCOREL, 1987).

Além da descrição sucinta, acima, do quadro político institucional mais amplo, notemos que as instituições responsáveis pela organização da área pública da Saúde estavam controladas pelos representantes dos interesses privados, num modelo assistencial hospitalocêntrico, de compra de serviços e corruptor. O então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dominante na área de Saúde, tinha o segundo maior orçamento da União, ficando o Ministério da Saúde fora do centro das decisões e muito atrás em financiamento. (SCOREL, 1987).

Para a área da Saúde Mental, interessa assinalar que a política de “... expansão de cobertura via compra de serviços do setor privado” (SCOREL, 1987, p. 36) resultou num crescente aumento do número de leitos psiquiátricos, com a internação psiquiátrica ocupando o lugar privilegiado na prática da assistência e no financiamento. Sustentada pelo discurso reducionista da psiquiatria organicista, que tentava barrar qualquer tentativa de questionamento do Hospício, a internação psiquiátrica manteve em expansão o que foi chamado de “indústria da loucura”, isto é, uma forma de concentração do capital às custas da exclusão.

Na época estudada por Sarah Escorel, apesar de ser crescente o descontentamento com a situação entre os profissionais da área da Saúde Mental, predominava de modo absoluto a internação psiquiátrica. Os poucos ambulatórios estavam reduzidos ao fornecimento de medicação. Esta prática ambulatorial em pouco contribuía para a manutenção das pessoas nas comunidades, tendo mais a função de ser linha auxiliar do modelo hospitalocêntrico. As tentativas de mudanças institucionais, berço das discussões e práticas iniciais daquela fase, que resultaram na Reforma Psiquiátrica, ajudaram a produzir um pensamento crítico e ricas experimentações. Os obstáculos institucionais, apoiados no regime autoritário, criavam dificuldades para o desenvolvimento das propostas. Confrontos graves ocorreram no então chamado Centro Psiquiátrico Pedro II, o hospício do Engenho de Dentro, e na Colônia Juliano Moreira, ambos no Rio de Janeiro, dos quais resultaram demissões, bloqueio de trabalhos que estavam sendo realizados e criação, na prática, de maior consciência crítica e maior clareza a respeito do que estava sendo enfrentado.

A dissertação de Escorel descreve, com detalhes, o complexo jogo institucional que colocou em luta desigual, no período, os representantes dos interesses privados, situados no MPAS, e alguns técnicos progressistas que tentavam exercer suas influências, a partir do Ministério da Saúde. Nota-se a quase ausência de efetiva participação popular e dos

profissionais de saúde nas discussões e decisões que eram tomadas, num exemplo do afastamento da sociedade, em relação ao que estava sendo planejado em seu nome. Ficamos, então, num relato de movimentos de cúpula ou entre cúpulas.

Apesar da restrição da participação política, já são visíveis, na descrição de Escorel, algumas forças em luta que se confrontam e que produzirão o Movimento pela Reforma Sanitária.

Exemplo do autoritarismo em vigor é o envio, para a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, de uma lei, já aprovada, que dividia funções entre os Ministérios. O Ministério da Saúde ficou com a saúde coletiva e o MPAS com a assistência. Além do absurdo da divisão, o MPAS tinha dezesseis vezes mais recursos que o Ministério da Saúde. (ESCOREL, 1987). Esta decisão resultou em que “... o modelo assistencial preconizado pela Previdência Social fosse o modelo hegemônico, sustentado pela aliança empresários do setor saúde-burocracia previdenciária” (ESCOREL, 1987, p. 49).

Apesar da lenta abertura democrática, ocorria alguma efervescência nas bases profissionais do sistema de saúde, em consonância com o reaparecimento dos movimentos sociais. Sarah Escorel diz que “A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e uma proposta de transformação (o movimento sanitário), a nosso ver, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira...” (ESCOREL, 1987, p. 55). Portanto, o Movimento Sanitário, nesta época ainda sem maior organização, ao mesmo tempo em que fermentava nas bases, era representado nas cúpulas por uma minoria que resistia. Enquanto isso, estava sendo gestada pelo Modelo Assistencial a “Crise da Previdência”: crise de financiamento e falência de modelo que eclodiria em 1981.

A autora que estamos acompanhando situa no ano de 1979 o momento em que o Movimento Sanitário apresenta-se “... como um movimento propriamente dito, com órgãos de representação, com propostas de transformação, com mecanismos de formação de agentes, de divulgação de seu pensamento, etc.” (ESCOREL, 1987, p. 55). Não é nenhuma coincidência que os anos de 1978 e 1979 tenham sido da maior importância para o que veio a ser a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995).

A partir de 1979, segundo Escorel,

... iniciou-se uma nova etapa do regime autoritário-burocrático, a da ‘abertura’ propriamente dita e também uma nova etapa para o movimento sanitário brasileiro – a de penetração real no aparelho de estado com suas estratégias de deslocamento da hegemonia do sistema para o setor público (ESCOREL, 1987, p. 56).

Podemos adiantar, neste ponto, uma reflexão que estará presente, quando examinarmos a produção das práticas em Saúde Mental: as relações entre os movimentos e Estado. Escorel indica que uma das marcas determinantes do avanço do Movimento Sanitário foi a sua entrada “real” no Aparelho de Estado. O mesmo aconteceu, na mesma época, com o Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Quais as relações entre os movimentos e o Estado? O que acontece aos movimentos, quando são absorvidos, em suas propostas e quadros, pelo Estado? Como fica a situação de esvaziamento dos movimentos, quando são absorvidos pelo Estado? Qual o destino das próprias propostas dos movimentos, quando precisam ser levadas adiante pelo Estado? Quais práticas em Saúde Mental são potencialmente ativadoras dos movimentos e das redes? Quais as que atendem preferencialmente os ditames do Estado controlador?

A proposta do Movimento Sanitário foi a criação de um Sistema Único de Saúde, com total incumbência do Estado em relação à Saúde, barreiras ao setor empresarial da saúde, financiamento adequado com descentralização do seu planejamento e gestão e participação popular em todos os níveis. (SCOREL, 1987). Estas propostas tiveram importância fundamental no relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

A dissertação de Escorel aponta como marco inicial da formação das bases universitárias do Movimento Sanitário, o estímulo ao estudo das ciências sociais em saúde, produzido pela Organização Pan-americana da Saúde, ocorrido na década de 60. Como marco final, registra o ano de 1975, com as apresentações das teses de Sérgio Arouca e a de Cecília Donnangelo (Medicina e Sociedade), a partir das quais passamos a “... ter no Brasil uma teoria social da medicina” (SCOREL, 1987, p. 82). A autora traz uma definição a respeito da transição operada na época: “O movimento sanitário é uma continuidade do movimento preventivista, mas com um grande salto de qualidade, por transformar o objeto saúde num objeto político” (SCOREL, 1987, p. 83).

A autora detém-se nos aspectos institucionais, descrevendo o que acontecia nas Universidades e no Estado. Mas, nesta época, era evidente a precariedade da prestação de atendimento à população, que apenas não se revoltava devido ao ambiente autoritário. Da mesma forma, a insatisfação era constante entre os profissionais de saúde, com o desconforto gerado nos ambientes de trabalho, não existindo meios eficientes de expressão.

Na época enfocada pela autora, começam a surgir, partindo de organismos internacionais, propostas de programas de comunidade, atenção primária, medicina

comunitária, principalmente após a Declaração de Alma Ata, em 1978. (SCOREL, 1987 e ALMA ATA).

Os programas de comunidade, conduzidos como instrumentos de formação, eram atraentes para os governos, devido à economia de recursos e para os professores e estudantes que pretendiam aproximar-se da população, num questionamento das práticas tradicionais. Com isso, surge a noção “integral”, mesmo entre aspas, quando Scorel diz que “Numa primeira fase, os projetos de ‘medicina comunitária’ tiveram como objetivo básico proporcionar ao estudante uma visão extra-muros, extra-hospitalar, mais ‘integral’” (SCOREL, 1987, p. 89).

Na demarcação dos campos teóricos em luta, a autora indica que a corrente positivista, que adotou o preventivismo liberal, foi combatida pela abordagem marxista, que opunha a sua interpretação histórica das relações na área de saúde à visão adaptativa do positivismo.

Com a crítica que estava sendo desenvolvida, as abordagens que tinham o foco no indivíduo foram questionadas, ocorrendo “... a delimitação do campo teórico da saúde coletiva” (SCOREL, 1987, p. 93), que distinguia como objeto de análise “... a sociedade, o coletivo enquanto social – classes e frações de classe e a distribuição da saúde e da doença nessa sociedade” (SCOREL, 1987, p. 93).

O que não esteve presente na crítica que estamos mostrando, e que formou a base do Movimento Sanitário, foi a preocupação com a subjetividade e, conseqüentemente, com uma clínica que pudesse incluí-la. A tradicional abordagem da transformação social revolucionária, como única possibilidade de mudança, adia para depois desse acontecimento qualquer modificação possível nas formas humanas de existir.

Um dos focos de resistência ao regime autoritário foi a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência que, com seus encontros, aglutinava diversos setores que faziam frente à ditadura. Na reunião nacional da entidade, em 1976, foi lançada a proposta de criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que teria um papel decisivo, nos anos seguintes, na elaboração do pensamento do Movimento Sanitário, com a revista Saúde em Debate como seu instrumento principal de divulgação.

Segundo Scorel, a criação de um sistema de saúde único foi a imagem-objeto daquele momento. Ao citar a revista Saúde em Debate, a autora recupera a proposta de “... democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos

serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada” (ESCOREL, 1987, p. 137). Como democratizar o setor saúde, estava estreitamente ligado à democratização da sociedade, “Saúde e Democracia” passou a ser o lema da revista e do Movimento. Em termos de hoje, precisamos refletir: temos uma democracia cujo funcionamento proporcione a produção da saúde da população e a organização dos cuidados que a mesma requer? Como temos construído os espaços para a produção de saúde?

A conjuntura na época, portanto, era de um regime autoritário, tentando perpetuar-se, mesmo fazendo concessões, com os movimentos da área médica em crescente organização e, dentro das Universidades, um combate teórico vivo e grande produção renovadora, como no caso da saúde pública, que estamos examinando.

Os grupos que formulavam as propostas de mudança na saúde pública tentavam produzir ações junto à população, no sentido de praticar o que estavam sugerindo e de abrir campo para o ensino e a pesquisa. Porém, todas as ações junto à população eram alvo de desconfiança e controle dos órgãos de repressão, muitas vezes atuantes dentro das Universidades.

O desenvolvimento da compreensão dos determinantes das condições de saúde e de doença, a entrada do plano eminentemente político na atuação em saúde pública, enfim a superação, ao menos teórica, do preventivismo e das tendências liberais na área de saúde, levaram a uma maior clareza nas declarações e posições. Um exemplo é o que consta do relatório final do “Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva”, realizado em Salvador, em agosto de 1978, citado por Escorel:

... se o objeto é social, a intervenção é social. Conseqüentemente as propostas de intervenção não podem ser limitadas aos aspectos tecnocráticos, uma vez que as práticas sociais não são desarticuladas nem autônomas. (...) as propostas de atuação da medicina social têm forçosamente que incluir o nível político, mesmo sabendo que as transformações relevantes resultam da interação de várias forças externas ao setor saúde (ESCOREL, 1987, p. 214).

Ao mesmo tempo em que o relatório abre a perspectiva de atuação política, aponta que essa ação política refere-se apenas à política tradicional, o que resultou no já assinalado afastamento do debate sobre a subjetividade e sua produção das preocupações dos formuladores das propostas das mudanças na área da Saúde.

Um exemplo importante, histórico, de tentativa de prática ligada à população é o do chamado “Projeto Montes Claros”. Este projeto mostra a importância dos municípios na ativação de práticas importantes, nesse momento, para a formulação teórica da Reforma Sanitária. Desenvolvido em Montes Claros, Minas Gerais, entre 1975 e 1979, o projeto abrangia uma população rural dispersa no espaço e procurou “... buscar modelos assistenciais que possibilitassem a extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo” (ESCOREL, 1987, p. 255), de acordo com trabalho citado pela autora, de Francisco de Assis Machado, um dos participantes do projeto. Para isso, foi implantado um trabalho em equipe, no qual a figura central não era o médico, mas sim os auxiliares de saúde e o visitador sanitário. O projeto tinha quatro níveis de atuação: o domiciliar, o local, o de área e o regional. A condução do projeto incluiu uma estrutura de democratização das decisões, com um “Conselho Técnico Administrativo” eleito e que representava proporcionalmente as diversas categorias profissionais, com decisões tomadas em assembléias semanais. A participação popular foi estimulada com o instrumento do treinamento para os agentes de saúde, dos quais exigia-se compromisso com a população e não formação prévia. Com a percepção dos fortes vínculos dos agentes de saúde com os representantes da política oficial e tradicional, estes foram incorporados à discussão, ampliando a participação dos atores na cena. Mesmo com as disputas políticas dentro do Movimento Sanitário, que se expressaram em atritos na condução do Projeto, foi possível “... a implantação de um programa de extensão de cobertura baseada na estratégia de atenção primária” (ESCOREL, 1987, p. 260).

O Projeto Montes Claros mostra a sua importância, principalmente, quando o analisamos a partir dos dias de hoje, por ter colocado em prática as propostas de um sistema de saúde público, com a participação nas decisões de profissionais e população. Tornou-se campo de pesquisa e de integração com o movimento estudantil através do Internato Rural da Universidade Federal de Minas Gerais. (ESCOREL, 1987).

Depreendemos da dissertação de Sarah Escorel que, no período que estamos acompanhando, já para o final da década de 70, o Estado absorvia propostas do Movimento Sanitário, numa tentativa, no setor, de uma modernização que ajudasse a legitimidade do regime. (ESCOREL, 1987). Os atores mais ativos eram as correntes do Movimento Sanitário e os grupos estabelecidos na hierarquia ministerial, além das agências internacionais de financiamento e órgãos consultivos. Chama a atenção a ausência de participação da população e dos profissionais de saúde na discussão das questões.

Tratava-se, então, conjugando interesses estatais e do Movimento Sanitário, de implantar programas que interiorizassem a assistência à saúde, já com a orientação da

municipalização das ações, "... regionalização, hierarquização e integração dos serviços, a ênfase nas atividades de cuidado primário, desenvolvidas por pessoal auxiliar e a participação comunitária" (ESCOREL, 1987, p. 280), conforme citação de trabalho de Almeida e Oliveira.

A luta dos integrantes do Movimento Sanitário tinha como oponentes os representantes dos interesses privados, que vislumbravam perdas financeiras com o possível avanço das propostas de um sistema de saúde público e universal. Quando dos enfrentamentos para a defesa do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), os Secretários de Saúde dos Estados do nordeste organizaram-se para conseguir a implantação de Programa semelhante ao de Montes Claros. Foi obtido o convênio com a estrutura federal de assistência, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), que posteriormente tratou de boicotar o que foi conseguido com controle do financiamento, mas, como resultado da mobilização, foi disparada a criação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), novo ator na cena política da Saúde. (ESCOREL, 1987).

O PIASS constituiu-se numa prática e numa bandeira de luta, agora apoiadas pelo CONASS. No dizer de Escorel o PIASS foi

... a primeira grande experiência de um modelo, cujas diretrizes seguirão orientando todas as propostas que o movimento sanitário elaborou, como o PREVSAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (ESCOREL, 1987, p. 303).

Um importante apoiador do PIASS foi o sanitarista Carlos Gentile de Mello, que há muito tempo defendia as teses que vieram compor a Reforma Sanitária.

A autora, encaminhando-se para as conclusões da sua dissertação, volta a afirmar que, no período que examinou, de 1974 a 1979, caracterizado por ela como de início do Movimento Sanitário, já ocorreu a entrada de pessoas, e ela ressalta o termo "pessoas", no Aparelho de Estado, criando ao mesmo tempo condições de experimentação de Programas de Saúde e enfrentamentos. Os enfrentamentos foram, em sua face mais clara, com os setores que lucram com a mercadoria doença.

A autora faz uma avaliação que mostra que, enquanto o regime autoritário favorecia os setores voltados para o lucro na saúde, desenvolvia-se o pensamento crítico, nas bases

citadas acima. Com o ressurgimento dos movimentos sociais, este setor, o “pensamento médico-social”, pôde unir-se a eles, ganhando força.

Para Escorel, a entrada das pessoas defensoras do pensamento médico-social no aparelho de Estado, no período examinado, “... não configurou uma alteração no modelo hegemônico vigente...” (ESCOREL, 1987, p. 329), servindo, porém, para experimentação, confrontos e acumulação de forças. Segundo a autora, só a partir do final de 1979 o Movimento Sanitário tornou-se uma verdadeira força política.

Para concluir a sua dissertação, a autora recorre a citações de seu orientador no mestrado, Sérgio Arouca, para problematizar a respeito de se o Movimento Sanitário é mesmo um movimento. Movimento, dentro de uma terminologia marxista, para a autora e para Arouca, constitui um conjunto de práticas que inclui a prática teórica, a prática ideológica e a prática política. (ESCOREL, 1987). A autora supõe que o Movimento Sanitário cumpre essas funções, caracterizando-se mesmo como um movimento.

A autora compara, em termos de Arouca e acompanhando o trabalho de Foucault, as características do discurso preventivista e o discurso médico-social. (ESCOREL, 1987). É instigante fazer o mesmo com a Reforma Psiquiátrica. Deste modo, teríamos na Reforma Psiquiátrica: Como sujeito, os profissionais de Saúde Mental, os professores da academia, os usuários do SUS e seus familiares. Como formação de objetos, o mesmo que no Discurso médico-social: o sistema de saúde e a política de saúde. Como bases institucionais, temos diversas: o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, algumas Universidades e outros órgãos de formação. A formação das modalidades discursivas igualmente abrange “Politização/Socialização/Participação/Universalização/Regionalização/Hierarquização/Descentralização” (ESCOREL, 1987, p. 333). Além dos objetos citados, na Reforma Psiquiátrica temos o questionamento da loucura enquanto alvo de exclusão social e a afirmação do direito à diferença. Como formação de conceitos, vemos na Reforma Psiquiátrica semelhança com o que a autora resume a respeito da Reforma Sanitária: “Saúde/doença como processo social; historicidade do processo; determinação social” (ESCOREL, 1987, p 333). Na formação das estratégias, concluímos com mais semelhanças: “Intervenção no Sistema Nacional de Saúde/ocupação de espaços institucionais/abordagem estratégica (núcleos de poder) /unificação/prática política” (ESCOREL, 1987, p 333).

Em mais uma semelhança com a Reforma Psiquiátrica, a autora cita uma frase de Arouca, na orientação da dissertação, numa discussão a respeito das aproximações e afastamentos do movimento com a população (a autora fala em “classe trabalhadora”): “... o

fantasma da classe ‘ausente’ como controle do movimento” (SCOREL, 1987, p 336). Não diríamos apenas “controle”, mas condução conjunta, o que é orientado nas práticas da Reforma Psiquiátrica em seus estímulos à participação e na sua articulação com o movimento de usuários e familiares, participação e articulação nem sempre realizadas no dia a dia das equipes.

Com a transição democrática em curso e a perspectiva de um candidato das oposições ganhar a eleição no Colégio Eleitoral (a campanha pelas Eleições Diretas não as conquistou, mas foi um momento de avanço nas manifestações contra o regime autoritário), os setores da área de Saúde que formavam o Movimento Sanitário fizeram constar das propostas do partido da oposição, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), o que eram as suas bandeiras de luta. A unificação do Sistema de Saúde estava no centro da discussão e das propostas. (SCOREL, 1987). Deu-se uma nova etapa, mais acentuada, de entrada dos militantes do Movimento Sanitário no aparelho do Estado. Não houve consenso dentro do governo a respeito da unificação do Sistema de Saúde e foi, então, convocada a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que teve como uma das intenções abrir a discussão para a população, convocando-a para os debates decisórios. Este modo de operar a discussão, com a participação de diversos setores da sociedade e com a convocação prévia, nos Estados, de pré-conferências, foi um marco no avanço no debate a respeito da Saúde no país.

Scorel, no trabalho que vem sendo citado, ressalta como preponderante o papel que tiveram, na condução do processo de discussão a respeito da saúde, os setores universitários e profissionais. Destacamos, entretanto, que não se pode negligenciar o papel dos movimentos populares, que também participaram do movimento que resultou na Assembléia Nacional Constituinte e pressionaram para a garantia da saúde como direito.

O Movimento Sanitário sai do encontro com uma perspectiva de mudança do texto constitucional, através das indicações da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, eleita na Conferência. Com a crescente mobilização em torno das propostas do Movimento Sanitário, a “Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte” também criada na Conferência, leva à Constituinte a “Emenda pela Reforma Sanitária” (SCOREL, 1987, p. 6), que incluía a definição de que saúde é um direito do cidadão a ser garantido pelo poder público.

Com a mobilização política ocorrida no final da década de 70, vários setores do movimento associativo ganharam força. Dentro do quadro político daquele momento, o movimento pela transformação no campo da Saúde Mental ganhou proporções que ainda não havia experimentado. Nomeou-se de “Reforma Psiquiátrica” a este movimento social, que

tem semelhanças importantes com a Reforma Sanitária, das quais algumas assinalamos acima.

2.2 As Leis

O Movimento Sanitário chegou, então, à Constituinte, com uma organização e uma mobilização do setor e de camadas da sociedade, que permitiram a inclusão de suas reivindicações no texto legal.

O artigo 196 da Constituição Federal traz, portanto, na sua definição, um dos lemas do Movimento Sanitário:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO).

Note-se que a Lei indica apenas o resultado do jogo de forças que vigora na época de sua redação, não representando, obrigatoriamente, a vontade da maioria naquele momento, nem em outros momentos subseqüentes. A Lei mostra que, naquela conjuntura, naquele parlamento, as forças articularam-se e tiveram como resultante aquele texto, que passa a ser mais um instrumento para a operação das ações na sociedade. Existem muitos outros, como o poder econômico, os grupos de interesses, as pressões organizadas de diversos setores e a vontade popular. No caso do texto legal citado, são definitivas as suas afirmações, mas constatamos que algo acontece, para que não sejam plenamente realizadas. Temos a Lei, mas não a sua correta aplicação. Por quê? Qual conjuntura vigora, para que, por exemplo, o Estado não garanta, “mediante políticas sociais e econômicas” a saúde de todos? Onde está o “acesso universal e igualitário às ações e serviços”? Mas, um dos efeitos da Lei é que serve de referência, para que o cidadão e os movimentos refiram-se a ela, para fazer valer os seus direitos. Está aí, como uma intenção a ser alcançada. Caso não existisse, a luta seria em trincheira mais recuada.

Se, como citamos de Foucault, as regras não afastam a violência, mas são a própria violência, qual a violência e contra quem se expressa o capítulo 196 da Constituição? Violência contra o Estado liberal? Violência contra os privilégios de classe? Violência contra a violência do Capital? Contra as desigualdades no acesso aos bens sociais, a saúde entre

eles? Voltamos à citação de Foucault: “É justamente a regra que permite que seja feita violência à violência e que uma outra dominação possa dobrar aqueles que dominam” (FOUCAULT, 1993 a, p. 25).

A Lei, para Foucault, aponta para um combate, travado antes da sua edição, durante e depois. Existe a Lei; vamos examinar os combates.

O artigo 198 da Constituição determina que os serviços públicos de saúde constituam um “sistema único”. As características da “rede regionalizada e hierarquizada” que o caracteriza são:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade. (CONSTITUIÇÃO).

Dentro do nosso interesse, enquanto base para uma das noções que examinaremos como passíveis de provocação das práticas em Saúde Mental, a Integralidade, aparece, já no texto constitucional, a menção a um “atendimento integral”.

É importante a atenção para o artigo 200, item III, que diz que cabe ao Sistema Único de Saúde “... ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CONSTITUIÇÃO). Apesar desta definição legal, o descompasso atual entre as necessidades das práticas do SUS e a formação acadêmica produz problemas graves.

Com as definições conquistadas na Constituição a respeito do setor Saúde, foi aprovada pelo Congresso Nacional, em 1990, a lei 8080 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (LEI 8080).

A lei 8080 atribui ao Estado a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde da população e atribui à organização social e econômica a base dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Com estas definições, passa ao texto legal o pensamento do Movimento Sanitário, constituindo-se o arcabouço jurídico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na definição dos objetivos do SUS, consta do texto uma visão ampla a respeito das ações em saúde, como está no Capítulo I item III: “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas” (LEI 8080). Desta forma, integram-se os três

níveis da assistência (promoção, proteção e recuperação) e também as ações de assistência e prevenção.

A lei 8080 determina que são os seguintes os princípios do SUS: universalidade, integralidade, autonomia das pessoas assistidas, igualdade (ausência de privilégios e preconceitos), direito à informação, divulgação de informação a respeito dos serviços de saúde, epidemiologia como meio de estabelecer prioridades, participação da comunidade e descentralização administrativa. (LEI 8080).

Ao expor o item a respeito da integralidade, o texto legal dá a seguinte definição: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (LEI 8080).

Em 28 de dezembro de 1990, foi sancionada a lei 8142, que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde...” (LEI 8142). Depois de a Constituição determinar e a lei 8080 afirmar como um dos princípios do SUS a participação da comunidade, a Lei 8142 estabelece, como instâncias de participação no SUS, as Conferências e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos, sendo o Conselho Municipal de Saúde a estrutura mais acessível à população, tem caráter deliberativo e

... atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (LEI 8142).

A Lei estabelece, portanto, uma instância de debates e decisões na qual a população está representada. Os destinos destas estruturas de decisão serão condicionados pelos rumos do movimento social, pelo nível e pelo tipo de participação política da comunidade.

Temos, em Deleuze, uma argumentação a respeito das Leis, em seu confronto com o que acontece na realidade, que pode esclarecer o que se passa com as Leis da área de Saúde. Em “Controle e Devir”, respondendo a uma pergunta que se encerra com um “Por que a relação movimento-instituições é sempre problemática?” (DELEUZE, 1992 b, p. 209), diz:

O que me interessa não é a lei nem as leis (uma é noção vazia, e as outras são noções complacentes), nem mesmo o direito ou os direitos, e sim a jurisprudência. É a jurisprudência que é verdadeiramente criadora de direito: ela não deveria ser confiada aos juízes (DELEUZE, 1992 b, p. 209).

2.3 As condições de implantação da Reforma Sanitária Brasileira

Para um exemplo de como as conjunturas política e econômica afetam os destinos das diretrizes, normas e leis, temos a tese de Cipriano Maia de Vasconcelos (VASCONCELOS, 2005), que, na sua introdução, examina as condições que vigoraram nos primeiros anos de implantação do SUS.

Para sustentar a sua argumentação, Cipriano diz que, desde o final do século XIX, quando as três vertentes da intervenção do Estado na saúde (a medicina de Estado na Alemanha, a medicina urbana na França e a Saúde Pública na Inglaterra) confluíram na Medicina Social, “... não se parou mais de produzir reformas, que se sucedem e se superpõem” (VASCONCELOS, 2005, p. 1).

De acordo com o autor citado, as reformas “... visam a responder a percepção e a demanda da população, dos setores organizados ou dos governos, quanto à insuficiência ou inadequação na prestação dos serviços de saúde” (VASCONCELOS, 2005, p. 1). Problemas econômicos e políticos também motivam as reformas, segundo Cipriano.

Citando E. V. Mendes, Cipriano mostra que foram três, no século XX, as iniciativas de reforma dos sistemas de saúde. Após a segunda Grande Guerra, instituíram-se “... sistemas universais de saúde, como integrantes dos estados de bem estar social, a partir da experiência de criação do Sistema Nacional de Saúde inglês...”. A segunda geração de reformas aconteceu sob inspiração da Conferência de Alma Ata (ALMA-ATA), ocorrida em 1978 e é “... caracterizada pela reorientação dos modelos de atenção com base na estratégia da atenção primária à saúde” (VASCONCELOS, 2005, p. 1). A necessidade de “... ajuste estrutural realizado nas economias capitalistas” (VASCONCELOS, 2005, p. 1) foi a motivação para a terceira geração de reformas, que “... alterou a atuação do Estado e suas funções no campo social” (VASCONCELOS, 2005, p. 1). Chama a atenção, nesta última geração de reformas, as medidas de contenção dos custos dos sistemas de saúde.

Cipriano diz que a reforma no setor saúde, no Brasil, representou uma tentativa “... tardia de construção de um estado de bem estar...” (VASCONCELOS, 2005, p. 1), com influências de todas as tendências de reformas que aconteceram em outros países, somadas às da reforma sanitária italiana. Foi um início de reforma que marcou pela ousadia, dentro do processo de redemocratização e de “... redefinição da atuação do Estado...” (VASCONCELOS, 2005, p. 2). Mas, diz Cipriano, “... o contexto em que foi implementada,

marcado pelo domínio das idéias neoliberais, trouxe constrangimentos à sua efetivação” (VASCONCELOS, 2005, p. 2).

Portanto, o início da implantação do SUS, início que traz até hoje as suas marcas, ocorreu numa situação de “... crise do modelo desenvolvimentista e de crise administrativa, financeira e fiscal do Estado...” (VASCONCELOS, 2005, p. 3). Formou-se um quadro com restrição dos investimentos na área de saúde, além de ser caracterizado pela “... manutenção da centralização na operação da política e pela falta de iniciativa para promover as alterações recomendadas pela lei orgânica da saúde” (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

As divergências de condução do processo, por parte dos formuladores do pensamento da Reforma Sanitária, tiveram, segundo Cipriano, um primeiro foco na alteração entre a “... implementação do projeto reformista ao se privilegiar a vertente de organização social da prática médica em detrimento da vertente de determinação social do processo saúde-doença”. (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

O autor chama a atenção para um conflito que observaremos em relação à Reforma Psiquiátrica:

O conflito no campo das estratégias se manifestou em torno da polêmica em relação à ocupação do Estado para promover as reformas por dentro e a defesa da articulação e mobilização social para conquistar as mudanças preconizadas (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

O que ocorreu, na prática, segundo o autor, foi o predomínio da tendência administrativa sobre a sanitária, resultando em “... falta de apoio social às mudanças, tanto entre os profissionais como junto à população” (VASCONCELOS, 2005, p. 3).

Mesmo com todos os avanços que podem ser apontados no SUS, chama a atenção de todos, hoje, a precariedade das condições de atendimento, a lentidão na mudança do modelo assistencial, o sucateamento das unidades de saúde, a longa espera por atendimentos e procedimentos, as precárias e, às vezes, desumanas condições de trabalho. A situação descrita atinge usuários e profissionais de saúde e, dada a pouca mobilização social que hoje vigora, traduz-se em afastamento destes atores da discussão dos problemas de saúde e da efetiva condução das soluções.

2.4 Avaliações atuais do SUS

Para uma visão do que atualmente está sendo discutido em relação aos SUS, tomamos um artigo de Gastão Wagner de Souza Campos, de 2007 (CAMPOS, 2007), publicado no número 2, volume 12, da revista “Ciência e Saúde Coletiva”, de 2007. No artigo, o autor pretende avaliar os atuais impasses que criam obstáculos ao desenvolvimento do SUS enquanto política pública, encarregada de promover saúde e resolver os seus problemas.

Gastão Wagner diz que o SUS, no momento, apresenta evidências tanto de “... crescimento quanto de degradação” (CAMPOS, 2007, p. 302). Quanto aos impasses evidenciados pelo nosso sistema de saúde, Gastão indica os seguintes:

... financiamento insuficiente; atenção primária crescendo, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual; [...] eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado (CAMPOS, 2007, p. 302).

O autor considera que o SUS está em crise, mas que esta não significa que as diretrizes centrais do sistema estejam questionadas, mas sim que esta crise aponta para uma incapacidade geral de transformar em realidade uma importante política social. Para sairmos desta incapacidade seria necessário, segundo Gastão, um incremento nos movimentos sociais que apóiam a proposta, além do esclarecimento geral a respeito da importância desta “... reforma social significativa” (CAMPOS, 2007, p. 302), que é como define o SUS. O autor também cita a “... baixa capacidade de gestão, a politicagem” (CAMPOS, 2007, p. 302) como elementos que trabalham para desacreditar o SUS.

O autor dedica-se, então, a enumerar o que, no seu modo de ver, “... parecem meios de garantir esse movimento de mudança” (CAMPOS, 2007, p. 302).

São eles, resumidamente:

- 1- “Estimular um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil” (CAMPOS, 2007, p. 302). Neste item, o autor refere-se à necessidade de redirecionar para o setor Saúde os recursos que atualmente são espoliados com o pagamento de compromissos financeiros pelo governo federal.

- 2- Quanto ao financiamento, o autor indica que este deve ser aumentado, mas ao lado de ações no sentido de “... reformular com rapidez o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços” (CAMPOS, 2007, p. 302).
- 3- Gastão apresenta as diretrizes já conhecidas para a mudança do modelo de atenção, que inclui, dentre outros itens, a importância da atenção primária, o trabalho interdisciplinar, o conceito de sistema descentralizado e a gestão participativa. (CAMPOS, 2007).
- 4- Para “... ampliar a eficiência, eficácia e humanização do Sistema”, Gastão propõe a “... criação de mecanismos organizacionais, que torne clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde” (CAMPOS, 2007, p. 303). Esta responsabilidade sanitária divide-se em responsabilidade macro-sanitária, que tem por finalidade “... tornar efetivo e transparente o encargo sanitário de cada cidade e de cada organização do Sistema” (CAMPOS, 2007, p. 303) e a responsabilidade micro-sanitária. Esta última requer a “... reorganização do trabalho em saúde” (CAMPOS, 2007, p. 303). Desta forma, teríamos nos serviços clientela adscrita a equipes claramente definidas e vínculos terapêuticos sólidos. (CAMPOS, 2007). O autor adverte que a dificuldade da diretriz que define a responsabilidade micro-sanitária esbarra nas mudanças nas “... relações de poder entre usuários, profissionais de saúde e gestores” (CAMPOS, 2007, p. 304).
- 5- Quanto à estratégia de Saúde da Família, Gastão adverte para a lentidão de seu avanço, que deveria chegar a uma cobertura de 80% da população. Como motivos para esta lentidão, o autor aponta a “... rigidez do programa federal” (CAMPOS, 2007, p. 305) e a relutância de muitos municípios em aderir de modo firme à proposta.
- 6- O autor advoga a “... revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS” (CAMPOS, 2007, p. 305), que leva à burocratização ou à degradação organizacional. Como causas destes tristes fins das instituições de saúde, Gastão aponta a “... rigidez na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva influência político-partidaria...” (CAMPOS, 2007, p. 305).
- 7- O autor propõe que os insumos tecnológicos sejam incorporados ao SUS através de organismos públicos que definiriam as necessidades, sem prioridade para os apelos do mercado.

Como resumo do seu trabalho, Gastão Wagner afirma que

... a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida (CAMPOS, 2007, p. 306).

3º. Capítulo

Alguns conceitos para a mudança nas práticas em Saúde Mental

Este capítulo será dedicado ao estudo de algumas práticas clínicas em Saúde Mental, significativas tanto do ponto de vista histórico quanto das mudanças que estão sendo propostas e desenvolvidas atualmente.

Vamos observar quais forças estão em ação nas diversas práticas que examinaremos. Forças que podem estar produzindo continuidade ou descontinuidade, controle ou mudança, repetição ou resistência/criação, ativando ou atrapalhando o aparecimento de movimentos e redes.

Analisaremos como as práticas clínicas estão definindo, nas suas ações concretas do dia a dia, os seus objetos. Se de forma a repetir sem crítica o estabelecido pelo modelo biomédico e a biopolítica ou se com o questionamento dos limites tanto entre sujeito e objeto quando entre os diversos campos do saber.

Tomaremos, de início, a Internação Psiquiátrica como prática a ser observada devido ao seu caráter histórico, de um passado que insiste em não passar e devido ao tipo de discussão que suscita no momento.

A Emergência Psiquiátrica, elemento fundamental em toda organização de Programas de Saúde Mental, será observada a seguir, tanto devido à sua importância como por ainda ter uma relação de proximidade com a Internação Psiquiátrica.

A análise dos Ambulatórios encerra a observação dos chamados “dispositivos tradicionais” em Saúde Mental.

A pesquisa se completa com o exame dos CAPS e das atuais ações de Saúde Mental na Atenção Básica, que são algumas das novas práticas em Saúde Mental, desenvolvidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Deixamos de fora, não por sua menor importância, mas devido às limitações inerentes aos objetivos do texto, práticas significativas em Saúde Mental como, por exemplo, o Acompanhamento Terapêutico e a Redução de Danos.

Trataremos de observar como as noções/conceitos que escolhemos, a Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade, estão sendo levadas à prática e quais as suas possibilidades de colaborar para a resistência/criação e para a mudança nas práticas em Saúde Mental no sentido da afirmação de novas formas de viver e de agir no mundo.

O olhar que desenvolveremos será sempre voltado para examinar as práticas clínicas em Saúde Mental nas suas relações com a Saúde Coletiva, isto é, dentro de uma perspectiva do coletivo enquanto alvo e protagonista das ações, e não apenas do ponto de vista de práticas que incidem no suposto indivíduo.

Enfim, tomaremos as práticas em Saúde Mental como parte das relações de poder que estão em ação no contemporâneo.

3.1 A Integralidade

Para uma aproximação da noção/conceito de Integralidade, utilizaremos a produção que está sendo desenvolvida através do “Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano nos Serviços de Saúde”, que conta com a participação e/ou apoio do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, do Centro de Saúde Escola Butantã do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e do Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Este último mantém a coordenação do Projeto.

Decidimos dividir os trabalhos nos seguintes temas: conceituação, método e aspectos gerais; política; condições de trabalho; formação; Saúde Coletiva e Saúde Mental; Integralidade e Saúde Mental.

3.1.1 Conceituação, método e aspectos gerais

Para a conceituação de Integralidade, é necessário situar o campo onde estamos lançados e as questões que este traz aos que pretendem pensar e praticar a Saúde Coletiva. Para isso, tomamos um trabalho de Madel Luz, que diz que o que vemos, hoje, na prática diária dos serviços de saúde, são as consequências da “... proposta de Estado neoliberal” (LUZ, 2001, p. 19). Por um lado, o sistema de saúde, o SUS, está submetido à lógica da economia de recursos, própria das propostas neoliberais. As funções e responsabilidades em relação à saúde foram repassadas aos municípios, mas a necessidade de cortes no financiamento dos setores sociais, para atender aos compromissos econômicos internacionais, leva a uma escassez de recursos que torna letra morta as determinações constitucionais e das leis do SUS. Por outro lado, segundo Madel, vivemos uma crise social, motivada pelo mesmo

fenômeno do neoliberalismo, que se traduz por uma procura dos serviços de saúde por um contingente de pessoas que neles busca apoio e relações que faltam na vida diária. Segundo Madel:

Um grande mal estar psicossocial está em curso, produzindo sintomas e síndromes indefinidos, muitas vezes não identificáveis pela medicina, sendo responsável pela perda de milhões de horas de trabalho em todo o mundo. Configura-se uma grave crise sanitária e gera uma constante busca de cuidado das pessoas... (LUZ, 2001, p. 19).

Em um trabalho de 2004, Madel Luz detalha com mais precisão os diferentes lados da crise que está forçando o Sistema de Saúde a tomar posição. A autora apresenta o problema constituído de dois movimentos: a vulnerabilidade das populações e a busca constante de cuidado de atenção à saúde. (LUZ, 2004). O que a autora pretende é, do ponto de vista da sociologia da cultura, uma “... compreensão do cerne da vulnerabilidade social, traduzida em problemas coletivos de saúde – vulnerabilidade produzida pelo próprio sistema capitalista” (LUZ, 2004, p. 9).

Madel parte, para a sua argumentação, do fenômeno atual da perda de referências culturais, institucionais e comunitárias, produzida pelo capitalismo, que valoriza a competição, o sucesso, a vitória pessoal, o individualismo, o lucro, a vantagem, o consumismo. O estado de tensão permanente da população ativa (e, diríamos, a perda de valor pessoal e coletivo da população que é, mas não pode ser ativa) está levando as populações a “... *perdas de sentido* culturais...” e a “... a sentimentos de instabilidade, perigo, isolamento e desamparo que tais perdas ocasionam, gerando, como afirmamos, uma *crise sanitária*” (LUZ, 2004, p. 11. Grifo do original). Esta crise, que a autora também denomina de “crise coletiva da saúde” (LUZ, 2004, p. 13), explode num Sistema de Saúde regido pelo modelo biomédico, que responde a ela com seus instrumentos tradicionais que levam à medicalização e ao tamponamento da questão social de base.

A forma de organização do trabalho do capitalismo atual gera insegurança para todos os que temem perder seus empregos voláteis e envenena as relações que se estabelecem entre aqueles que estão empregados. As relações nos locais de trabalho tornam-se competitivas, cheias de desconfiança, produzindo mal estar e sofrimento. Note-se que o setor Saúde está, também, mergulhado nesta lógica, com seus trabalhadores sofrendo, partindo para a solução individual de seus problemas e anestesiando-se para o sofrimento do outro. A propósito, a autora diz que “... provavelmente não existem, hoje em dia, profissionais mais estressados e

sem descanso que aqueles voltados para a atenção à saúde, sobretudo à saúde coletiva” (LUZ, 2004, p. 17).

A autora não fala em Integralidade, mas podemos compreender que seu questionamento pode ter na noção um importante operador. Como, por exemplo, em relação ao seguinte trecho, onde define os rumos de suas preocupações: “... o importante neste momento é perguntarmos que funções culturais estão sendo exercidas atualmente pela *saúde* enquanto setor social, isto é, pelo universo do cuidado e das práticas terapêuticas...” (LUZ, 2004, p. 18. Grifo do original).

Madel conclui seu trabalho com afirmações que mostram a importância da dimensão da produção de subjetividade no atual campo da Saúde Coletiva. Dimensão que provoca tanto o campo da Saúde Mental, como o campo da Saúde em geral. Diz a autora que “... a ‘saúde’ está preenchendo funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes ‘partilhadas’ por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural” (LUZ, 2004, p. 19). Segundo a autora, o que a população está procurando, em massa, no setor Saúde, são relações de empatia, de congraçamento, isto é, relações de cuidado que outras instituições (família, escola) já não podem fornecer. (LUZ, 2004). Mas, esta procura também é alvo da lógica do Capital. Assim,

O mercado e suas leis atuam fortemente sobre a ‘demanda social’ da saúde, no intuito de transformar a busca coletiva por cuidado e atenção em valores de uso e consumo individual, submetidos à lógica da economia capitalista. (LUZ, 2004, p. 19).

Como a noção de Integralidade entra nesta cena? Que efeitos pode provocar em um contexto de procura por cuidados num sistema caracterizado por contenção de despesas e modelo biomédico?

A Integralidade pode servir de apoio para o questionamento e para mudanças, na medida em que interroga as bases da “... racionalidade da medicina ocidental contemporânea, ou biomedicina, a qual realiza na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma” (PINHEIRO, 2001, p. 79).

Na sua definição de Integralidade, Roseni Pinheiro já deixa pistas, para que a racionalidade biomédica seja questionada:

... a integralidade é assumida aqui como sendo **uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados** (PINHEIRO, 2001, p. 65. Grifo do original).

De início, a autora concebe as ações de saúde como ações sociais, o que é provocador por não ser o enfoque comum nas práticas diárias dos serviços de saúde. As ações de saúde, em geral, são vistas como revestidas da neutralidade científica. A “permanente interação dos atores na relação demanda e oferta” põe em cheque a passividade com que aceitamos as determinações administrativas na organização dos serviços de saúde. Demanda e oferta são questionadas pela Integralidade, com uma convocação à sua desnaturalização. O plano individual, na atividade habitual dos serviços de saúde, é abordado com as bases biomédicas e, o plano coletivo, aqui referido ao “sistêmico”, costuma ser ignorado. Da mesma forma, os aspectos objetivos, geralmente os únicos a serem levados em consideração, são reduzidos ao corpo biológico. Os dados subjetivos também são referidos, em geral, a modelos que restringem a demanda aos seus aspectos individuais, numa repetição, no campo mental, do modelo biomédico. Portanto, temos uma definição instigante de Integralidade.

Ainda no campo conceitual, temos um trabalho de Kenneth Rochel, publicado em 2003. O autor aponta que “Integralidade” não chega a ser um conceito, mas sim

... um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio (CAMARGO Jr., 2003, p. 37).

A formulação a respeito da Integralidade pode ser acompanhada como se constituindo em três regimes discursivos: organismos internacionais (OMS, por exemplo), Ministério da Saúde (instância máxima do poder executivo na saúde) e o universitário (formador de opinião e impostado da responsabilidade da produção de saber). Pode-se observar, por um lado, uma convergência destes discursos emanados de diferentes instâncias, o que se poderia atribuir a ressonâncias entre elas ou a conjunturas políticas e acadêmicas que se aproximam no cenário

atual. Por outro, deve-se também perguntar que efeitos tais discursos têm produzido no concreto das práticas de saúde. De que modo as diferentes políticas têm se apropriado disso que permanece mais como princípio, com o qual nos aliamos, e menos como ofertas concretas de intervenção/constituição nas/das práticas? De qualquer forma, ressaltamos, por enquanto, trata-se da indicação de modificações necessárias nos modos de conceber as respostas que o setor Saúde tem oferecido aos problemas de saúde. Assim sendo, o fator “demanda” recebe, nos estudos da Integralidade, importância relevante.

Kenneth adverte, citando “O normal e o patológico”, de Canguilhem, que o sofrimento é uma construção cultural, o que traz como uma decorrência o fato de que a demanda e a atenção são, necessariamente, produzidas socialmente. Demanda e atenção são condicionadas histórica e economicamente dentro do que o autor chama de complexo médico-industrial, que tem no modelo biomédico uma importante base de apoio. O autor considera que o modelo biomédico é um “... obstáculo epistemológico claro” (CAMARGO Jr. 2003, p. 38) às propostas da Integralidade. O autor cita, no modelo biomédico, como características opostas à Integralidade “A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização implícita de saberes...” (CAMARGO Jr. 2003, p. 38).

Dentro do tema da discussão conceitual, Kenneth prefere não tomar a Integralidade como conceito, mas como “... um ideal regulador, um devir” (CAMARGO Jr. 2003, p. 40). Diz mesmo que a Integralidade frequenta o paradoxo, sendo “... a um tempo inalcançável e indispensável” (CAMARGO Jr. 2003, p. 40).

Utilizando Foucault, Kenneth procura investigar “... quais são as condições de possibilidade, as *superfícies de emergência* [...] de onde surgem as noções de integralidade...?” (CAMARGO Jr. 2003, p. 40. Grifo do original).

O autor afirma que a Integralidade surge de “... uma lacuna, de um vazio. (CAMARGO Jr. 2003, p. 38). Lacuna e vazio deixados pelo modelo biomédico, que utiliza, ao máximo, a tecnologia e tenta eliminar o fator sofrimento das relações que são estabelecidas na área de Saúde. Dentro deste contexto, a Integralidade passa a ser fator de negociação, tanto a nível macro, do Estado, quanto na produção de cuidados de saúde. No campo da Saúde Mental, onde se pretende abordar diretamente o sofrimento subjetivo, o que está, na maior parte das situações, colocado de fora, são as determinações sociais e políticas desse sofrimento, numa repetição da redução operada pelo modelo biomédico.

A Integralidade tem, em Ruben Mattos, um interessante exercício de definição. A intenção de um artigo seu, de 2001, é “... identificar quais as marcas específicas das políticas e das práticas que relacionamos à Integralidade” (MATTOS, 2001, p. 40).

O autor decide adiar a resposta à pergunta “O que é Integralidade?”, em nome de não deixar de fora os seus múltiplos sentidos. Num deles, a Integralidade representa um dos detalhes da crítica ao modelo hegemônico de saúde, à época das lutas pela Reforma Sanitária. Esta crítica apontava não só para as mudanças na área de saúde, mas também para a “... construção de uma sociedade mais justa” (MATTOS, 2001, p. 40)

Ampliando a compreensão do termo, coloca-o como uma “imagem objetivo”, expressão que “... tem sido usada na área de planejamento, para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável” (MATTOS, 2001, p. 41). Trata-se, portanto, de um termo que define para onde queremos ir e que situação precisamos alcançar, partindo de uma visão crítica.

Discorrendo a respeito dos sentidos e usos que o termo Integralidade tem tido nos últimos anos, indica que, para cada sentido e uso, surgirá a crítica que os embasa e a “imagem objetivo” que propõem. (MATTOS, 2001).

A crítica ao modelo de assistência médica que produz a fragmentação das pessoas assistidas em sistemas e aparelhos, cada um apresentando sintomas e requerendo intervenção, fez surgir a proposta da “medicina integral” (MATTOS, 2001). A proposta da medicina integral, que deixou elementos para a construção da noção de Integralidade, centrou sua crítica nos currículos das faculdades de medicina americanas, que serviam de base para a assistência que se pretendia modificar. A Integralidade toma o sentido de “... um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (MATTOS, 2001, p. 48), isto é, uma forma global ou partida. O autor conclui que “Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade” (MATTOS, 2001, p. 50).

Ruben Mattos discorre, no seu trabalho, a respeito de um outro sentido da Integralidade, que diz respeito à “... organização dos serviços e das práticas de saúde” (MATTOS, 2001, p. 52). Criticando um modelo assistencial centrado nos hospitais, herança, no Brasil, da divisão entre saúde pública, de um lado, e assistência, de outro, o autor diz que o sentido de Integralidade que deseja ressaltar é o que critica a “... dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais” (MATTOS, 2001, p. 54).

Em mais uma acepção do termo Integralidade, Mattos aponta a que diz respeito às políticas de saúde “... especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional” (MATTOS, 2001, p. 57).

Resumindo os três sentidos, ou conjunto de sentidos, da Integralidade, Mattos diz que:

Eles incidem sobre diferentes pontos: o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (MATTOS, 2001, p. 61).

O autor conclui a sua argumentação, citando Boaventura de Souza Santos (“a incapacidade de estabelecer uma relação com o outro, a não ser transformando-o em objeto”) (SANTOS, apud MATTOS, 2001, p. 57), para dizer que os grandes obstáculos aos sentidos da Integralidade são os reducionismos, que afetam tanto as abordagens diretas às pessoas que procuram os serviços de saúde, quanto os serviços e as políticas.

Roseni Pinheiro, Alcindo Ferla e Aluisio da Silva Júnior, em trabalho publicado em 2006, dedicam-se a conceituar a Integralidade enquanto princípio que provoca “... inovações institucionais na organização da atenção à saúde” (PINHEIRO, FERLA & SILVA JÚNIOR, 2004, p. 270). Neste sentido, valorizam as práticas cotidianas enquanto ações privilegiadas, para a transformação da atenção à saúde e à construção de espaços coletivos. Para este fim, afirmam que a Integralidade deve associar-se a “... pelo menos mais dois princípios que norteiam o sistema: universalidade e equidade” (PINHEIRO, FERLA & SILVA JÚNIOR, 2004, p. 272). Os três princípios, então, seriam próprios para “... expressar com todo vigor a luta por cidadania, justiça e democracia...” (PINHEIRO, FERLA & SILVA JÚNIOR, 2004, p. 272).

Quanto à articulação da Integralidade com outros princípios do SUS, vemos em Cecílio (CECÍLIO, 2001) a seguinte afirmação:

Universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária Brasileira (CECÍLIO, 2001, p. 113).

3.1.2 Integralidade e política

Vários trabalhos, do conjunto que estamos examinando, referem-se à Integralidade como um dispositivo político ligado às práticas cotidianas. Roseni Pinheiro e Francini Guizardi propõem a observação da Integralidade em ação, na produção resultante dos embates diários em torno da noção de cuidado. (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004). As autoras definem cuidado como

... uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito do ser. É o tratar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 21).

A prática do cuidado, de acordo com a definição acima, pode provocar mudanças na forma de profissionais, usuários, serviços e políticas conceberem a realidade das ações diárias em saúde, o que leva as autoras a conceber a Integralidade como um dispositivo político.

Trata-se, portanto, de uma noção, a de Integralidade, que as autoras pretendem que tenha um uso que informe as práticas diárias, no combate que se dá na superfície da ação concreta dos serviços de saúde. Fazer ressoar o que está contido na demanda; transformar em cuidado o que vemos como práticas de administração do sofrimento. Desta forma, as autoras tomam a Integralidade como um instrumento para a prática social. Compreendemos que as autoras referem-se a “prática social”, enquanto ação política, ação que se desenvolve em um campo social.

Para dar base à argumentação, as autoras citam a definição (dispositivo jurídico-institucional) de Integralidade contida na Norma Operacional Básica do SUS 01/93, que diz que o objetivo é “... assegurar aos ‘indivíduos a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 23).

A definição oficial traz a Integralidade ligada à reorganização da assistência. Mas, para a realização de tal tarefa, necessariamente a dimensão do coletivo e da transformação institucional estará presente, pois durante as tentativas de mudar a assistência com bases na Integralidade, os aspectos políticos, micro e/ou macro deverão aparecer na cena. Tenta-se

escapar, assim, das práticas de mudanças tecnocráticas, já que os diversos atores interessados estão envolvidos e convocados à participação.

As autoras relatam os resultados de suas pesquisas que abordaram a produção de conhecimento nas práticas concretas do SUS. Numa de suas conclusões, as autoras dizem que os trabalhos realizados permitem “... compreender os nexos constituintes entre cuidado e integralidade como práticas cotidianas que ressignificam as relações sociais e tensionam as relações de produção” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 33). As autoras estão referindo-se ao contexto das Unidades de Saúde e dos Programas, onde ocorrem a ressignificação das relações sociais e o tensionamento das relações de produção. Trata-se de tensionar as relações de produção situadas no cotidiano dos serviços de saúde e de produzir novas relações sociais neste espaço do combate diário.

As práticas da Integralidade e do cuidado, segundo as autoras, conduzem a “... um aumento da porosidade das instituições às práticas de saúde – enfim, a outras concepções de mundo, modificadoras das relações entre sociedade civil e Estado” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 33). Ressalte-se que as autoras concebem o “... Estado no sentido gramsciano do termo, como um momento provisório da própria sociedade civil” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 33). Este “aumento da porosidade das instituições às práticas de saúde”, a que as autoras referem-se, dar-se-ia na medida em que as atividades de saúde surgidas das práticas da Integralidade poderiam “... transformar os espaços públicos em ‘lugares de encontro’ de pessoas cuidadoras de si e dos outros” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 33).

Prosseguindo na sua investigação a respeito dos aspectos políticos da Integralidade, Roseni Pinheiro e colegas pesquisaram as relações entre oferta e demanda num trabalho, de 2005, que assinala as conseqüências políticas do tema (PINHEIRO et ali, 2005).

Os autores pretendem investigar como se dá a relação demanda/oferta observando-as juntas, isto é, no cotidiano de suas produções, e não separadamente, como na operação corriqueira de naturalização. Desnaturalizar demanda e oferta, proporcionará a interpretação de suas dinâmicas, isto é, poderá fazer aparecer os seus fatores constituintes. Os autores dizem que

... os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta de serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional (PINHEIRO et ali, 2005, p. 13).

Aparece a demanda condicionada a interações e relações e dependente de projetos institucionais que precisam ser examinados.

Os autores adiantam que a demanda, como é encarada nos estudos e nas ações diárias, é enfrentada com base na racionalidade biomédica, na qual as necessidades de saúde são ignoradas, sendo valorizada apenas a categoria doença, numa operação de redução. (PINHEIRO et ali, 2005).

Os autores observam que na realidade dos serviços de saúde, nas respostas oferecidas à demanda com base na racionalidade biomédica “Nota-se que as respostas dadas apresentam clara distinção entre ‘soluções terapêuticas’ e ‘soluções sociais’, como se ambas fossem excludentes e confinadas a áreas de conhecimento isoladas” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 14).

A noção de Integralidade vai ser utilizada pelos autores para provocar os serviços de saúde, portanto, o SUS, a “... cumprir a prescrição legal de garantir o direito à saúde como direito de cidadania” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 14). Como foco do trabalho, os autores, referindo-se às racionalidades biomédicas, questionam: “Seriam essas racionalidades, que condicionam a leitura das demandas e a definição de suas respostas, aportes suficientes à criação de dispositivos institucionais que garantam o direito constitucional à saúde?” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 14).

Os autores propõem, como tese, que “... a demanda e o direito à saúde devem ser concebidos como concepções renovadoras de sentido, significados e vozes de sujeitos, identidades e interesses em uma dada sociedade e um determinado momento histórico” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 20). Como trabalhamos em uma situação em que a saúde é constitucionalmente definida como um direito do cidadão e um dever do Estado, a demanda e os direitos entram no campo dos “... conflitos e contradições existentes na relação com o Estado” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 20). Com esta compreensão, e situada a questão nestes termos, os autores propõem, através das ações de saúde e da atuação nos espaços de participação “... dar visibilidade...” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 20) a esses conflitos e contradições na relação com o Estado.

Os autores mostram as suas perspectivas em relação ao Estado, ao comentarem a respeito da utilização dos espaços de participação. A proposta dos autores é de que a participação dos movimentos sociais “... forjam uma *gramática civil* capaz de, a um só tempo, coletivizar e socializar suas reivindicações, institucionalizando-as no interior do Estado” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 17. Grifo do original). A afirmação dos autores pode

levar-nos a concluir que os movimentos sociais trabalham, apenas, para que o Estado integre as suas reivindicações? O Estado apareceria, assim, como finalidade. Esta posição deve ser questionada, visto que o Estado, mais do que nunca, exerce, na atualidade, o papel de absorver, destruindo, as propostas de emancipação dos movimentos.

Do que depreendemos de trabalho de Regina Benevides e Eduardo Passos, a relação entre os movimentos de construção de uma Saúde Coletiva e o Estado não é tão simples como o exposto no trabalho que estamos examinando. Segundo eles, as mudanças nas políticas públicas trazem em si uma tensão, um paradoxo, na relação com a máquina do Estado, pois

O paradoxo é o do funcionamento de uma máquina dita republicana que, no entanto, experimenta uma relação de tensão ou mesmo de repulsão diante da coisa pública. Eis a questão da qual não podemos nos furtar: o funcionamento de uma máquina Estatal em que a res publica está nela e contra ela (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 570).

As relações entre Estado e movimentos estão no centro da discussão sobre a Integralidade e dizem respeito aos círculos de alteração e abalos, que esta noção pode provocar nos coletivos envolvidos nas tentativas de transformações no campo da Saúde. Parece-nos potente trabalhar com a perspectiva de que de dentro das instituições do Estado, possamos promover práticas que extrapolem a sua máquina, numa constante criação de mudança e tensão. Veremos como os conceitos de Transdisciplinaridade e de Clínica Ampliada podem potencializar as ações de Saúde no sentido desta criação de mudança e tensão, com os seus desdobramentos nos movimentos e nas redes.

Roseni Pinheiro e os co-autores recorrem a um trabalho de Luis Carlos de Oliveira Cecílio, de 2001, dentro da coleção de livros que estamos utilizando, para empregar uma taxinomia das necessidades de saúde como “... *analizador* dos modos de constituição das demandas e dos elementos que se relacionam com a construção do direito à saúde” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 21. Grifo do original). Os autores, apesar da instigadora idéia de utilizar as necessidades de saúde, ou sua classificação, como analisador, não definem o conceito. Vemos em René Lourau uma definição de analisador: “Daremos o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1975, p. 284). É isso o que pretendeu Cecílio e os autores do trabalho que a ele se refere.

São as seguintes as necessidades de saúde, segundo Cecílio, resumidas por Roseni e colegas:

a) necessidades de boas condições de vida; b) garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; c) necessidade de ter vínculo com um profissional e equipes; e d) necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de ‘andar a vida’ (PINHEIRO et ali, 2005, p. 22).

Segundo Cecílio, por “boas condições de vida” entende-se a ênfase nos fatores ambientais que determinam o processo saúde-doença e nos “... diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas” (CECÍLIO, 2001, p. 114).

Há um destaque para o terceiro conjunto de necessidades, no que ele se refere ao cotidiano do trabalho em saúde (as unidades de saúde, as equipes) como lugar privilegiado para a construção dos vínculos entre todos os atores envolvidos na situação: profissionais, usuários, famílias, instituições e sociedade. (PINHEIRO et ali, 2005). Apontando para uma “... transversalidade entre necessidades e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 23), percepção que, no campo da Saúde Mental, é bastante enraizada, os autores criticam o que predomina, neste aspecto, na área da Saúde:

A forma vigente de organização das práticas nas instituições de saúde é centrada nos profissionais/equipes cujos conhecimentos produzidos (saberes e práticas) muitas vezes reduzem as demandas a ‘reais’ necessidades de saúde e determinam, de forma exclusiva, os modos de responder a elas (PINHEIRO et ali, 2005, p. 23).

Compreendo que, com o trecho citado, a autora descreve o que ocorre, geralmente, nas unidades de saúde: a demanda é atendida muito mais de acordo com as teorias, práticas e interesses dos profissionais, do que com as necessidades de saúde da população.

O quarto conjunto de fatores de necessidades tira a atenção do foco principal que profissionais, serviços e políticas de saúde tradicionalmente têm: a doença. O item aponta para a informação e educação em saúde e para a construção da autonomia das pessoas. (CECÍLIO, 2001). O trabalho com estas necessidades levaria ao “... reconhecimento das demandas como aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito à saúde” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 24).

Para levar adiante as práticas em saúde a que as afirmações acima conduzem, é preciso questionar e operar mudanças na formação dos profissionais e na forma de organizar o trabalho em saúde. Estas mudanças são as bases para as novas estratégias de produção do cuidado em saúde. (PINHEIRO et ali, 2005).

A prática resultante das propostas dos autores, aí também incluído Luiz Cecílio, com a desnaturalização da demanda e sua acolhida, enquanto resultante de um complexo de necessidades de saúde, leva a que “As demandas podem ser compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde, no sentido do direito. Sua definição como necessidades seria um efeito do diálogo entre os saberes técnicos e populares...” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 26).

A atenção indispensável, neste ponto, é para o fato de que a construção social das demandas dá-se dentro do processo de medicalização, que é uma das armas da biopolítica. As demandas chegam articuladas pelo discurso da biopolítica e, portanto, devem ser discutidas dentro deste contexto.

Como uma das conclusões de seu trabalho, Roseni e colegas afirmam que “... conceber o trabalho em saúde como princípio educativo pode ser um caminho interessante de se pensar e concretizar transformações” (PINHEIRO et ali, 2005, p. 27). Este trabalho educativo deve envolver todos os participantes da cena que está estabelecida no campo da saúde, com os conteúdos sendo trocados entre todos os participantes: gestores, profissionais, população, aparelho formador.

Num trabalho em que a questão política está colocada com ênfase no desvio dos recursos nacionais do que seria o financiamento do SUS para o pagamento dos compromissos econômicos internacionais, Rubem Mattos destaca, de início, três temas que considera importantes no atual momento de discussão a respeito do SUS: os problemas de financiamento, o racionamento de serviços e insumos e os movimentos de usuários do SUS. (MATTOS, 2005). O autor associa da seguinte forma os três itens:

Diante da impossibilidade de uma ampla discussão sobre o volume de recursos financeiros necessários para que o Estado possa cumprir sua responsabilidade com o direito de todos ao acesso às ações e serviços de saúde, os técnicos do executivo da saúde tendem a buscar formas de estabelecer prioridades a partir de parâmetros técnicos (MATTOS, 2005, p. 37).

Esta saída tecnocrática, defrontada com as necessidades da população, tem sido questionada no Judiciário, através dos movimentos de usuários do SUS, gerando tensão.

Estes questionamentos provocam o setor Saúde a definir o que são as necessidades de saúde. (MATTOS, 2005).

O autor fala em “impossibilidade de uma ampla discussão sobre o volume de recursos financeiros” do SUS. De que qualidade será essa impossibilidade? De que modo se expressa? Em que situação estão, assim sendo, os “técnicos do executivo da saúde”, que, na contingência de não poderem discutir o financiamento, optam por restringir os direitos do cidadão?

O que Rubem Mattos pretende no seu trabalho é, dada a conjuntura descrita, “... examinar com mais cuidado a noção de necessidade de saúde, sobretudo no sentido da necessidade do acesso às tecnologias de saúde” (MATTOS, 2005, p. 38).

Ele lembra que nos inícios da medicina social, no século XIX, as medidas sociais eram mais eficazes do que as medidas médicas, tendo em vista a situação de precária tecnologia da época. Com o avanço dos exames, medicamentos e equipamentos, desenvolve-se a investigação diagnóstica e a terapêutica, chegando aos dias de hoje, quando, sob a influência do poder econômico da indústria médico-hospitalar, ocorrem os abusos da tecnologia, com procedimentos diagnósticos e terapêuticos muitas vezes desnecessários do ponto de vista clínico e epidemiológico. (MATTOS, 2005).

Neste quadro, o usuário do SUS muitas vezes não tem suas necessidades atendidas. Como em muitas situações não há consenso a respeito do que, dentro da área saúde, deve ou não ser usado para a assistência à saúde, o judiciário é chamado a atuar e é essa instância que decide.

Utilizando a classificação das necessidades de saúde de Luiz Cecílio, Rubem Mattos afirma que, “No contexto atual do SUS, a continuidade da luta pelo direito à saúde implica a defesa articulada das medidas que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde que sejam necessários” (MATTOS, 2005, p. 43).

Temos, portanto, a seguinte situação: de um lado a tecnocracia, de outro a epidemiologia não levada em conta para as ações de saúde, além da dificuldade de as decisões atingirem as singularidades. O autor propõe, então, a Integralidade como “... eixo estruturante das propostas de mudança das práticas” (MATTOS, 2005, p. 44). A ação transformadora, utilizando-se a noção de Integralidade, dar-se-á no diálogo entre todas as partes envolvidas no processo: usuários, equipe, gestores. Estas conclusões coincidem com o trabalho de Roseni Pinheiro, visto acima (PINHEIRO, 2005), considerando-se que levam a que as práticas em saúde sejam propostas como permeadas por uma educação permanente. E

que essa educação permanente seja “... pautada pelo princípio da integralidade” (MATTOS, 2005, p. 45).

Colocada a proposta de ação, o autor volta ao tema da escassez de recursos e pergunta: “Mas como lidar com a eventual impossibilidade de atender às necessidades?” (MATTOS, 2005, p. 45). Há um esboço de resposta, na forma de um programa mínimo para enfrentar a situação: “Talvez a primeira chave seja atentar para essas eventualidades, registrá-las, analisá-las, levá-las ao gestor, discuti-las nos fóruns de participação e com o Ministério Público” (MATTOS, 2005, p. 45). Mas, para que este programa seja cumprido, é preciso “... que os gestores acolham o desafio de ir além da simples gerência dos recursos escassos, para se engajar na discussão com os poderes no seu nível de governo, com as instâncias de pactuação e com a sociedade como um todo” (MATTOS, 2005, p. 45).

O autor alude, na discussão acima, a uma prática raramente vista nas unidades de saúde. Segundo Mattos,

... quando, para garantir o direito de acesso, medidas racionalizadoras se fazem necessárias, estas devem ser constituídas num amplo debate com as instâncias de participação (e até mesmo com o Ministério Público) – debate que possa submeter ao exame público as razões das medidas racionalizadoras (MATTOS, 2005, p. 45).

O autor sugere que, depois de computadas as necessidades de saúde que não estão sendo atendidas, entremos no “... caminho, ainda inédito, de rediscutir em que medida efetivamente estamos vivendo sobre uma escassez absoluta de recursos para o SUS...” (MATTOS, 2005, p. 45). Este debate é importante, porque “... os esquemas de arrecadação originalmente previstos na Constituição para o chamado orçamento da seguridade parecem estar alimentando o superávit primário” (MATTOS, 2005, p. 46). Rubem deixa uma pergunta provocadora, para finalizar o seu trabalho:

... deve o governo cumprir com suas obrigações de garantir a todos o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como escrito na Constituição, ou deve o governo garantir o volume de superávit primário, sobre o qual a Constituição é omissa? (MATTOS, 2005, p. 46).

Chegamos a uma compreensão da situação da Saúde, no Brasil, em que vimos o movimento sanitário e popular pela saúde fazendo aparecer na Constituição e nas Leis do

SUS, em diálogo e atrito com as orientações dos organismos internacionais que opinam a respeito, a afirmação legal da universalização dos direitos à assistência e promoção da saúde. Os organismos internacionais propunham a focalização, proposta derrotada no Brasil, mas que de fato é o que vigora. Isto porque, com a escassez de recursos, os responsáveis pela execução da assistência e outras ações selecionam as prioridades a serem atendidas, deixando sem sistema de saúde quem nelas não se enquadra.

Em mais um trabalho no qual observamos os aspectos políticos da demanda, que podemos correlacionar com a Integralidade, Kenneth Rochel critica a naturalização da concepção de demanda como ela é comumente abordada no planejamento em saúde. A crítica recai sobre a aceitação da demanda para a solução dos problemas de saúde, como se eles fossem “... objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, bastando serem corretamente identificados pelas técnicas adequadas” (CAMARGO Jr., 2005, p. 92). Ao contrário, Kenneth propõe a “... definição e identificação dos problemas de saúde como uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo” (CAMARGO Jr., 2005, p. 92). Como características do pensamento que defende, que pretende “... reconstruir a narrativa perdida dos objetos da ciência” (CAMARGO Jr., 2005, p. 92), Kenneth relaciona: 1- a rejeição do conhecimento científico como registro passivo da realidade; 2- a crítica às concepções essencialistas a respeito do real e a

... ênfase na necessidade de abordar-se a produção do conhecimento científico como empreendimento humano, devendo portanto estar aberta também às descrições baseadas nas Ciências Sociais e Humanas, em especial a História, a Antropologia e a Sociologia... (CAMARGO Jr., 2005, p. 93).

É a noção de necessidades de saúde que Kenneth destaca para submeter à crítica. O autor afirma que a noção de “necessidades de saúde”, no momento, é “... uma *caixa preta* no campo do planejamento em saúde, algo que é utilizado sem maiores críticas ou reflexões, um objeto sem história” (CAMARGO Jr., 2005, p. 95. Grifo do original).

Um dos rumos que toma a naturalização das necessidades de saúde é a medicalização, definida de dois modos pelo autor: “... o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em ‘problema de saúde’; e, por outro lado, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral...” (CAMARGO Jr., 2005, p. 96). A medicalização ofusca os processos de produção das necessidades de saúde. O autor

assinala que os médicos são os “... principais agentes a operar a certificação das necessidades de saúde e das modalidades legítimas de responder às mesmas.” (CAMARGO Jr., 2005, p. 97). Mas não são os únicos, sendo todos os agentes envolvidos na área participantes de um processo de expansão ilusória das necessidades de saúde.

O autor propõe o acolhimento da demanda como ela está estabelecida no momento e tomá-la como “... um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências” (CAMARGO Jr., 2005, p. 99). Após o acolhimento da demanda e do processo de negociação, serão identificadas as ações necessárias, próprias da área da saúde ou que necessitem intervenção intersetorial. O autor propõe que o público seja informado de todo e qualquer aspecto envolvido na demanda e também das soluções possíveis.

O autor cita, como exemplo de apropriação de conhecimento a ser multiplicado em outras áreas, o que é feito no Brasil na área de atenção e prevenção aos problemas correlatos ao vírus da imunodeficiência adquirida.

O último trabalho que comentaremos, a respeito do aspecto político da Integralidade, será o de Emerson Mehry, de 2005. Neste caso, trata-se da política das Equipes de Saúde e das profissões da área de Saúde.

Emerson pretendeu “... colocar em xeque o lugar de onde falamos e atuamos: os núcleos das profissões” (MEHRY, 2005, p. 195). Com isso, o autor chama a atenção para o fato de que o modelo médico hegemônico, presente, segundo ele, nas diversas categorias profissionais do setor Saúde, muda os sentidos das palavras-noções, torcendo-os de modo a servirem às corporações profissionais e ao modelo dominante. (MEHRY, 2005). Com a noção de Integralidade estaria acontecendo a mesma coisa, isto é, “... ela está sendo capturada por modelos de práticas de produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados” (MEHRY, 2005, p. 195). Emerson chama de “engravidar as palavras” esta ação de dar sentido e significado às palavras, de acordo com quem as utiliza. (MEHRY, 2005).

Como exemplo de captura de termos por corporações, Emerson cita, portanto, a própria noção de Integralidade. Com a necessidade de dar melhores respostas aos problemas colocados para a medicina, esta, num discurso que incluiu “... cuidar globalmente do outro nas suas necessidades de saúde...” (MEHRY, 2005, p. 197), adjetivou-se: “medicina integral”. Mas, ao fazer isso, tomou para si toda a responsabilidade da ação integral em saúde, centrando o que deveria ser descentrado e multidisciplinarizado, ao menos. O autor

destaca que não é só a medicina que procede desta maneira, mas “... esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não” (MEHRY, 2005, p. 197).

O autor propugna que os coletivos profissionais da área da Saúde engravidem as palavras, mas num processo inverso ao descrito acima, saindo dos territórios seguros das categorias, produzindo novos objetos e modos de cuidar. (MEHRY, 2005) Também toca nas questões do ensino e da gestão, que devem estar, para ele, nas prioridades do trabalho em Saúde. Transformar o trabalho em escola e tomar a gestão de modo a que corresponda às propostas de mudança.

O autor, citando outro seu trabalho, lembra a sua formulação dos conhecimentos tecnológicos dos profissionais de saúde como divididos em valises, isto é, caixas de ferramentas tecnológicas que “... denomino valises de mão, da cabeça e das relações” (MEHRY, 2005, p. 200). São as tecnologias duras, leves-duras e leves. A tecnologia das relações proporciona “... dar conta dos encontros e relações de alteridades, com o outro: o usuário” (MEHRY, 2005, p. 202). É aí que “... as profissões podem se encontrar desterritorializadas, e é por aí que o outro de nós, o usuário, penetra com seu complexo mundo de necessidades que vaza nossas capturas nucleares” (MEHRY, 2005, p. 202). Um campo fértil para o trabalho com a gestão e com o ensino é, então, o mundo dos pedidos dos usuários que recaem no relacional, no acolhimento, nas ações com alcance coletivo, na construção da autonomia. (MEHRY, 2005).

Emerson justifica a prioridade para as situações que envolvem a relação, como forma de agir micropoliticamente, dizendo:

Entendo que o lugar mais aberto para um agir em produção, não plenamente capturado, que denuncia todo o tempo o limite dos modos instituídos de se produzir atos de saúde, é onde atua a valise de relações, cheia de tecnologias leves e em ato (MEHRY, 2005, p. 203).

Trata-se de um espaço que não pertence a nenhuma profissão específica, portanto campo de discussão e abertura para a criação.

O autor conclui o seu trabalho, apontando para o potencial desterritorializante que tem a Integralidade, enquanto noção que “Abre a gestão do trabalho para o coletivo...” (MEHRY, 2005, p. 206), coletivo esse composto de gestores, profissionais de saúde e população.

Um ponto de interesse nos trabalhos analisados neste item é o acento na possibilidade de a Integralidade ser uma noção que provoque a dimensão política das práticas cotidianas da

saúde. Os trabalhos reforçam o poder de transformação da realidade do SUS que os profissionais de saúde têm, principalmente quando unidos à população assistida.

A discussão a respeito da dimensão política da Integralidade levanta a questão das relações entre os movimentos que surgem no combate diário da assistência e do Estado. No modo de ver dos autores citados, os movimentos teriam a perspectiva de serem incorporados pelo Estado. Compreendemos que esta é apenas uma das possibilidades, a mais tradicional no campo da política. Outros horizontes podem ser abertos, por exemplo, com a afirmação do movimento em si mesmo, na criação progressiva de redes que assumam a dimensão do político, sem que o Estado constitua-se numa finalidade.

Outro aspecto eminentemente político que devemos assinalar a respeito do conceito de Integralidade é a possibilidade dele transformar-se em um instrumento privilegiado de controle das populações. A possibilidade é de que a Integralidade, tomada sem a devida crítica política, sirva de ponta de lança dos controles do poder, na sua forma biopolítica. Tomar conta integralmente da vida da população sempre foi a intenção da biopolítica. Os artigos citados neste item ressaltam o feitiço político da Integralidade. Trata-se de, numa atitude de resistência aos mecanismos da biopolítica, levar esta compreensão à prática.

3.1.3 Integralidade e Redes

Alguns autores destacam a importância do trabalho com a Integralidade para a ativação ou potencialização das redes, sejam redes de serviços ou redes sociais.

Para uma aproximação a respeito das “Redes” vemos, em Eduardo Passos e Regina Benevides, que o modo atual de funcionamento do capitalismo opera num tipo de rede que, paradoxalmente, tem um centro (o centro de gestão dos fluxos do capital) que “... não exerce menos a sua função de segmentação, exploração e segregação, apesar de agora ter se virtualizado” (PASSOS & BARROS, 2004, p. 12). São as redes frias que, segundo os autores, operam “... de cima para baixo, porque sua lógica é a do capital enquanto equivalente universal ou sistema de equalização da realidade” (PASSOS & BARROS, 2004, p. 12). A caracterização das redes frias opõe-se às redes quentes, que são aquelas que se definem “... por um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjugação é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogênea” (PASSOS & BARROS, 2004, p. 12). Apostando em “... formas de resistência experimentadas nos processos de subjetivação”, os autores citados dizem que “... a direção da clínica pressupõe conectarmos-nos nas redes quentes produtoras da diferença” (PASSOS & BARROS, 2004, p. 13).

Luis Carlos de Oliveira Cecílio, em trabalho já citado, de 2001, chega à articulação Integralidade/rede a partir de um detalhamento da Integralidade na atenção, no qual esta, no seu primeiro aspecto, aparece como “... integralidade focalizada” (CECÍLIO, 2001, p. 116). Neste aspecto, a Integralidade é “... trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde” (CECÍLIO, 2001, p. 116). Para conseguir praticar esta característica da Integralidade, as Equipes devem perceber quais as necessidades de saúde apresentam-se através da demanda, numa escuta aberta às mais variadas possibilidades. O autor adverte que a Integralidade nunca se realizará num só serviço de saúde.

O outro aspecto da Integralidade da atenção, segundo Cecílio, é o que mostra a Integralidade como

... fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do ‘setor’ saúde (CECÍLIO, 2001, p. 117).

Da forma descrita pelo autor, a Integralidade toma a figura de um objetivo a ser alcançado na articulação do que é desenvolvido no nível interno dos serviços em ligação com todos os recursos externos ao serviço, numa rede a ser expandida constantemente, segundo as necessidades de saúde detectadas. O autor resume o seu pensamento, dizendo que “... a integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede” (CECÍLIO, 2001, p. 118).

Aluísio Gomes Júnior, Carla Alves e Márcia Alves, em trabalho de 2005, partem da noção de cuidado para chegar ao trabalho com a Integralidade, as redes e as malhas de cuidados (SILVA JÚNIOR, ALVES & ALVES, 2005).

Os autores recorrem a Leonardo Boff para definir cuidado como uma atitude com características de “... desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados” (SILVA JÚNIOR, ALVES & ALVES, 2005, p. 78). Para os autores, o cuidado é a principal característica de um efetivo trabalho em Saúde, tendo a sua realização dificultada ou impedida pela distância entre usuário e profissional que vigora no modelo biomédico.

Compreendemos que a crítica ao modelo biomédico, enquanto obstáculo ao encontro usuário-profissional, deve ser acrescida da apreciação do que está ocorrendo em relação às condições de trabalho dos profissionais, aspecto importante e pouco comentado nos trabalhos aqui examinados. A crise de financiamento do SUS, somada ao problema da relação

salário/carga horária, leva a um tal número de pessoas a serem atendidas em um espaço de tempo que dificulta a relação de cuidado, entrando o modelo biomédico, nesta situação, como a amálgama que a tudo engloba.

Para os autores, o cuidado é o “... fio tecedor da integralidade” (SILVA JÚNIOR, ALVES & ALVES, 2005, p. 80) e a atitude do profissional é fundamental para a sua realização.

Não nos atrai a perspectiva de meras mudanças das palavras que designam as ações, como se isso fosse o suficiente para mudar as práticas. Portanto, rede ou malha, o que importa é o que se faz nelas. A proposta de Ceccim, segundo os autores, é quebrar a lógica da hierarquização e de níveis de atenção, com construção coletiva da malha de cuidados ininterruptos. Vimos, então, um trabalho que focaliza a noção de rede nos serviços, apontando também para a intersetorialidade.

Victor Valla, Maria Guimarães e Alda Lacerda discutem, num trabalho de 2005, como as classes populares, vivendo uma situação social produtora de sofrimento e encontrando no setor Saúde, sobrecarregado, quase que apenas abordagens focalizadas na doença (modelo biomédico), recorrem à religião como forma de busca de “... um sentido de vida e alívio para os problemas cotidianos...” (VALLA, GUIMARÃES & LACERDA, 2005, p. 267).

Depois de examinar a prática de militantes russos do século XIX e de cristãos do século XX de morar em áreas pobres, com a intenção de apreender o modo de vida das populações e com elas colaborar de modo mais efetivo, Valla e suas colegas mostram semelhanças entre as ações dos pastores e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pastores e ACS realizariam o que os autores chamam de “... práticas de atenção à saúde que extrapolam a atenção médica e que estão concentradas na convivência” (VALLA, GUIMARÃES & LACERDA, 2005, p. 273). Uma das semelhanças entre estes dois atores sociais é que ambos são moradores nas comunidades e estão presentes no dia a dia da clientela, inclusive nas suas casas. Tanto os pastores como os ACS tecem redes de apoio social que sustentam a busca por sentido e por melhorias nas condições de vida. A atuação dos Pastores e dos ACS, segundo os autores do trabalho, “... podem ser vistas como exemplos de atividades e práticas de apoio social que propiciam a integralidade das ações em saúde” (VALLA, GUIMARÃES & LACERDA, 2005, p. 277).

Os autores dizem, ao final do trabalho, que os ACS, além de tecerem as redes de apoio, também precisam ter redes que os apoiem. Chamam a atenção, além disso, para o fato de que “... o elo, ou melhor, o laço que o agente de saúde preenche certamente pode servir de

mediação, não apenas para os profissionais de saúde, mas também para militantes, políticos e religiosos” (VALLA, GUIMARÃES & LACERDA, 2005, p. 278. Grifo do original).

Em outro artigo de Victor Valla, desta vez apenas em co-autoria com Alda Lacerda, é destacado o contexto em que a área de Saúde vê agravadas as condições de seu campo de ação: “O aumento do desemprego e da violência cotidiana, a precarização das condições de trabalho e a retração das redes sociais...” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 279). Uma das conseqüências da situação descrita configura um campo comum entre a Saúde Mental e a Saúde Coletiva, pois “... cresce a demanda de atenção médica por problemas de natureza psicossocial, expressos como ansiedade, depressão, angústia, medos, dores generalizadas, entre outros” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 279). Esta demanda, segundo os autores, recai sobre o limitado modelo médico vigente, incapaz de lidar com a situação de modo transformador. Os autores corroboram críticas que já descrevemos acima a respeito da naturalização da demanda, dizendo que “A demanda aparente e a oferta existente geralmente estão condicionadas pelas práticas do modelo médico hegemônico, pela objetivação da doença e pelo distanciamento da relação profissional de saúde-paciente” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 280).

Diríamos que a situação descrita tem como um de seus componentes importantes, dentro do modelo biomédico, a intensa propaganda de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como forma de trazer para dentro do modelo hegemônico o sofrimento psicossocial a que se referem os autores. O ideal para o modelo biomédico é que para cada tipo de sofrimento que aparece sob o aspecto “mental” corresponda um diagnóstico e uma medicação.

Os autores pretendem, com o trabalho, pensar as “... práticas de saúde contra-hegemônicas...” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 281) que, presentes na sociedade, possam “... contribuir para se repensar a demanda-oferta nos serviços públicos de saúde e organizar novas práticas” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 281). Esta discussão nos instiga a pensar quais seriam as práticas contra-hegemônicas em Saúde Mental.

Ao analisar as possibilidades de práticas que promovam a Integralidade, os autores afirmam que a atenção deve ser voltada para aquelas que são eficazes no dia a dia. Criticam, por outro lado, as intenções de criação de modelos ideais, que “... tendem a fracassar no seu processo de implantação” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 281). Dentre as práticas que os autores citam como produtoras de mudança, estão as que promovem o apoio social e as redes. Unindo as duas noções, temos as redes de apoio social.

Os autores definem apoio social como os

... diversos recursos emocionais e tangíveis que os sujeitos recebem por meio de relações sociais, incluindo, desde relacionamentos interpessoais – como, por exemplo, a relação profissional de saúde-paciente – até os de maior densidade social, como os grupos e redes sociais (VALLA & LACERDA, 2005, p. 281).

Os autores entendem o apoio social enquanto uma prática de saúde, citando como exemplos os grupos de apoio mútuo, os grupos religiosos, as atividades educativas e outras práticas populares (VALLA & LACERDA, 2005). Ao especificarem sucintamente o modo de operar das redes de apoio social, os autores dizem que estas “... acolhem as demandas dos sujeitos e as reconfiguram a partir de valores como a solidariedade, o acolhimento e o sentimento de pertencimento ao grupo” (VALLA & LACERDA, 2005, p. 288). Atitude muito diferente da naturalização da demanda e sua inserção no modelo biomédico.

Francini Guizardi e Roseni Pinheiro, em mais um trabalho em que reafirmam o caráter político da Integralidade, dizem que tomam a noção como “... um campo de disputa política e produção de rede social” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 37). As autoras criticam a produção em saúde como está estabelecida de forma dominante, com a transformação das pessoas, famílias e comunidades em objetos a sofrerem intervenções técnicas, para defender o reconhecimento dos sujeitos desejantes como participantes do processo. A Integralidade passa, então, a ser concebida como “... espaço de encontro...” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 39) e o Programa Saúde da Família, o campo da discussão que propõem.

Para sustentar seus argumentos, as autoras dizem que o Estado moderno penetrou nas relações humanas até o ponto de os próprios serviços de saúde trabalharem na lógica a ele pertinente. Com isso, “... toda uma rede de vínculos é esvaziada” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 42). Interessa às autoras examinar as resistências opostas a este mecanismo, no âmbito do PSF, nos encontros entre “... comunidade/usuário e profissional/equipe...” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 42).

Apesar de afirmarem que “... o cuidado só é possível, se há condições para a concretização de um diálogo” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 45), as autoras apenas tocam de leve nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, barreira que deve ser enfrentada ao mesmo tempo em que as possibilidades de diálogo são criadas.

As autoras ressaltam o duplo papel dos ACS, de moradores da comunidade e de funcionários dos serviços de Saúde, que no seu trabalho diário têm como resultado que “... as redes informais são postas em evidência” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 47).

As autoras citam diversas atividades não institucionalizadas que não podem “... ser diretamente explicadas pela organização institucional no SUS” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 50). São as atividades alternativas (ioga, meditação), grupos, atividades físicas, lazer, interações sociais e todo um conjunto de ações que são criadas pelas equipes e usuários. Portanto, as autoras apontam para atividades que não estão necessariamente no âmbito do Estado. Chamam-nas de “dispositivos abertos”, não institucionalizados, mas que sofrem a pressão da institucionalização. (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004). Algumas características destas atividades são: não estarem centradas na noção de doença, solicitam as experiências prévias dos usuários, estimulam o autocuidado, as redes de apoio e as relações afetivas, pertencem ao mundo da criação, estimulam novas relações entre todos os envolvidos. Nesta série de atividades o ACS tem papel relevante, por não pertencer a saberes institucionalizados hierárquicos (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004).

No final do trabalho, as autoras mudam o rumo em que pareciam estar caminhando, o da autonomia das atividades criadas e das redes de atividades, para supor que “... ainda é possível que as redes sociais – que nunca deixaram de existir – invadam o logotipo das estruturas estatais...”, onde “... o Estado se torne instrumento de solidariedade” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2004, p. 54. Grifo do original). Ou o Estado assumiria as redes, transformando-as em burocracia? Quais as condições para que o Estado assumira as ações comunitárias e não as distorça no sentido do controle? E qual o limite entre Estado e não Estado, na situação das ações citadas? É Estado, quando uma portaria, norma ou financiamento intervém ou categorias profissionais são criadas para exercer as ações?

Rafael da Silva e Bruno Stelet, respectivamente graduandos de Ciências Sociais e Medicina, escreveram um trabalho, em 2004, junto com Roseni Pinheiro de Francini Guizardi, em que investigam um papel importante do ACS: o de tradutor do que se passa entre comunidade e equipe de Saúde. Os autores referem-se ao papel de elo, que, comumente é atribuído ao ACS. Elo entre a Equipe e a comunidade, entre os demais serviços de saúde e o PSF, entre os usuários e os profissionais. Porém, os autores preferem o termo “laço”, para designar esse papel, visto que este tem algumas características mais interessantes: é mais artesanal, mais móvel, pode ser feito, desfeito e refeito, afrouxado e apertado, tomar diversas formas. Seriam peculiaridades próprias para o trabalho com a Integralidade (SILVA et alii, 2004).

O trabalho de tradução, a que e os autores referem-se é o de “... levar à comunidade o saber biomédico adquirido em sua formação técnica; e à equipe, o saber popular e seus olhares sobre as pessoas com quem convivem no bairro” (SILVA et ali, 2004, p. 84). Compreendemos que a função de tradução vai além do especificado pelos autores: ela incide na facilitação da compreensão da cultura local pelas equipes de saúde. Trata-se de apreender o que vigora em termos de códigos, lideranças, hábitos, histórias, perigos. Elementos basilares para a tessitura das redes.

Aluísio Silva Júnior, em trabalho conjunto com outros autores, mostra como a Integralidade está sendo utilizada como conceito que serve como instrumento de avaliação de sistemas de saúde e das redes que o constituem. (SILVA JÚNIOR et ali, 2006).

3.1.4 Integralidade e condições de trabalho

Poucos trabalhos, dos quatro livros que estão sendo percorridos, referem-se às condições de trabalho dos profissionais de saúde nas suas relações com a Integralidade. Fato que é motivo de estranheza, tendo em vista a conotação política da Integralidade.

Por exemplo, Francini Guizardi e Roseni Pinheiro afirmam que “... o cuidado só é possível, se há condições para a concretização de um diálogo” (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004, p. 45), sem que façam referência às condições de trabalho concretas encontradas no dia a dia dos serviços de saúde. Com isso, podem as propostas para a efetivação da Integralidade soarem como exortações, que não levam em consideração o que estão vivendo os profissionais de saúde na realidade.

Alda Lacerda e Victor Valla dizem que os profissionais de saúde do serviço público estão submetidos a condições de “... baixa remuneração e [...] precárias condições de trabalho” (LACERDA & VALLA, 2003, p. 171), o que interfere na relação profissional/paciente.

Para uma coletânea de trabalhos, extensa, com forte acento político, é muito precária a discussão a respeito das condições atuais do trabalhador em saúde do SUS. A Integralidade surge, como uma noção que, necessariamente, provocaria essa discussão, o que raramente vemos nos trabalhos dos quatro livros. Como praticar a Integralidade com problemas que afetam diretamente as condições de trabalho nas unidades de saúde, como, por exemplo, a lógica de produtividade numérica, a falta de discussão em equipe, o predomínio da gestão autoritária, vertical, numa quase ausência de atenção para as relações entre gestão e assistência? Apenas Lacerda e Valla, no trabalho citado acima, fazem alusão aos salários dos

profissionais de saúde. Se é um instrumento político, a noção de Integralidade tem que apontar para as condições de trabalho, e como elas afetam o atendimento na área de saúde.

3.1.5 Integralidade e Formação

Diversos trabalhos fazem a articulação entre práticas que desenvolvem a Integralidade e a Formação dos profissionais de saúde.

Ricardo Ceccim define que os profissionais de saúde “... devem estar aptos para o assistir individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a prestação de práticas integradas de saúde coletiva” (CECCIM, 2004, p. 259). Trata-se de uma caracterização que nos faz pensar como, no campo da Saúde Mental, seria esse profissional e como estimular a sua formação.

A respeito da formação de profissionais com o perfil que desenhou, Ceccim afirma que “Experiências de formação que não coloquem a equipe, não a prevejam, nem a afirmem, não podem produzir o corpo da equipe, apenas as corporações, constituindo os campos de conhecimento e de trabalho em disciplinas práticas ou práticas disciplinares” (CECCIM, 2004, p. 271).

O autor lembra que, pelas normas do SUS, são três os “... princípios ordenadores do trabalho e da educação dos profissionais de saúde: orientar-se pelo sistema de saúde vigente [...], pelo trabalho em equipe [...] e pelo atendimento integral à saúde...” (CECCIM, 2004, p. 274). Segundo o autor, para uma formação conseqüente com o exposto, são também três o que chama de “... fatores de exposição obrigatórios, as interfaces que precisam prover a formação em saúde: a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida” (CECCIM, 2004, p. 275).

Gílson Oliveira, Lílian Koifman e João Marins escreveram um trabalho no qual discutem os processos de formação referidos aos modelos tecnoassistenciais “... que buscam a construção de estratégias que induzam a consolidação de práticas de saúde integrais” (OLIVEIRA et ali, 2004, p. 308). Os autores pretendem que o ensino seja pensado e praticado em estreita ligação com os serviços de saúde, nas suas facetas de assistência e gestão, ligando, portanto, “... a implantação do SUS e a formação de recursos humanos em saúde” (OLIVEIRA et ali, 2004, p. 309). Os autores referem-se, principalmente, no trabalho, às mudanças no currículo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, ocorrida em 1994.

Os autores investem, para a construção da Integralidade, na “... Integração Ensino-Serviço-Sociedade” (OLIVEIRA et ali, 2004, p. 309) e para isso defendem

A aprendizagem orientada em espaços múltiplos de atuação (comunidade, família, aparelhos sociais múltiplos) deve proporcionar ao formando a experimentação da continuidade do processo terapêutico, através de visitas domiciliares, terapia de grupo e outros tipos de vínculos provisórios e não provisórios (OLIVEIRA et ali, 2004, p. 318).

Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla iniciam um trabalho, de 2003, lembrando aos leitores que a Constituição Brasileira determina “... o ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde...” como “... uma competência do Sistema Único de Saúde” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 211). A intenção dos autores é colaborar para a reflexão e prática da “... educação dos profissionais e com a integração dos sistemas de ensino e saúde” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 211), dentro da proposta da Integralidade. Os autores opinam que as alterações nas políticas de saúde não vêm sendo acompanhadas, no mesmo ritmo, de mudanças nas políticas educacionais e que os investimentos têm sido feitos, muito mais, na formação posterior à graduação. O SUS não institucionalizou “... qualquer forma de interação permanente com as instituições de ensino com reflexo na formação profissional” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 212).

Os autores destacam que a formação profissional é uma produção de subjetividade, isto é,

Os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho – como um território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais –, quanto pela educação pelo trabalho – cenário de desafios ao pensamento e à reinvenção de si, dos saberes e das práticas (CECCIM & FERLA, 2003, p. 213).

Os autores mostram que as identidades profissionais formam uma barreira para as ações conjuntas, as inovações, a produção de novidades. Privilegia-se uma “... política da identidade (reafirmação do sujeito)” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 214), ao invés de uma produção mutante da subjetividade. Os modelos assistenciais também caem na armadilha da identidade, resistindo, portanto, às mudanças.

Ceccim e Ferla utilizam Foucault, quando este faz o elogio do “pensamento do fora”, o que, para o que os autores pretendem, significa “... permitir-se pensar fora das amarras

morais, fora do pensamento racional-explicativo, deixar-se saber pelo contato, pelas sensações de descoberta e aprendizagem” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 211), para introduzir a modalidade de ensino que defendem.

Além de valorizarem diversos níveis de uma política de educação para a reforma na saúde, os autores dedicam o trabalho que vem sendo citado à “... *especialização em serviço, sob orientação profissional*, que é como se caracteriza a principal modalidade de formação de especialistas requeridos pela atenção de saúde” (CECCIM & FERLA, 2003, p. 217. Grifo do original).

Os autores concluem, dizendo que é importante o tensionamento que os projetos de formação levam aos serviços, numa proposta de desenvolver a Integralidade e que, no processo educativo, o que mais conta é a produção de subjetividade.

Ruben Mattos afirma a importância da estratégia da Educação Permanente, ao dizer, em trabalho de 2005, que “... A importância da transformação das práticas, para a consolidação de uma frente mais ampla em defesa do direito à saúde, traz para o centro da agenda política a noção de educação permanente” (MATTOS, 2005, p. 45). Ressalte-se que o autor entende a “... educação permanente pautada pelo princípio da integralidade” (MATTOS, 2005, p. 45).

A Educação Permanente, que vem sendo citada, define-se como “... estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde” (BRASIL, 2005, p. 29). Esta estratégia foi definida pelo Conselho Nacional de Saúde que, em setembro de 2003, aprovou a *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. Trata-se de uma política que pretende, ao mesmo tempo, mobilizar o SUS, através de seus serviços, e alterar as formas de gestão, assistência, participação popular e formação. Para isso, o recurso estratégico é a formação em serviço. Especificando com mais detalhes a proposta temos: “... fazer educação permanente em saúde, exige reflexão crítica sobre as práticas de atenção, de gestão e sobre as práticas de ensino, buscando processos educativos aplicados ao trabalho” (BRASIL, 2005, p. 29).

A estratégia da Educação Permanente foi definida em Portaria do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ricardo Ceccim define como o campo de um trabalho seu, de 2005 (CECCIM, 2005), reflexões e propostas que envolvem a formação e o exercício profissional enquanto problema estratégico do trabalho em saúde. Ao apoiar a retirada dos trabalhadores em saúde da condição de “recursos” (humanos), colocando-os na condição de atores sociais de produção

de saúde, Ceccim advoga a utilização de “... estratégias mobilizadoras que estabeleçam uma relação de envolvimento participativo e descentralizado com todos os interessados no processo” (CECCIM, 2005, p. 164), como meio de ativar a formação.

Para a efetivação do que está estabelecido na Constituição Federal e nas leis do SUS, em relação às características que deve ter o Sistema de Saúde brasileiro, Ceccim diz que é fundamental o “... combate à racionalidade administrativa e gerencial hegemônica e à racionalidade médica e sanitária hegemônica...” (CECCIM, 2005, p. 167), “... buscando a democratização radical das organizações de saúde, a localização dos trabalhadores como atores ativos dos processos de gestão, de atenção e de participação social...” (CECCIM, 2005, p. 164).

O autor descreve a sua proposta, adotada pela Política de Educação Permanente, de “... uma noção de trabalho em saúde como cruzamento dos componentes de formação dos profissionais, gestão do setor, participação da sociedade e ordenamento das práticas de atenção à saúde: quadrilátero de faces interconexas” (CECCIM, 2005, p.167). Este *quadrilátero da formação*, expressão de Ceccim, em cada uma das suas faces “... comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões” (CECCIM, 2005, p. 167).

Dentro da sua argumentação, Ceccim propõe outra visão a respeito do que é chamado “recursos humanos em saúde”, como dito acima, passando a usar termo “... coletivos organizados de produção de saúde” (CECCIM, 2005, p. 169). Ceccim define *coletivo* como uma “... disposição em grupo de pessoas interligadas por uma tarefa que constitui finalidade produtiva: a noção de coletivo *organizado* põe a esse agrupamento de pessoas uma convergência, uma composição de roda...” (CECCIM, 2005, p. 170. Grifo do original).

A prática com o quadrilátero da formação tem, no modo de ver e de propor de Ceccim, potencialidades disruptivas, numa ação de transformação não “apenas” dos serviços e sistema de saúde, mas das subjetividades de todos os envolvidos. O instrumento de ação, estratégico, para a execução desta proposta de formação é a Educação Permanente em Saúde que “... viria para configurar uma prática pedagógica apropriada à noção de gestão de coletivos locais em articulação interinstitucional” (CECCIM, 2005, p. 175). Um dos fundamentos da Educação Permanente é a Integralidade.

Com o desenvolvimento das ações da Educação Permanente, o autor previa que entrariam em atrito “... as racionalidades hegemônicas e as disruptivas de hegemonia...” e as “... verticalidades contra as linhas caóticas da auto-organização” (CECCIM, 2005, p. 176).

Deste modo, estariam organizados campos formais de disputa mais clara e sujeita ao debate entre as forças heterogestivas e as autogestivas.

Emerson Merhy, em artigo de 2005, defende o investimento nos “... dispositivos de gestão coletiva do trabalho em saúde” (MERHY, 2005, p. 202), um modo de atuação que, na estratégia da Educação Permanente, “... cria novas formas de se constituir os cotidianos nos serviços de saúde” (MERHY, 2005, p. 202).

3.1.6 Integralidade, Saúde Coletiva e Saúde Mental

Nota-se, no conjunto dos trabalhos publicados nos quatro livros do “Projeto Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano nos Serviços de Saúde”, um grande interesse pelas questões relativas à Saúde Mental. Os autores fazem a articulação entre Saúde Coletiva e Saúde Mental através de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari, autores ligados à Análise Institucional e também Sigmund Freud e a psicanálise.

Alguns fatores podem estar contribuindo para o interesse do desenvolvimento de um campo comum entre a Saúde Coletiva/Saúde Mental: o aporte dos autores citados para a análise das condições de vida como condicionantes da saúde mental; a já extensa prática da Saúde Mental em relação aos fenômenos institucionais, seu manejo e tentativas de transformação; a relação que o campo da Saúde Mental estabeleceu entre modos de gestão institucional e qualidade da assistência; a atuação em Equipes, prática consolidada no mundo “psi”; a ênfase na relação como instrumento terapêutico; a quebra dos limites entre as categorias profissionais; a prevalência dos chamados transtornos mentais, cada vez mais pesquisados em sua epidemiologia, com resultados cada vez mais assustadores e a baixa capacidade dos modelos assistenciais e gerenciais hegemônicos de dar resposta satisfatória aos problemas de saúde.

Em documento de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde mostra, com base em diversos estudos de prevalência de problemas de Saúde Mental, que estes se apresentam com a impressionante cifra de 26,40%. Isto é, de cada cem pessoas, mais de 25 apresentam necessidade de cuidados na área da Saúde Mental. São os seguintes os problemas de Saúde Mental detectados: Transtornos mentais severos e persistentes: 3,0%; Transtornos Mentais Leves: 10%; Dependência de álcool e outras drogas (12-65 anos): 12%; Epilepsia: 1,4%. Note-se que os chamados “Transtornos Mentais Leves” não deixam de causar grande sofrimento. São os transtornos de ansiedade, as depressões, os poliqueixosos. (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, 2005).

Como já vimos, Madel Luz denomina o que estamos vivendo de “crise sanitária”, devido ao aumento da procura por soluções no sistema de saúde para um “mal estar psicossocial”, de parte de uma população submetida a estressores, vindos de um sistema econômico que não contempla as suas necessidades. (LUZ, 2001).

Victor Valla e Alda Lacerda dizem que, se os profissionais de saúde, geralmente, não levam em consideração o contexto social de quem os procura, este de fato está, cada vez mais, causando sofrimento. O exemplo que os autores dão é o de que

Diante da precariedade do trabalho e da fragilidade das relações sociais [...], uma parcela crescente da população vem manifestando sinais de adoecimento, expressos através de sintomas e síndromes indefinidas, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, entre outros – denominados por alguns autores de ‘sofrimento difuso’ [...] ou ‘mal estar difuso’... (LACERDA & VALLA, 2003, p. 172).

Ao analisar o mundo atual do trabalho, Madel Luz descreve a situação em que nos encontramos, como a de um ambiente altamente competitivo, gerador de desconfiança e com predominância do “... individualismo e da necessidade de sobrevivência a qualquer custo” (LUZ, 2004, p. 14). A autora diz: “É nossa hipótese que a perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo, sobretudo através do trabalho, gera sentimentos e sensações de confinamento, limitação e insegurança nos sujeitos” (LUZ, 2004, p.17). Este é o campo propício ao aparecimento do “sofrimento difuso” e do “mal estar difuso”.

Victor Valla e colegas (VALLA et ali, 2004) desenvolveram uma pesquisa para investigar que tipo de sofrimento a população está levando para as Igrejas Pentecostais, a partir da constatação de que as condições de vida estão determinando um tipo de demanda que o Sistema de Saúde não absorve. O desespero diante da situação de falta de sentido para a vida, o desemprego, a marginalidade, o esgarçamento das redes de apoio sociais estariam levando a população à procura de meios, fora do Sistema de Saúde, que forneçam apoio social, cuidado, aumento da auto-estima, tempo, sentido para a vida. (VALLA et ali, 2004).

Numa outra forma de ver o que Valla descreve e pesquisa, Kenneth Camargo Jr. discorre a respeito de problemas apresentados pelas pessoas aos profissionais de saúde, para os quais estes não têm resposta satisfatória dentro do modelo onde estão encerrados, o biomédico. É o que Kenneth chama de “‘quadros mórbidos mal-definidos’, ‘somatizações’, ‘sintomas de origem psicológica’, zona cinzenta onde o desencontro terapêutico é frequente” (CAMARGO JR., 2004, p. 165). O autor apresenta a sua observação a respeito dos destinos

que esta demanda tem, em grande parte do Sistema de Saúde: “As respostas tradicionais têm sido de negar o sofrimento – recusando o cuidado – ou de tentar forçá-lo no molde da doença – medicalizando o sofrimento” (CAMARGO JR., 2004, p. 165).

Uma expressão que diversos autores citam, referindo-a a Geoges Canguilhem, demonstra a preocupação com o mundo mental e social. É “o modo de andar a vida”, aspecto que, segundo os autores, sempre deve ser motivo de atenção nas relações clínicas, nos serviços e nas políticas de saúde. Um dos autores que usam a expressão é Alcindo Ferla que, comentando as ações de cuidado, diz que elas “... precisam assegurar menos a sedação da doença e o disciplinamento e mais padrões progressivos de protagonismo para o usuário. O resultado primeiro do cuidado é aumentar a qualidade do *andar a vida* de cada um...” (FERLA, 2004, p. 184. Grifo do original). Vemos, então, uma constante discussão, por autores da Saúde Coletiva, daquilo que são práticas usuais em Saúde Mental.

3.1.7 Integralidade e Saúde Mental

Domingos Sávio Alves (ALVES, 2001) discute a Integralidade nas Políticas de Saúde Mental, apontando para o tipo de racionalidade de que se está tentando sair: a que privilegia a nosografia, que é a base da seleção e da exclusão e da ênfase no tratar. Pretende-se, com “... os novos paradigmas da atenção em saúde mental...” (ALVES, 2001, p. 167) passar para a prática da oferta e da inclusão, numa perspectiva de cuidar. No primeiro caso, seleciona-se que tipo de doença/diagnóstico tal serviço propõe-se a tratar, excluindo quem não se enquadra. No segundo, são oferecidos serviços abertos à percepção das necessidades de saúde, num movimento de inclusão e de cuidado.

Na esteira da mudança ocorrida no Brasil com alguns avanços da Reforma Psiquiátrica, segundo Domingos “... sob a forte influência dos postulados da Psiquiatria Democrática italiana e de sua então estimulante experiência de substituição dos hospitais psiquiátricos...” (ALVES, 2001, p. 169), entram em cena as noções de responsabilidade territorial e oferta diversificada de programas, numa tentativa de superação da seleção e exclusão.

Nota-se no trabalho de Domingos um acento exclusivo quanto ao problema da loucura, da sua abordagem ao longo da História e das tentativas de transformação ou liquidação dos Hospícios. Ressalte-se, mais uma vez, e não a última, que a maior parte da demanda em Saúde Mental não é motivada pelos “transtornos mentais severos e persistentes”. Sua importância é justificada pelo aspecto humano, pelo montante de

investimento financeiro, por questões filosóficas e políticas, mas não deve encobrir o que se passa em relação aos “transtornos mentais leves”.

Domingos expõe os pontos que os movimentos que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira tinham como importantes, e que nortearam as suas ações:

... a incapacidade da psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, de dar conta, isoladamente, da questão da loucura; da inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica, e o direito dos portadores de transtornos mentais de terem cidadania reconhecida... (ALVES, 2001, p. 169).

Transportando esses pontos para a demanda geral em Saúde Mental, isto é, incluindo neles os transtornos mentais leves, diríamos que a psiquiatria e qualquer outro ramo do conhecimento, isoladamente, não são capazes de dar conta da demanda em Saúde Mental. Os ambulatórios, por exemplo, na sua forma de funcionamento tradicional, são inadequados para trabalhar a complexa rede de necessidades de saúde que se apresenta sob a capa da demanda por tratamentos mentais.

Domingos opina que a Integralidade entra, na história das mudanças por que passou a Saúde Mental, na “... condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio e [...] ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício” (ALVES, 2001, p. 170).

Ao considerar que as críticas citadas levam à conclusão de que “... o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico” (ALVES, 2001, p. 170), Domingos lança a pergunta: “que modelo adotar para atender à integralidade?” (ALVES, 2001, p. 170).

Domingos, acompanhando o trabalho de Benedetto Saraceno, diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, diz que devemos abandonar a idéia de “modelo”, e adotar a de “premissas”, sendo a que melhor caracteriza um serviço de Saúde Mental é a acessibilidade. A acessibilidade de um serviço é dada pela conjunção de facilidade geográfica de acesso, turnos de funcionamento e pelo diversificado menu de programas oferecidos, dos quais a assistência é apenas um deles. (ALVES, 2001).

Domingos lembra que a Integralidade está presente nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Política de Saúde Mental, dando como exemplo as portarias 189/91 e 224/92. Domingos transcreve um dos itens da Lei 10.216, de 06/04/2001, a chamada “Lei Paulo Delgado”, que diz:

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros (Lei 10.216, citado por: ALVES, 2001, p. 171).

Compreende-se a necessidade da Reforma Psiquiátrica e do legislador em focalizar o problema na Internação Psiquiátrica, mas a concepção de assistência integral deve estender-se a todos os que procuram os serviços de Saúde Mental. Porém, dentro do campo da internação psiquiátrica, como promover uma assistência integral em regime de privação de vínculos?

O autor cita os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como “... o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico” (ALVES, 2001, p. 171). Mas, para que desenvolvam a Integralidade, os CAPS “... têm que atender aos postulados de acessibilidade” (ALVES, 2001, p. 171) e levar em conta na sua atuação que:

Se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as ‘crises’ devem ser enfrentadas, resultado que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de sua família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social (ALVES, 2001, p. 171).

Domingos, ao insistir na oferta diversificada de programas, evitando a seleção, diz que um dos obstáculos para a mudança que isso representa é “... a grande dificuldade dos profissionais para renunciar a ‘um’ papel específico – afinal são especialistas e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil” (ALVES, 2001, p. 172). Para tentar superar esta dificuldade, vinda da formação, Domingos defende o investimento nas pós-graduações e nas supervisões dos serviços.

Domingos cita, também, o Programa Saúde da Família (PSF), como a estratégia radical de mudança do Modelo Assistencial em Saúde e que deve ter a atenção dos profissionais de Saúde Mental. Seria interessante, dada a relevância do assunto, uma maior especificação, por parte do autor, a respeito da seguinte afirmação: “No campo da saúde mental, alguns sanitaristas e especialistas ainda divergem quanto à pertinência e eficácia do Programa” (ALVES, 2001, p. 172).

Domingos diz que não há contradição entre a estratégia do PSF e os postulados da Reforma Psiquiátrica, estando presentes a Integralidade e a “... noção do problema enquanto conjunto, aí incluídos o indivíduo, sua família e seu meio social” (ALVES, 2001, p. 173).

Domingos parte, então, para examinar as divergências entre alguns formuladores da Reforma Psiquiátrica, que não cita, e o PSF.

O autor expõe dois problemas em relação ao PSF, sendo o primeiro a sua tendência para repetir o modelo médico biológico, com “... hierarquia na relação de conhecimento e ‘mando’, tão nefasta à prática da saúde pública” (ALVES, 2001, p. 173). Domingos cita as práticas da Saúde Mental que tentaram superar essas hierarquias e relações de poder. De fato, uma das ações da Saúde Mental no PSF é fazer aparecer as relações entre os diversos atores que constituem as práticas de saúde: profissionais/usuários/gestores.

O outro problema citado por Domingos, vindo, portanto, daqueles que fazem questionamentos ao PSF e/ou à entrada da Saúde Mental no PSF, é a “... possibilidade de se criar uma demanda impossível de ser atendida...” (ALVES, 2001, p. 173). Domingos opina que este problema é “... irrelevante [...], pois ao se entrar ‘nas famílias’, problemas psicológicos de toda ordem serão encontrados, e do ponto de vista ético, deverão ser atendidos” (ALVES, 2001, p. 173). Também considero irrelevante tal argumento, mas acrescentaria ao comentário de Domingos que a questão foi levantada por quem supõe que a demanda suscitada seria atendida nas formas tradicionais, ambulatoriais. Não se trata disso, nas ações de Saúde Mental no PSF, e sim de buscar outras formas, comunitárias, coletivas, de lidar com a demanda. Redes e não consultas.

Domingos encerra seu trabalho com uma convocação que contém diretrizes:

Está colocado para nós um bom desafio: nos incorporarmos ao PSF, valendo-nos do que ele tem de inovador e reorganizador da assistência e contaminá-lo com nossa prática exitosa de compartilhar saberes e olhar os problemas em conjunto, para cuidar de forma integral (ALVES, 2001, p. 174).

Em 2004, Domingos Sávio publicou um trabalho, junto com Ana Paula Guljor, em que desenvolvem o problema do Cuidado em Saúde Mental. (ALVES & GULJOR, 2004).

Como forma de introduzir o problema, situam as origens do modelo do qual tentamos nos afastar nas “... premissas balizadoras da constituição do modelo assistencial tradicional em saúde mental. A principal delas é a que fundou o hospício, no século XVIII: ‘é preciso isolar para conhecer, conhecer para intervir’” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 221). A ciência

justificou o isolamento e colocou o fenômeno da loucura sob o rótulo da doença. Até hoje estão sendo transcritos modos de perceber e viver a existência, loucos ou não, para o encobridor conceito de doença. Os autores criticam, também, no modelo assistencial tradicional, a descontinuidade do cuidado a que são submetidas as pessoas que são internadas, que perdem duplamente seus vínculos terapêuticos: ao serem internadas e ao saírem da internação.

Ao descrever este modelo assistencial tradicional, que está inserido na lógica manicomial, Domingos e Ana Paula incluem os “... dispositivos de assistência ambulatorial pautados exclusivamente nas consultas médicas e psicológicas, cujo respaldo teórico é o paradigma racionalista problema-solução, sendo o objeto cuidado a ‘doença mental’...” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 223).

Os autores criticam o preventivismo presente na alternativa para o modelo centrado no Hospital Psiquiátrico, ao mostrar os aspectos controladores que inspiraram a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, destacando que esta “... não questionava o modelo racionalista que sustentava as práticas exercidas no manicômio” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 225).

Semelhante crítica recai sobre a disseminação dos ambulatórios ocorrida no Brasil da década de 70 em diante. Não contribuindo para a mudança do modelo assistencial, o aumento do número de ambulatórios “... produziu um dispositivo que manteve a lógica massificadora da assistência encontrada no hospital psiquiátrico” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 225). O aumento da rede ambulatorial, além de não mudar o modelo assistencial, colaborou para a ampliação desregrada do uso de psicofármacos e para o aumento da demanda de internações psiquiátricas, acentuando o papel controlador da psiquiatria. (ALVES & GULJOR, 2004). Também referem-se a uma “psicologização” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 226) que ocorreu a partir, igualmente, da década de 70, atingindo-nos ainda hoje, que vemos como a pretensão de que os problemas de Saúde Mental seriam resolvidos com as psicoterapias. Mesmo modelo, mesmo engano.

Para situar o conceito de cuidado em Saúde Mental, objetivo do trabalho, contextualizam a questão na Reforma Psiquiátrica, que definem como: “... o processo social que engloba a mudança nos paradigmas do cuidado em saúde mental, significativas transformações culturais e a conseqüente convalidação jurídico-legal dessas conquistas” (ALVES & GULJOR, 2004, p. 226).

Domingos Sávio e Ana Guljor, ao especificarem o conceito de cuidado, fazem-no de forma a identificar nele quatro “... premissas fundadoras...” (ALVES e GULJOR, 2004, p.

227): a liberdade, que nega o isolamento; a integralidade, que nega a seleção; o “... enfrentamento do problema e do risco social (ou da desvantagem) em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, ao diagnóstico” e “... a incorporação permanente do papel de agenciador [...] negação do ato freqüente de ‘encaminhar’” (ALVES e GULJOR, 2004, p. 228).

Os autores chamam a atenção para a noção de autonomia, que deve entrar na concepção do cuidado. Referindo-se a Kinoshita, os autores definem autonomia como a “... capacidade do sujeito de gerar normas para a sua vida, conforme as situações com as quais se confronte” (ALVES e GULJOR, 2004, p. 228).

Outra observação dos autores, de importância para o cuidado, é considerar fora de propósito o conceito de cura, que mostra o determinismo da medicina e isola o sofrimento do contexto vivido. Antes de entrar nas estratégias para a realização do cuidado, os autores afirmam a necessidade do papel de agenciador, a ser incorporado pelas equipes. Não mais encaminhar, mas acompanhá-lo, executar a intermediação, tomar a responsabilidade. (ALVES e GULJOR, 2004).

Comentando as estratégias, para que os serviços de Saúde Mental estejam dentro de uma política de saúde que privilegia as necessidades da população, os autores reafirmam que a noção de acessibilidade é fundamental, e que mesmo o ambulatório pode incorporar as características da acessibilidade. (ALVES e GULJOR, 2004). Com essas noções assentadas, os autores passam a enumerar os diversos dispositivos atuais em Saúde Mental.

Definem o CAPS, dispositivo eleito pela Reforma Psiquiátrica Brasileira como prioridade para a transformação do modelo manicomial, como “... um lugar do território – ao mesmo tempo instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar e um serviço potente em si” (ALVES e GULJOR, 2004, p. 230). Os autores ressaltam que o CAPS deve ser visto não como mais um serviço, mas como um “conceito operacional”, isto é, um conjunto de diretrizes que devem ser passíveis de mudança no contato com a comunidade. (ALVES e GULJOR, 2004). O perigo que ronda os CAPS é a repetição do funcionamento manicomial, do modelo biomédico, a rigidez institucional, a burocratização.

Alves e Guljor voltam a mostrar reticências quanto à potencialidade e realidade das ações de Saúde Mental junto aos programas de Atenção Básica, apesar de manifestarem-se confiantes nas possibilidades que esses programas têm, quanto à articulação com o campo da Saúde Mental. (ALVES e GULJOR, 2004).

Quanto aos leitos de psiquiatria em Hospital Geral, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Lazer, a Cultura e o Trabalho Assistido, apontam-nos como elementos que

estão se desenvolvendo e que podem proporcionar uma abertura para um cuidado mais intenso e fora do modelo manicomial. (ALVES e GULJOR, 2004).

Finalizando, apresentam números que demonstram a gradativa substituição dos leitos psiquiátricos, no Brasil, por CAPS, numa tendência de queda do gasto com a internação psiquiátrica e elevação do investimento na rede extra-hospitalar. A redução do número de internações de pessoas que freqüentam CAPS é, no modo de ver dos autores, um bom indicador para avaliar a qualidade destes dispositivos. (ALVES e GULJOR, 2004).

Paulo Amarante e Ana Paula Guljor publicaram um trabalho, em 2005, em que criticam o processo de desinstitucionalização nos Estados Unidos, que se resumiu numa desospitalização sem que formas de cuidados comunitários tivessem sido criadas. Segundo os autores, é com Franco Basaglia que “... o conceito de desinstitucionalização começa a ser entendido como um processo de crítica prático-teórica ao saber psiquiátrico e às suas instituições” (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 66). Desta forma, chamam a atenção para o fato de que as reformas psiquiátricas não podem se resumir apenas à mudança do modelo assistencial, mas devem ser processos que envolvam a condição social das pessoas assistidas, o que pode ser identificado pela expressão “processo social complexo” (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 68), que os autores tomaram de Franco Rotelli.

Amarante e Guljor pretendem utilizar a noção de Integralidade para, no “... processo social...” (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 69) da Reforma Psiquiátrica, “... recolocar uma demanda historicamente constituída de exclusão do diferente – ou seja, para o louco, o hospício” (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 69).

Reforçam a sua crítica à desospitalização norte americana com a advertência de que, se não houver uma ligação estreita da Reforma Psiquiátrica com os movimentos sociais, ao lado de uma luta por melhores condições sociais para todos, o risco é a desassistência e o abandono. Portanto, um trabalho conseqüente de desinstitucionalização envolve as dimensões culturais e políticas.

Apontam, então, para uma discussão, sem a qual será difícil mudança efetiva: o papel da psiquiatria na Reforma Psiquiátrica. Segundo os autores,

... a questão se insere em um contexto mais amplo de problematizar, na busca de desconstruir, um mandato social dado à psiquiatria, de normalização da sociedade, que em sua vertente mais perceptível enredeça ao hospital psiquiátrico e seus instrumentos (teóricos e práticos, internos e externos à instituição) o papel de ‘dar conta’ da desigualdade e da exclusão produzidas pelo modo de produção do Estado (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 71-72).

Os autores ressaltam a importância de a Reforma Psiquiátrica constituir-se enquanto movimento social e que este indique claramente para a sociedade “... uma proposta de desconstrução/invenção de novos saberes e práticas no que tange à loucura, o ato em saúde e seu papel social” (AMARANTE & GULJOR, 2005, p. 73).

3.2 A Clínica Ampliada

Não é fortuito que Gastão Wagner inicie seu trabalho “A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada”, de 1997, com uma forte referência a Franco Basaglia. Gastão Wagner toma para si o projeto de Basaglia: “... inventar o novo, apesar das determinações ou dos condicionamentos estruturais” (CAMPOS, 2003, p. 52). Este tema estava o tempo todo presente no trabalho de Basaglia que, ao mesmo tempo em que criava condições para a invenção do novo, utilizava-se dessas condições para expor as determinações e os condicionamentos estruturais. Gastão tenta levar mais adiante a proposta de Basaglia, ao colocar o Sujeito como conceito chave da sua elaboração da “Clínica Ampliada”. Basaglia trabalhou com uma recusa da doença, uma colocação entre parênteses das ditas patologias mentais, tendo a atenção sido voltada para a “invenção da saúde” e para a “reprodução social do paciente”. (CAMPOS, 2003). O que Gastão propõe é uma “Clínica do Sujeito”, uma clínica que coloque a doença entre parênteses, mas que, depois de atender às necessidades de quem está doente, preocupe-se com a doença concreta, real, existente.

Gastão diz que “A reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade” (CAMPOS, 2003, p. 54). Esta formulação nos parece plena de possibilidades, tendo em vista que avança muito em relação à clínica que é praticada com as bases restritas do modelo biomédico, que ignora o Sujeito.

Ao mesmo tempo, trazemos o questionamento: se, em relação ao modelo biomédico, a clínica no campo da Saúde ampliou-se em direção ao Sujeito, em Saúde Mental, para uma maior ampliação, que rumo tomar? A ampliação deve se dar no sentido das relações sociais, do campo de forças político, das relações de poder, das redes.

Gastão Wagner volta a dizer da sua intenção de seguir adiante na trilha aberta por Basaglia:

... pôr a *doença entre parênteses*, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto. Senão qual especificidade teriam os serviços ou os profissionais de saúde? (CAMPOS, 2003, p. 55. Grifo do original).

O trecho citado é fértil em problemas e possibilidades. Em primeiro lugar, ao longo do texto, o autor associa os termos “sujeito”, e “paciente”, que são correlatos de “pessoa”, pelo sentido que indicam. Entendemos que não é próprio falar de “sujeito enfermo”, visto que “sujeito” é utilizado como conceito, portanto sem possibilidades de sinonímia com pessoa e paciente. O Sujeito é o conceito de referência e quem adocece é a pessoa, o paciente.

Mas Gastão propõe: “... sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto”. A afirmação contém, para a Saúde Mental, um problema e a abertura de uma potencialidade. O problema é que questionamos o conceito de “doença mental”. Portanto, ao abandonarmos o reducionismo do modelo biomédico e atentarmos para a pessoa e seu contexto, estaremos voltando o olhar para algo que também questionamos: a pretensa “doença mental”. Se não fizermos esse questionamento, cairemos novamente na armadilha de reduzir sofrimentos a doenças. A potencialidade é dada pela necessidade de atenção para os problemas específicos das pessoas que procuram os serviços de Saúde Mental.

Tome-se, por exemplo, a chamada psicose (de resto um dos maiores alvos da transcrição de um fenômeno humano em doença). Qual o trabalho concreto, para usar o termo de Gastão, que fazemos em relação à psicose? Apenas a administramos, ou devemos fazer muito mais que isso? Administrar os psicóticos fora do hospício não é mais mistério. Mas, qual a qualidade da aproximação em relação ao fenômeno-psicose que temos praticado? Qual a atenção que temos para as condições de vida das pessoas assim diagnosticadas? Percebo que a advertência de Gastão leva a essas perguntas, que é apenas um exemplo do mundo de situações que frequenta os serviços de Saúde Mental.

Percebemos que a necessidade de retirar a Saúde Coletiva de uma situação em que, apesar dos avanços, deixou de preocupar-se com a clínica, abandonando-a ao sabor do modelo biomédico, levou Gastão Wagner a uma crítica que ressoa no campo da Saúde Mental. Pois, se já temos, há muito tempo, a noção de Sujeito, não foi por isso que deixamos de fazer o mesmo que o modelo biomédico, ou seja, apelar para um saber pretensamente científico, centrado no Sujeito, como forma de desconhecer a complexidade que envolve o sofrimento humano. Teríamos, então, de um lado, uma herança de uma Saúde Coletiva que

desvaloriza a clínica e, de outro, de uma Saúde Mental que, ou hipervaloriza a clínica ou a relega, caindo, no primeiro caso, na prática clínica fechada na dupla terapeuta-cliente e, de outro, na administração dos problemas.

Gastão Wagner propõe uma certa tipologia da clínica que encontramos no dia a dia, nas práticas em saúde: Clínica Oficial, Clínica Degradada e Clínica Ampliada.

A Clínica Oficial é aquela que resulta dos ensinamentos oficiais do modelo médico, quando bem praticados. Pretendeu-se, durante muito tempo e até hoje, como portadora de excelência, mesmo desconhecendo os aspectos sociais e subjetivos da pessoa atendida. Nas últimas três décadas, segundo Gastão, a Saúde Coletiva tem produzido críticas a esse tipo de clínica, quando “Demonstrou-se que a Medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido, o que traria implicações negativas, tanto para o seu campo de saberes, quanto para os métodos e técnicas de intervenção” (CAMPOS, 2003, p. 61). O modo como o autor descreve a Clínica Oficial encaixa-se com o que é praticado em muitos ambulatórios de Saúde Mental, principalmente, mas não apenas, pela psiquiatria: abordagem mais da “doença” do que do indivíduo, mecanicismo, unilateralidade, dimensões social e subjetiva esquecidas. (CAMPOS, 2003). Estas são características do reducionismo que prevalece na Clínica Oficial, que tem como conseqüências:

... abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura - freqüentemente confundida com a simples eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais -, ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e até mesmo as de reabilitação (CAMPOS, 2003, p. 62).

Esta poderia ser a descrição de um ambulatório tradicional de psiquiatria, que ao longo das últimas décadas produziu, por exemplo, legiões de pessoas viciadas em benzodiazepínicos. Ou de ambulatórios de psicologia, que desconhecem o mundo social dos atendidos, fechados que estão na abordagem ao Sujeito individual. Em ambas as situações, ficam barradas as possibilidades de soluções coletivas para os problemas.

Este tipo de clínica tem uma relação ambígua com a população. Habituada ao modelo biomédico, a população requer e avalia esta clínica, apesar das queixas de falta de vínculo que faz. Mais uma vez, Gastão descreve os caminhos que os praticantes desta clínica estão tomando, tendo em vista as características e limitações do modelo adotado: “Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para

escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos” (CAMPOS, 2003, p. 62). Mesmo assim, esta clínica continua com “... grande capacidade de influenciar o imaginário social” (CAMPOS, 2003, p. 62). O autor atribui esta influência no imaginário social como uma articulação entre: a Clínica Oficial e a mídia; o Complexo Médico-industrial; uma função social de luta contra a morte e o sofrimento que a medicina tem, e a possibilidade que mesmo a Clínica Degradada tem de promover alívio imediato de sofrimentos. (CAMPOS, 2003). Por Clínica Degradada, Gastão Wagner entende aquela que se exerce sob pressões externas (interesses econômicos, desequilíbrios de poder) que levam a Clínica Oficial a não poder nem mesmo cumprir seu papel. A Clínica Degradada seria resultante de uma “... mescla de uma política de saúde inadequada, com um comportamento alienado de médicos que a praticam” (CAMPOS, 2003, p. 60).

Ao descrever a Clínica Ampliada, ou Clínica do Sujeito, Gastão Wagner traça uma espécie de programa. Nele, está incluído:

[...] enfrentar e derrotar esses principais nós críticos que a Clínica Oficial não tem conseguido sequer analisar e muito menos resolver
 [...] criticar a fragmentação decorrente da especialização progressiva sem cair em um obscurantismo simplista
 [...] enfrentar esse desafio não apenas se socorrendo do lugar comum pós-moderno da transdisciplinaridade
 [...] superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela
 [...] superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (CAMPOS, 2003, p.63 e 64).

Com estes elementos, Gastão pôde especificar ações organizativas, para levá-los à prática, da qual faz parte a reformulação, tanto dos vínculos entre profissionais e população como entre os profissionais, num desenho que inclui o Projeto Terapêutico, o Clínico de Referência e o Apoio Especializado Matricial. (CAMPOS, 2003).

Temos em Gastão Wagner um reforço para o nosso questionamento do conceito de doença mental, visto que ele diz que, mesmo na medicina clínica, o conceito de doença é arbitrário: “Um Ser provável, ainda que inexistente na prática” (CAMPOS, 1997, p. 64). A noção de doença serve, a princípio, para orientação e afirmação dos profissionais de saúde.

Mas, “O problema ocorre quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente, e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso” (CAMPOS, 1997, p. 64). Ao resumir o seu argumento, Gastão escreveu uma frase que é muito importante para o estudo das práticas clínicas em Saúde Mental: “Todo saber tende a produzir uma certa ontologia do seu objeto, tende a transformar o objeto de análise em um Ser com vida própria” (CAMPOS, 1997, p. 65). Encontramos semelhante formulação em Eduardo Passos e Regina Benevides: “Sem dúvida, há um enorme poder de sedução neste objeto que se designa como próprio do campo da Psicologia, o que pode nos tornar devotos dele e alheios ao que se arma à sua volta” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 7).

Gastão adverte para um duplo perigo: em primeiro lugar, a entronização da doença como um Ser leva a que, em torno dela, “... organiza-se todo um sistema de poder, uma hierarquia de guardiães, de fiéis defensores da identidade da ontologia contra a variação da vida” (CAMPOS, 1997, p. 65). Por outro lado, a crítica a essa situação não poderá desconhecer o valor do conhecimento clínico. Diríamos que a tarefa colocada para nós está em aproveitar o conhecimento clínico tradicional, dentro de uma concepção de prática de saúde que inclua o diverso, a subjetividade, o social, a surpresa e a criação coletiva.

Gustavo Cunha (CUNHA, 2005), num livro resultante de sua dissertação de mestrado, orientada por Gastão Wagner, utiliza a noção de Clínica Ampliada para criticar o modelo clínico ainda hegemônico, o biomédico, e propor que, na estratégia da Atenção Básica, gestão coletiva e Clínica Ampliada potencializem-se e colaborem para a mudança das práticas clínicas. O autor adverte que não basta que sejam implantadas as ações de Atenção Básica, com toda a sua orientação de concepção ampla dos problemas de saúde, para que a clínica se modifique no sentido que corresponderia a essa visão. Sendo assim, é necessário que a gestão coletiva, no caso, a co-gestão (CAMPOS, 2000), e a Clínica Ampliada articulem-se para proporcionar a mudança no sentido, tanto de um novo desenho assistencial, como de uma clínica não restrita ao biológico. Diríamos, também, não restrita ao Sujeito, mas supondo a produção de subjetividade.

Em que pese o grande avanço que a noção de Clínica Ampliada traz, pensamos que, se em lugar do conceito de Sujeito, adotássemos o de produção de subjetividade, esta noção teria mais abrangência e força.

Em Saúde Mental, o centramento das preocupações clínicas no Sujeito levou a um outro reducionismo, que tende a desconhecer as relações familiares, sociais, políticas e econômicas que envolvem a queixa “psíquica”. Parece-nos que esse fenômeno aconteceu e acontece devido exatamente às conseqüências da adoção do conceito de Sujeito.

O conceito de Sujeito, tomado da psicanálise, envolve muitas vezes uma restrição da amplitude de suas determinações, que o transforma numa entidade reduzida e transcendente. Por isso, preferimos o conceito de produção de subjetividade, que amplia a compreensão da formação da subjetividade, torna-a imanente em relação ao jogo de forças do campo social amplo, supondo-a exposta à multiplicidade. Ao invés de Sujeito, Guattari propõe o termo “agenciamento coletivo de enunciação”, que mostra uma subjetividade produzida na articulação de múltiplos elementos (individuais, grupais, microssociais, maquínicos, sociais, tecnológicos, ecológicos, etológicos, etc), com isso evidenciando a produção de subjetividade através das instâncias sociais. (GUATTARI, 1986).

A psicanálise, segundo Deleuze e Guattari, tratou de reforçar a visão de que haveria apenas uma forma (ou fôrma?) de produção de subjetividade, através de Édipo, que ficou como redutor universal da criação de subjetividade. Os autores apresentam a tese, em “O AntiÉdipo” (DELEUZE & GUATTARI, 1976), de que esta operação da psicanálise é um mecanismo de encobrimento das múltiplas formas de subjetivação possíveis. De uma psicanálise então personológica e familiarista (únicas formas de supor o Sujeito e seus “tratamentos”), devemos passar para práticas e concepções da subjetividade, que incluam a multiplicidade, o que amplia as possibilidades de criação. Parece-nos que as postulações de Gastão Wagner ganhariam mais força, na mesma direção para onde encaminham as suas propostas, considerando-se os processos de produção de subjetividade, e não a essencialização psicanalítica que forjou o conceito de Sujeito.

3.2.1 Gestão e Clínica

É necessária uma abordagem das relações entre as formas de gestão e o exercício da clínica. Esta relação estará presente em todas as análises da produção das práticas clínicas em Saúde Mental.

Na história da Saúde Pública que traçamos, vimos que a gestão do que era considerado problema coletivo de saúde era da alçada de poucas pessoas, representantes do poder, que decidiam pela coletividade. A clínica, exercida nos primórdios das preocupações com a Saúde Pública, desenvolveu-se de modo correlato às demandas do poder, conformando-se a ele e atendendo mais às suas necessidades, do que àquelas das populações. Os modos de encobrimento dos mecanismos de poder trabalharam sempre no sentido de

isolar gestão de clínica, como se fossem práticas isoladas e independentes. Ainda vemos este fenômeno, hoje, na maioria das unidades de saúde. Quando a gestão do ambiente de trabalho em saúde está afastada da clínica que é exercida, esta permanece, no seu isolamento, sem possibilidade de questionar-se. A tendência é de os profissionais também isolarem-se na repetição do “habitual”, sem troca, sem potencialização.

As relações entre gestão e clínica, em Saúde Mental, estão estabelecidas desde meados do século XX, quando diversas experiências apontaram para a influência do trabalho de organização do ambiente institucional na condução e nos resultados da clínica praticada.

As práticas, no pós-guerra, já apontavam para a questão da gestão, que pese ser a clínica, então, o centro das atenções. Desde a década de 70, vários autores estabeleceram, cada um a seu modo e, enfocando aspectos distintos, que as práticas clínicas em Saúde Mental estavam em relação direta com a forma de gestão do ambiente onde eram exercidas. Percebemos que alterar as práticas clínicas dos hospícios teria um limite muito estreito, caso a gestão deles não fosse alterada, democratizada. E que, por outro lado, mudar a gestão dos hospícios significava incidir no questionamento da clínica neles praticada.

Maxwell Jones, na Inglaterra, com as Comunidades Terapêuticas, François Tosquelles, na França sob domínio nazista, depois Jean Oury, René Lourau, Felix Guattari e outros, também na França, com a Psicoterapia Institucional e a Análise Institucional, David Cooper e Ronald Laing, na Inglaterra, já na década de 60 e Franco Basaglia, na Itália, desenvolveram práticas que incluíam de modo determinante a modificação da gestão dos locais de internação. Ao sair da hierarquia totalitária para formas cada vez mais horizontais de organização, tentavam formas de potencializar a dinâmica institucional, diminuindo seu papel iatrogênico e possibilitando que o ambiente pudesse tornar-se terapêutico. Mesmo que em algumas dessas experiências o ponto de partida tenha sido a clínica, o questionamento da gestão tornou-se imperativo. O conjunto dessas experiências, diversas, muitas vezes mantendo algumas discordâncias, indicou muitos caminhos entre a gestão e a clínica.

Gastão Wagner argumenta, para sustentar a sua posição que afirma a necessidade da gestão coletiva da produção em Saúde, algo que é muito semelhante ao que descrevemos a respeito do que ocorreu na Saúde Mental e que reforça as relações entre gestão e clínica:

... durante os processos de produção de bens ou serviços (com um certo valor de uso) ocorre, de modo simultâneo, a co-produção de Sujeitos e de Instituições. [...] ...sendo assim, por que não se montar sistemas de gestão objetivando tanto a produção de bens e serviços quanto dos Sujeitos e dos Coletivos Organizados para a Produção? (CAMPOS, 2003, p. 13).

Produzir clínica sem questionar a produção coletiva dos profissionais que a exercem, leva à reprodução mecânica do modelo biomédico ou de outro modelo que se queira implantar sem crítica. Pensar e praticar juntos gestão e clínica, deve levar ao constante questionamento de todos os envolvidos no trabalho em Saúde.

A Reforma Psiquiátrica brasileira desenvolveu-se, desde seus inícios, sob influência desses autores estrangeiros e suas experiências, tendo sido as práticas de transformação das formas de gestão dos hospitais psiquiátricos, ao lado das tentativas de mudanças na clínica que era exercida, a grande escola inicial dos seus militantes. A influência de Basaglia foi decisiva, na Saúde Mental, no Brasil, ao questionar o conceito de doença mental, insistindo na abordagem, ao invés da “doença”, na “experiência sofrimento”. Basaglia também trouxe a observação do que acontecia na Saúde Mental para o campo da análise econômica, com o processo de exclusão operado pelo capitalismo. Basaglia explicitou como a Psiquiatria servia como produção de exclusão, ao reproduzir a exclusão do modo de produção capitalista. Esta foi a marca radical de Basaglia.

As diretrizes do SUS instigam para a necessidade de articulação entre gestão e clínica, mas só recentemente alguns autores trabalharam para desfazer a cisão que ocorreu entre um pensamento, em Saúde Coletiva, que atenta mais para a clínica e outro que se preocupa mais com a gestão.

Ao articular conceitos vindos da tradição citada acima com outros da organização do trabalho, da política, da filosofia, da psicanálise, Gastão Wagner Campos (CAMPOS, 2000) faz uma sistematização do conhecimento a respeito da correlação entre a forma de gerir e o produto do trabalho, apresentando influências do campo da Saúde Mental. Este estudo reveste-se da maior importância para as ligações entre Saúde Mental e Saúde Coletiva, principalmente no âmbito das relações institucionais que se desenvolvem no dia a dia das unidades de saúde.

Para o interesse da pesquisa que ora fazemos, ressaltamos que o autor pretende, com seu “Método da Roda”, destacar a dimensão de produção de subjetividade que tem a organização do trabalho. Nos seus próprios termos: “... e se a gestão e o planejamento assumissem, explicitamente, como tarefa, trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados?” (CAMPOS, 2000, p. 13). Trata-se de os coletivos de trabalho, nas unidades de saúde, terem clareza de que, de uma forma ou de outra, pelo método vertical/autoritário ou pelo que Gastão chama de co-gestão, o

que está sendo produzido, junto com o produto final, a assistência, por exemplo, são subjetividades. E as subjetividades produzidas influem de maneira determinante no produto final. O autor define co-gestão como a

... construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições; as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos (CAMPOS, 2000, p. 232).

Para chegar à proposta da co-gestão dos coletivos organizados para a produção, o autor parte de uma crítica ao taylorismo. Este modo autoritário de organizar a produção traz suas influências, até hoje, ao setor saúde. Gastão Wagner diz que a “... racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria” (CAMPOS, 2000, p. 23). Comando e controle são os termos que Gastão usa para definir o método taylorista de gerência. É o que vemos na maioria das unidades de saúde: gerenciamento piramidal e obediência cega, com suas conseqüências: alheamento do profissional em relação ao trabalho coletivo, insatisfação surda (por vezes com surtos de ruídos), atritos interpessoais não esclarecidos, descarga dos conflitos nos usuários, clínica sem questionamento e sem potência de mudança, produção de alienação e sofrimento entre os trabalhadores em saúde.

Ao descrever o segundo e o quarto princípio da teoria taylorista, Gastão parece expor o que predomina atualmente nas unidades de saúde. Segundo princípio: “separação entre trabalho intelectual, o momento da concepção, do de execução” (CAMPOS, 2000, p. 24). Quarto princípio: “centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa” (CAMPOS, 2000, p. 13). Qual a clínica que pode ser praticada, por exemplo, em Emergência Psiquiátrica, num Pronto Socorro em que não há nenhuma forma de discussão coletiva a respeito do trabalho (nenhum espaço coletivo de discussão), as decisões institucionais “descem” como que vindas de um Castelo kafkiano, as relações entre as diversas categorias profissionais são regidas pelo acaso dos encontros ou das ordens sem discussão?

Gastão Wagner propõe, com o Método da Roda, a constituição e o fortalecimento do que denomina Coletivos Organizados para a Produção, o que significa “... construir capacidade de análise e de co-gestão, para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (CAMPOS, 2000, p. 36). Portanto,

o autor conceitua, organiza em proposta e exemplifica vastamente o que, nas práticas da Saúde Mental, tentamos fazer no cotidiano.

Ao propor-se a uma “... reconstrução, conceitual e prática, do trabalho” (CAMPOS, 2000, p. 48), Gastão indica que, no Método da Roda, deve-se, sempre, “Repetir a mesma pergunta: que valores de uso estão sendo produzidos em tal ou qual processo? A que necessidades atendem?” (CAMPOS, 2000, p. 49). Esta é uma diretriz básica para a análise dos processos de produção das práticas de saúde. Por exemplo: o que estamos produzindo ao atender sem questionamento à demanda de consultas de psiquiatria? O que estamos produzindo, ao atender sem questionamento à demanda a respeito das “dificuldades de aprendizagem”? O que estamos produzindo ao utilizar a medicação como meio “terapêutico” predominante ou único nas Emergências Psiquiátricas? Quais os reais produtos dessas práticas?

Para responder a estas perguntas, necessariamente os trabalhadores da saúde devem, segundo o Método da Roda, através da discussão coletiva, dar novo significado ao próprio trabalho: assumi-lo como função constituinte de sua subjetividade e com importância social relevante. Gastão denomina de “Fator Paidéia” a “Essa potência específica da co-gestão de influir sobre a produção de subjetividades...” (CAMPOS, 2000, p. 14). Paidéia, segundo Werner Jaeger, citado pelo autor, é “... uma noção clássica da democracia ateniense e refere-se à formação integral do Ser Humano” (CAMPOS, 2000, p. 14).

Para valorizar a discussão coletiva a respeito do trabalho em saúde, o autor chama a atenção para dois conjuntos de interesses que podem sobrepor-se, ou não: os das pessoas assistidas e os dos funcionários encarregados da assistência. Caso não haja discussão coletiva que possa dar conta dos conflitos existentes entre esses dois grupos de interesses, a tendência é que, como no taylorismo, as necessidades de sobrevivência dos funcionários sejam o único fator que os liga ao trabalho. O problema é quando esse trabalho tem como objeto pessoas que necessitam de atendimento.

Porém, para a efetivação das Rodas, entram em jogo forças opostas. Uma que, analisando a situação, “... tomando o saber como referência” (CAMPOS, 2000, p. 80), tende a analisar as situações e a agir e, outra, que se traduz numa “Vontade de não-analisar” e “... não fazer” (CAMPOS, 2000, p. 80). Estes pólos opostos estão sempre presentes, em proporções variáveis, em todos os coletivos. O estímulo do pólo que analisa e quer agir, sem desconhecer e aprendendo com as motivações do outro pólo, é uma das tarefas de quem quer ativar os coletivos.

O autor mostra suas diferenças em relação a Guattari, apesar de valorizá-lo e utilizá-lo, quando, por exemplo, diz que o autor francês tem “Um pensamento unicista e não dialético” (CAMPOS, 2000, p. 73). Porém, as suas postulações coincidem com o trabalho de Guattari em muitos pontos. Ao tratar das possibilidades de mudança, mostra seu investimento na micropolítica, dizendo mesmo que “O exercício do governo pelos dominados não pode depender da condição de serem guindados à posição de grupo hegemônico” (CAMPOS, 2000, p. 85). A consequência dessa forma de pensar e agir leva-nos a uma prática que reconhecemos como semelhante àquela inspirada em Deleuze/Guattari. Por exemplo, quando Gastão fala que “A expressão coletiva (ampla) de contradições somente é possível mediante a ocupação de espaços particulares, ou microssociais” (CAMPOS, 2000, p. 85). Nesta mesma direção, Gastão afirma que “... a nova sociabilidade desejada por um Coletivo começa a ser construída dentro de seu próprio limite de governabilidade” (CAMPOS, 2000, p. 85). Isso significa que, no nosso modo de ver, ao praticar a gestão coletiva e caminhar no sentido de expandi-la em diversas direções, sem que isso tenha necessariamente como consequência e meta a ocupação de postos oficiais de poder, estamos praticando, nos pequenos espaços, mas disparando processos de mudança, o que entendemos como a organização da sociedade conforme a desejamos.

Para a execução do Método da Roda, Gastão vale-se de instrumentos de achatamento da pirâmide da gestão tradicional: as reuniões de equipe, a gestão colegiada, as assembleias, os instrumentos que quebrem as barreiras das especialidades. Todos investindo na produção de grupos-sujeito, na análise coletiva da realidade e na “... organização de redes de poder co-geridos” (CAMPOS, 2000, p. 158)

Gastão, no que diz respeito à operacionalização do Método da Roda, diz que ele tanto

... pode ser auto-aplicável, quanto contar com a figura de um ou mais Apoiador Institucional. No primeiro caso, a direção e as Equipes auto-aplicariam o Método na co-gestão de suas próprias Unidades de Produção; no segundo seriam apoiados por agentes externos (CAMPOS, 2000, p. 186).

Apesar de dizer que ter ou não ter o Apoiador Institucional traz vantagens e desvantagens e que os coletivos podem auto-aplicar o Método, Gastão desenvolve seu raciocínio apenas para o caso em que existe a figura do Apoiador Institucional, que na Saúde Mental tomou a denominação de Supervisor Institucional. Este não é um problema simples, visto que a grande maioria das Unidades de Saúde não conta com Apoiador ou Supervisor

Institucional. Geralmente, deixadas ao sabor de suas próprias iniciativas, as equipes costumam caminhar em círculos, apesar das exceções e do grande esforço de criatividade. Ou apesar de, às vezes, ao caminhar em círculos, encontrarem linhas de fuga que as faça criar. Porém, preocupa-nos a necessidade de as equipes terem, a cada passo, que inventar ou descobrir, por si mesmas, conceitos e práticas que em outros lugares já são de uso corrente. A pergunta que é preciso responder é: qual seria a estratégia, para que as equipes capacitem-se para a execução do Método da Roda, sem a presença do Apoiador Institucional ou Supervisor Institucional? Isso, na falta de possibilidades concretas de existir um Apoiador Institucional ou Supervisor Institucional para cada equipe. Uma opção seria usar uma das funções da estratégia da Educação Permanente. Esta proposta de mobilização do SUS inclui a capacitação de pessoas envolvidas no trabalho das unidades de saúde (profissionais, gestores, população, estudantes e professores), para incidir na dinâmica institucional de forma a, por exemplo, estimular a co-gestão.

Propondo-se a pensar o trabalho em Saúde, analisando numa só operação a gestão e a produção de cuidado, Emerson Merhy, no seu livro “Saúde: a cartografia do trabalho vivo” dedica-se a “... refletir sobre o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002, p. 13). A intenção do autor, bem como a nossa, é proporcionar um debate em torno de conceitos que possam produzir o que chama de “transição tecnológica” no campo da Saúde, definida essa transição como “... a presença de novas tecnologias, que sinalizam ‘movimentos’ nos processos produtivos” (MERHY, 2002, p.20). Esta transição viria das tecnologias leves, isto é, “... as que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário” (MERHY, 2002, p. 29), complementares e muitas vezes concorrentes com as tecnologias leve-duras, que são as que estão consagradas enquanto saberes, e com as tecnologias duras, que são aquelas dos “... equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais” (MERHY, 2002, p. 49). Portanto, mais um autor da Saúde Coletiva dedica-se a articular conceitos da sua área com aqueles vindos da Análise Institucional.

Merhy traz da teoria marxista o conceito de “trabalho vivo em ato”, definindo-o como aquele que “... é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima...” (MERHY, 2002, p. 45), ainda que com diferentes níveis de condicionamento proporcionado pelo trabalho morto. O trabalho morto apresenta-se como aqueles componentes de que necessitamos para a realização do trabalho vivo, mas que já estão realizados, isto é, tornaram-se insumos, aparelhos, saberes, que são utilizados para a

execução do trabalho vivo. O que acontece na área da Saúde é que o valor e a potência do trabalho vivo em ato são enormes, visto que é realizado na presença do consumidor/usuário. Sendo assim, as tecnologias leves tomam uma importância determinante: são elas que informam as mudanças nas formas tradicionais, autoritárias, hierárquicas, de gestão, como também estão presentes de modo decisivo nas relações entre os trabalhadores da saúde e entre eles e os usuários.

Merhy define como foco de seu estudo, no livro citado, “... o campo dos processos produtivos em saúde no momento do ato de cuidar e sua organização no interior dos estabelecimentos, em sua dimensão organizacional” (MERHY, 2002, p. 36). Esta definição é semelhante ao propósito desta dissertação, que utiliza os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade para potencializar a discussão a respeito da produção das práticas clínicas em Saúde Mental, contribuindo para a transição tecnológica que esperamos esteja em curso. O fator gestão, em sua correlação com a produção de atos de saúde, objeto do livro de Merhy, sempre está presente, enquanto alvo de nossas atenções, como um elemento determinante para as possibilidades de efetivação da Integralidade, da Clínica Ampliada e da Transdisciplinaridade. Esta nossa forma de ver em muito coincide com o que Merhy define como o centro do seu trabalho, que é “... pensar e agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde, como lugar de uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo” (MERHY, 2002, p. 37).

Explicitando a dimensão política da situação em que estamos inseridos, Merhy, citando Gastão Wagner, define como prioridade do movimento sanitário, na atualidade, “... atuar no dia-a-dia dos serviços de saúde, procurando configurar um modelo de atenção que se ordene pela radical defesa da vida, advogando que esse é um dos principais lugares para o confronto com os projetos neoliberais” (MERHY, 2002, p. 32).

Ao descrever as potencialidades do trabalho vivo como elemento de transformação na área da Saúde, bem como as capturas que sofre pelo trabalho morto, com suas formas organizacionais tayloristas, Merhy fornece material, tanto para criticar as repetições que atuam do lado do controle biopolítico, como para articular os meios que produzam a transformação.

A alteração nas formas tradicionais de gestão (autoritárias, hierarquicamente rígidas, centralizadoras) tornou-se parte da cultura da Reforma Psiquiátrica, com progressiva consolidação e teorização. Está generalizada a prática de reuniões regulares de equipe, reuniões de mini-equipes que trabalham projetos terapêuticos, assembleias de trabalhadores, usuários e familiares. Enfim, a prática associativa e participativa é de uso corrente nas

unidades e Programas de Saúde Mental. Esse passo está dado de modo bastante extenso. Porém, se esta prática serve de base para as transformações, não são “a” transformação. Aponto para o perigo de um novo fechamento que ocorre nas equipes: o esgotar-se das tentativas de transformação na própria mudança das formas de gestão, sem que as reais modificações cheguem aos usuários: os processos instituintes estão sempre em vias de consolidarem-se em novas formas rígidas de gestão.

Nos trabalhos citados não foi encontrada a explicitação de que a prática da Clínica Ampliada esbarra nas difíceis condições de trabalho dos profissionais de Saúde e que deve provocar a discussão a respeito das mesmas. Os baixos salários, o desestímulo à gestão participativa e à ativação de reuniões que discutam gestão e clínica colaboram para a manutenção do modelo biomédico, onde tudo pode ser feito às pressas e sem comprometimento.

3.3 A Transdisciplinaridade

3.3.1 Do nascimento das especialidades e dos especialismos

Após a Segunda Grande Guerra Mundial, aconteceram reformas em vários segmentos sociais: desde a escola, passando pelas fábricas, pela família, às instituições em geral. Toda uma produção de especialidades se faz, para tentar lidar com as demandas de cada setor da realidade, partes da grande teia social. Os especialismos, assim, surgem com seus arcabouços teóricos, tecnológicos e práticos, criando a falsa certeza de que as questões que eram apontadas nestes segmentos sociais se davam dentro de uma ordem identitária. Isto é, se acontecia um problema com a escola, seria preciso reformar a escola - como se esta estivesse distante dos assuntos públicos, das efervescências político-sociais. Os especialismos participaram da composição que tendeu a moldar subjetividades alienadas, territorializando as questões dentro de esferas bem delimitadas para as suas abordagens. Passou-se a estimular a formação de profissionais especializados para resolver problemas em cada universo abalado, retirando da reflexão a dimensão coletiva desses problemas.

As especialidades tornaram-se objeto de consumo: todos consumindo idéias e práticas, para aliviar as tensões daquilo que faz parte de um campo social que se pretende ignorar.

3.3.2 Processos de Subjetivação e especialismos

Cecília Coimbra, em “Guardiães da Ordem, uma viagem pelas práticas psi no Brasil do ‘Milagre’” (COIMBRA, 1995), estuda os processos de subjetivação que foram colocados em ação no Brasil pós-golpe de 1964. Subsidiário do capital internacional, o Regime Militar divulgou maciçamente que a felicidade seria alcançada por quem tratasse de sua vida particular, tentando ascender socialmente, esquecesse a atividade política e fizesse do consumo a sua meta e o seu alívio. Deu-se, portanto, uma ênfase no intimismo: atitude na qual as pessoas preocupam-se apenas com as histórias das suas vidas, deixando o mundo público de lado. Este intimismo está ligado à cultura psicológica, em que tudo é reduzido ao psiquismo e a uma cultura da interioridade, numa exacerbação do mundo privado. As categorias políticas são transformadas em categorias psicológicas e há um esvaziamento político, com a psicologização do cotidiano e da vida social. Trata-se do “discurso psi”. O especialismo “psi” teve um grande desenvolvimento no Brasil, da década de 70 em diante, com a redução à explicação psicológica de fenômenos e comportamentos sociais e coletivos.

3.3.3 A Clínica, a Instituição e a Transdisciplinaridade

Para discutir a ruptura com os especialismos e novas atitudes na Clínica, numa perspectiva da Transdisciplinaridade, tomamos inicialmente o texto de Eduardo Passos e Regina Benevides, de 2000, “A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade” (PASSOS & BARROS, 2000). Nele, vemos que os especialismos caracterizam-se por definirem um objeto específico, seu, próprio, separado do sujeito que o examina. A pesquisa-ação, proposta por Lewin, tentou romper com a pretensa neutralidade do pesquisador, que se vê como agente de mudança, mas mantém a “... visão dicotomizante no que se refere à relação teoria-prática e à relação sujeito-objeto” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 72) e a intenção conscientizadora.

A psicanálise e os movimentos políticos anticentralistas da década de 60 forneceram elementos para o questionamento da perspectiva conscientizadora da pesquisa-ação, culminando com a ruptura política e cultural, proporcionada pelo movimento cujo auge foi o Maio de 68. Um novo contexto para a política e para a clínica estava colocado e a pesquisa-intervenção surge para “... produzir outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73). Para isso é necessária uma nova noção de instituição, que passa a significar o “... processo de produção constante de modos de

legitimação das práticas sociais” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73) e não mais associada à noção de estabelecimento. A pesquisa-intervenção, estabelecida pela Análise Institucional Socioanalítica, na França, visa a “... interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições [...] e produzir evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73). Como metodologia dessa nova forma de agir nas instituições, Passos e Barros indicam que a Análise Institucional “... estava baseada, portanto, numa argüição que desmanchasse os territórios constituídos e convocasse a criação de outras instituições” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73).

A pesquisa-intervenção incorporou a criação ou o aproveitamento de analisadores, conceito-ferramenta formulado por Guattari: “Os analisadores seriam acontecimentos - no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe.” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73).

Modifica-se também a forma como é encarada a implicação, noção que já estava colocada na pesquisa-ação. Há uma maior recusa da neutralidade. Para Eduardo Passos e Regina Benevides, a nova forma de lidar com a implicação “... inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isto implica” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73). Esta atitude tenta romper “... as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73).

Ocorre, na formulação que estamos descrevendo, uma ruptura com sedimentadas formas de agir em ciência: as que supõem uma nítida diferenciação entre sujeito e objeto, estabilizados em identidades. Pelo contrário, “A pesquisa-intervenção [...] mostra-nos que ambos - pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento - se constituem no mesmo momento, no mesmo processo.” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73). Como consequência que envolve as bases para o conceito de Transdisciplinaridade, temos que “Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos, que se revezam” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74).

Numa teorização que podemos estender para o que acontece na produção das práticas em Saúde, os autores dizem que, se em Lewin “... a gênese social do objeto da pesquisa precede à gênese teórica e metodológica [...], na proposta da Análise Institucional gênese teórica e social são indissociáveis” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73). Se o “... momento da pesquisa é o momento da produção teórica e, sobretudo, de produção do objeto e daquele

que conhece” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73), então, na produção das práticas em Saúde, constituímos o objeto no momento mesmo da realização das práticas. Esta afirmação tem conseqüências importantes para a análise do que fazemos no dia a dia dos estabelecimentos de Saúde Mental, enquanto transcrição de sofrimento em objeto-doença, por exemplo.

3.3.4 O Conceito de Transdisciplinaridade

O conceito de Transdisciplinaridade pretende ultrapassar tanto a multi, quanto a interdisciplinaridade. Pode-se definir multidisciplinaridade como “... o movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada” exigiria diferentes olhares (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74), e interdisciplinaridade como o movimento de criação de uma zona de interseção entre disciplinas, “... para a qual um objeto específico seria designado” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74). O que constatamos permanecer, tanto na multidisciplinaridade como na interdisciplinaridade, é a “... manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74). Perduram, portanto, os especialismos.

Para a definição e para o trabalho com a Transdisciplinaridade, os autores pretendem chegar a “... romper com as dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, natureza-cultura”, o que “... implicaria a constituição de planos onde, ao mesmo tempo, sujeitos-objetos adviriam” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74). Isto é, instala-se o primado da relação entre os termos, que é primeira quanto a eles.

Os autores enfatizam, citando Foucault, influenciado nas suas obras iniciais por Georges Canguilhem, que a Psicologia tentou, desde seu início, fixar um objeto para si, numa operação de escape da inapreensibilidade da condição humana, tornada essência por este mecanismo redutor. Formando seus objetos ilusórios e inebriados por eles, os modos de conhecimento cristalizaram-se em sujeitos que, a partir daí, passam a produzir normalização, adaptação, ortopedia mental.

Desta forma, os autores chegam à crítica que leva à Transdisciplinaridade:

Vemos que o eixo de sustentação de um campo epistemológico é, em última instância, a relação estabelecida entre sujeito e objeto do conhecimento. A especificidade desta relação é que distingue os campos,

que define as fronteiras epistemológicas, que delimita as disciplinas. [...] Mas é exatamente a estabilidade desta relação que, contemporaneamente, criticamos. Podemos chamar esta atitude crítica de transdisciplinaridade, já que o limite entre as disciplinas é perturbado quando se coloca em questão as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido. A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos (PASSOS & BARROS, 2000, p. 76).

Estão colocadas as bases, portanto, através da Transdisciplinaridade, para que possamos observar a produção das práticas em Saúde Mental do ponto de vista, tanto da constituição de seus objetos, quanto das relações de conhecimento estabelecidas.

Os autores entram, então, no questionamento a respeito de como lidar com os conceitos dentro da perspectiva da Transdisciplinaridade. Para isso, adotam o conceito de intercessor, desenvolvido por Deleuze. (DELEUZE, 1992), dizendo que “A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos. Embarca-se na onda, ou aproveita-se a potência de diferir do outro para expressar sua própria diferença” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 77). Tomar os conceitos enquanto componentes de caixas de ferramentas, onde eles colaboram e interferem entre si, para produzir numa relação de desestabilização.

Estamos na discussão a respeito de como ficam as relações entre as disciplinas no trabalho com a Transdisciplinaridade. Cada disciplina deixa-se afetar por outra, potencializando-se. Na Transdisciplinaridade não se abandona o movimento criador de cada disciplina, mas fabrica-se intercessores, agencia-se, interfere-se. Para os autores, trata-se “... nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos...” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 77).

Na Transdisciplinaridade que os autores defendem, interessam os modos de subjetivação, as circunstâncias que os formam. Não há indivíduos, mas individuações, não há sujeito, mas subjetivações. Não se reúnem conceitos, mas criam-se redes por ressonância. (PASSOS & BARROS, 2000). Ou, dito de outro modo:

Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação, parecem ser algumas faces desta clínica transdisciplinar (PASSOS & BARROS, 2000, p. 78).

Em trabalho de 2003, Eduardo Passos e Regina Benevides articulam o conceito de Transdisciplinaridade com os de complexidade e produção de subjetividade, afirmando que “... na fronteira das disciplinas, na zona de indeterminação que se produz entre elas, é possível tratar o tema da subjetividade em sua complexidade” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 81).

Os autores definem complexidade como tendo um sentido inverso do que tomou a ciência clássica, que pretendia que fazer ciência era isolar os dados mais característicos dos fenômenos, para compreendê-los melhor. Do ponto de vista da complexidade, os fenômenos são sempre múltiplos em suas determinações e realizações. Lembramos que a intenção de isolar um fenômeno para melhor estudá-lo e abordá-lo esteve na argumentação da fundação dos Hospícios, onde a “alienação mental”, depois “doença mental”, se expressaria claramente. Uma citação de Ilya Prigogine e Isabelle Stengers, feita pelos autores, pode ser transposta diretamente para o campo da Saúde Mental, no que diz respeito às suas práticas: “... as ciências naturais aprenderam, pelo menos em princípio, que é necessário sair dos laboratórios, dos lugares protegidos onde seus paradigmas se elaboram” (PRIGOGINE & STENGERS, apud PASSOS & BARROS, 2003, p. 83). Sair dos laboratórios pode significar, para as práticas em Saúde Mental, sair das simplificações e dos isolamentos que representam as abordagens que se baseiam em reduções ao simples, como as delimitações de objetos como “doença mental”, inconsciente pessoal, neurotransmissores. Sair do modelo biomédico, paraíso da simplificação. E sair das práticas rotineiras, já conhecidas e seguras, que promovem tanto a repetição do já conhecido, como o isolamento. Sair também pode indicar a direção do rompimento dos limites das práticas clínicas, com as ações em Saúde Mental, tomando o rumo do coletivo mais amplo.

A seguinte afirmação de Passos e Barros é a consequência, em termos do jogo entre os saberes, do que foi exposto acima a respeito da complexidade:

... superar o antigo isolamento e produzir no encontro com outros saberes. E desse desafio, sua forma paroxística é a aposta transdisciplinar, isto é, o pensamento que se produz no atravessamento das disciplinas, não no interior delas, mas entre elas (PASSOS & BARROS, 2003, p. 83).

Se, como dizem Passos e Barros, “O tema da complexidade nos força [...] a pensar o problema das fronteiras dos objetos e dos saberes” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 83), estamos na situação em que devemos pensar também as fronteiras das práticas em Saúde Mental. Pois as práticas, mais do que revelar os saberes e objetos, criam-nos constantemente e os mantêm. E as práticas que se refugiam na simplificação constituem objetos e saberes de tal forma, que trabalham para isolar tudo o que possa instigar uma ampla visão dos problemas.

De fato, o que Passos e Barros indicam é o trabalho na fronteira das práticas, aonde é possível que elas se defrontem com o seu desconhecido, potencial desarranjador do isolamento e das certezas redutoras. Colocar as práticas na situação de precisarem operar nas suas fimbrias de incerteza, o que as leva a terem que conviver com o seu fora, potencializando a produção, o desvio, a criação, a mudança. Operação de transversalização, de acordo com os autores.

Para o tipo de proposta da Transdisciplinaridade, não é possível supor uma clínica do Sujeito, pois este já é um conceito que leva à estabilização e supõe um determinismo que o conceito de produção de subjetividade conjura. O conceito de Sujeito leva ao que os autores definem como os componentes do tradicional campo da clínica: “... objetos bem definidos e teorias internamente consistentes, sujeitos do conhecimento e objetos a serem conhecidos, territórios bem demarcados de ação, especialistas cômicos de seus discursos” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 84).

Os autores falam em “... caráter híbrido das estratégias de intervenção ...” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 85) para uma afirmação que é de preciosa validade para a análise e questionamento da produção das práticas em Saúde Mental. O hibridismo se dá exatamente como consequência da necessidade de desestabilização do conhecimento, do sujeito, dos objetos, das práticas e leva a que “... a solução de problemas convoca seu rearranjo, a invenção de um novo território onde tal problema será necessariamente outro” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 85).

O que propõem os autores, em resumo, é a Transdisciplinaridade enquanto “... um conceito-ferramenta capaz de acompanhar estes movimentos de hibridação...” (PASSOS & BARROS, 2003, p. 85).

O que acontece no dia a dia das práticas em Saúde Mental, ilustra bem o que está dito acima. Por exemplo, uma agitação psicomotora que chega a um Pronto-socorro. Logo são requeridos um diagnóstico psiquiátrico e uma medicação que acabe com o problema. Simplificação das mais fáceis de realizar, avalizadas pelo modelo biomédico e de acordo com

as precárias condições de trabalho nesses locais de atendimento. Uma só área de conhecimento pode estar envolvida na situação, a médica, que fornece a única visão do problema e sua “solução”. Para rearranjar esse problema, como sugerem Passos e Barros, um “alto lá” torna-se imperioso. Sim, “alto lá”. Quem é essa pessoa? O que está acontecendo ao seu redor, quem são seus amigos, familiares, problemas, emprego, desemprego, local de moradia, ou de não-moradia. A quem, de fato, dirige a agitação? Problemas que envolvem a economia, a ecologia humana, sociologia, antropologia, direitos de cidadania, até psicologia e psiquiatria. Quem mais entra na híbrida roda de discussão do problema, buscando compreender e desprender os fios que levem a alguma mutação existencial nessa pessoa e no grupo ao seu redor? Neste sentido, transdisciplinarizar também com o saber popular, presente e abafado nestas cenas corriqueiras das unidades de saúde.

3.3.5 Sujeito e Produção de Subjetividade

Para a construção do conceito de Transdisciplinaridade, a crítica ao conceito de Sujeito torna-se necessária e faz parte, mesmo, de seus fundamentos. Já vimos algo a respeito da crítica ao conceito de Sujeito no capítulo “3.2 - A Clínica Ampliada; 3.2.1 Gestão e Clínica”. Poderíamos acrescentar que esta crítica é correlata à afirmação do inconsciente produtivo, que Deleuze e Guattari desenvolveram.

Por exemplo, ao criticar o inconsciente representacional freudiano, afirmando o inconsciente produtivo, dizem Deleuze e Guattari:

E essa descoberta do inconsciente produtivo tem dois correlatos: de um lado, a confrontação direta entre essa produção desejante e a produção social, entre as formações sintomatológicas e as formações coletivas, ao mesmo tempo sua identidade de natureza e sua diferença de regime; por outro lado, a repressão que a máquina social exerce sobre as máquinas desejantes, e a relação do recalçamento com essa repressão. É tudo isso que será perdido, ao menos singularmente comprometido, com a instalação de Édipo soberano (DELEUZE & GUATTARI, 1976, p. 74).

Guattari esclarece que esta conceituação, que a psicanálise estabeleceu para o Sujeito, tem origens na filosofia:

O sujeito, segundo toda uma tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo que encontramos como um “être-là”, algo do domínio de uma suposta

natureza humana. Proponho, ao contrário, a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida (GUATTARI, 1986, p. 25).

A dimensão política das práticas em Saúde Mental é evidenciada e, conseqüentemente, vêm aumentadas as suas possibilidades de resistência e criação, quando não é tomado o conceito de Sujeito, como a essencialização psicanalítica o forjou, mas sim o de processos de produção de subjetividade. Guattari, ao longo de sua obra e também em conjunto com Deleuze, produziu uma alteração fundamental na forma de conceber a importância da produção de subjetividade, que era vista, ainda através do conceito de Sujeito, como pertencente à superestrutura. Guattari usa o termo “economia coletiva do desejo” (GUATTARI & ROLNICK, 1986, p. 26) para deixar clara a produção coletiva da subjetividade desejante. A subjetividade é produzida nos aparelhos sociais, estando a família neles incluída, mas não como instância exclusiva de modelação de um Sujeito universal. A conseqüência desta argumentação de Guattari é que a produção de subjetividade passa a ser conceituada como “... a matéria prima das forças produtivas...” (GUATTARI & ROLNICK, 1986, p. 26), portanto, pertencente à infraestrutura produtiva. Isto significa que cada sociedade produz subjetividades de tal modo, que mantenham a sua própria organização societária, porém não sem atrito, incompletudes, insatisfações, sintomas, revoltas.

Guattari explica a produção de subjetividade também como “... sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (GUATTARI & ROLNICK, 1986, p. 27). Portanto, imanência entre as instâncias coletivas, familiares e pessoais de produção de subjetividade.

Para o estudo e a prática da Transdisciplinaridade, o conceito de produção de subjetividade permite escapar dos especialismos que supõem dar conta, sozinhos ou em multi ou interdisciplinaridade, dos seus objetos identificados. Especialismos que, ao produzirem suas práticas, adotam uma posição política de promover o velamento dos componentes coletivos das situações com as quais têm que lidar. Na Transdisciplinaridade, que trabalha com o conceito de produção de subjetividade, o aspecto coletivo já está dado, portanto, de saída. Se, para a produção de subjetividade concorrem os diversos fatores que Guattari aponta, a produção das práticas em Saúde Mental devem levá-los em consideração, fazendo parte, mesmo, dos dispositivos instaurados. O conceito de Transdisciplinaridade vem, portanto, radicalizar a necessidade do trato com a multiplicidade de determinações, de modos

de produzir objetos e sujeitos de conhecimento, de práticas de mudança, de relações entre os saberes, caso queiramos jogar do lado da provocação de mudanças. Esta argumentação vai ter importância em todas as análises das práticas em Saúde Mental.

3.3.6 Transdisciplinaridade e condições de trabalho

Compreendemos que operar com o conceito de Transdisciplinaridade deve levar, de imediato, ao questionamento das condições de trabalho em Saúde. As condições de trabalho que predominam na área de Saúde (salários, instalações, formas de gestão) adaptam-se ao trabalho individual, sem questionamentos, sem trocas e sem criatividade coletiva. As práticas de resistência, que a Transdisciplinaridade induz, devem trazer o questionamento destas condições de trabalho, num caminho para alterá-las.

3.3.7 Política Nacional de Humanização

Uma política que está em curso e que reúne conceitos com os quais estamos trabalhando é a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006). Esta política, que trabalha com os princípios do SUS, dentre os quais a Integralidade, com a diretriz da Clínica Ampliada, com a Transdisciplinaridade e a transversalidade, tem orientado a alteração das práticas da assistência e de gestão, com um grande enfoque na vivência do trabalhador em Saúde.

A “Apresentação” do “Documento Base” da Política Nacional de Humanização (PNH) parte de uma análise que afirma que

Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com graves lacunas (BRASIL, 2006, p. 7).

Introduzindo a compreensão, que norteia a Política de valorização do aspecto “trabalho” em Saúde, o documento citado diz que

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2006, p. 8).

Nota-se, portanto, a preocupação dos formuladores da proposta com as condições concretas de trabalho no dia a dia das Unidades de Saúde, com a necessidade de capacitação em serviço e com a necessidade de transformação concomitante da assistência e da gestão.

Destacamos a atenção do Documento Base para o aspecto da formação. Num dos itens do “Marco teórico”, que trata dos “Avanços e desafios do SUS”, constata-se a “Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde” (BRASIL, 2006, p. 14). Um dos elementos desta deficiência na formação leva a que “Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (BRASIL, 2006, p. 7). Para dar conta deste problema, a PNH propõe, dentre outras ações, “Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (BRASIL, 2006, p. 14). A PNH é, então, “... uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção e de gestão” (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007, p. 203).

Mostrando suas semelhanças com a proposta da Educação Permanente, no item “Estratégias Gerais”, o documento diz:

No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente e às instituições de formação (BRASIL, 2006, p. 22).

A proposta da PNH desenvolve a prática de reunir usuários, profissionais de saúde e gestores para a reformulação e transformação da situação das Unidades de Saúde do SUS bem como todas as suas instâncias de gestão e assistência. A Educação Permanente inclui neste coletivo o aparelho formador, com a convocação de alunos e professores para as Rodas de participação, discussão, deliberação e execução. (BRASIL, 2005).

Num artigo em que pretende fazer convergir conceitos vindos da Saúde do Trabalhador e do Humanizaus (BRASIL, 2006), Serafim Barbosa Santos-Filho (SANTOS-

FILHO, 2007) especifica a situação encontrada em muitas das Unidades de Saúde do Brasil: “... degeneração dos vínculos [...]; a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda tradicionais” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 73).

O artigo de Serafim ressalta o fato de que o trabalhador da saúde que atua “na ponta” encontra-se submetido a uma série de pressões, sem que existam espaços de participação suficientes, para que possam opinar e tentar mudar a situação em questão. Desta forma, e acrescidos os fatos da precarização do trabalho e das dificuldades ligadas à “... infraestrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização pelo governo e população...” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 75), as atitudes dos trabalhadores da saúde variam da apatia às tentativas de efetiva participação. Serafim, deste modo, identifica as reações dos trabalhadores da saúde: “... negação, recuo, resistência, superação, improvisação, etc., mesclando-se perspectivas e saídas ‘criativas’, ‘inventivas’, e também desgastantes, geradoras de sofrimento” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 73).

Serafim Santos-Filho indica os seguintes conceitos vindos da Saúde do Trabalhador, os quais vai articular com os da PNH: desgaste e cargas de trabalho, sofrimento e organização do trabalho. (SANTOS-FILHO, 2007).

Do lado da PNH, Santos-Filho define como seus conceitos e diretrizes a indissociabilidade entre atenção e gestão; o desenvolvimento de instâncias participativas (co-gestão); a valorização do trabalho em equipe; a chamada à participação de gestores, trabalhadores e usuários; transversalidade; rede e grupalidade. (SANTOS-FILHO, 2007). Em relação à atenção, “... a PNH reforça princípios gerais do SUS, de acessibilidade e integralidade, avançando para o que se tem definido como ‘clínica ampliada’, capaz de acolher e lidar com as necessidades dos sujeitos” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 79).

Com a compreensão descrita a respeito do que acontece, no momento, nas Unidades de Saúde do SUS, e com as diretrizes e conceitos listados, a PNH pretende criar dispositivos que incidam na valorização do trabalho em saúde, com a intenção de mudar os modelos de atenção e de gestão.

4º. Capítulo

As práticas clínicas no campo da Saúde Mental

Observaremos, neste capítulo, as práticas em Saúde Mental com o olhar informado pelos conceitos desenvolvidos: Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade. Teremos o cuidado de observar como estas práticas estão situadas, enquanto exercícios do poder e quais as possibilidades de escapar de repetições de formas de dominação, num exercício constante de abertura de linhas de fuga que conduzam à resistência e à criação. Como meios para essa observação, utilizaremos a metodologia indicada, a história da Saúde Pública, a história da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a análise foucautiana do poder e os conceitos escolhidos.

Escolhemos, por necessidade de objetividade, práticas significativas em Saúde Mental. Das práticas tradicionais tomamos a Internação Psiquiátrica, a Emergência Psiquiátrica e o Ambulatório. O CAPS e a Saúde Mental na Atenção Básica entram como representantes das novas práticas em Saúde Mental, especialmente desenvolvidas sob o contexto da Reforma Psiquiátrica. Precisamos deixar de fora, não que isso signifique que têm menor importância, o Acompanhamento Terapêutico, a Redução de Danos, o Serviço Residencial Terapêutico, os Centros de Convivência.

As práticas foram descritas e analisadas de modo separado, também para efeitos de objetividade, mas todas devem ser pensadas em articulação em rede, potencializando-se, questionando-se umas às outras e em aberta discussão com a sociedade. As práticas foram analisadas nas suas distinções, mas inseparáveis em sua produção de saúde.

O campo onde situamos a nossa análise é o da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que teve seu impulso decisivo no final da década de 70, repercutindo acontecimentos semelhantes de outros países, tendo sido parte das lutas pela democratização do país.

As Reformas Psiquiátricas, que aconteceram em vários países, enquanto movimentos para a transformação da realidade da assistência à Saúde Mental e da cultura em torno dela, tiveram seu início nos Hospitais Psiquiátricos. Compreendemos este fato como consequência de ter sido este dispositivo o único instrumento da suposta assistência, durante muito tempo, e devido a que o movimento político e social tensionou o modelo dos hospícios, fazendo surgir, de dentro deles, a contestação. Ressalte-se que o Hospital Psiquiátrico foi alvo de propostas de modificação desde o início da sua existência.

Podemos situar, tanto a grande onda de internação, ocorrida nos séculos XVII e XVIII, como os questionamentos ao Hospital Psiquiátrico e as mudanças ocorridas no lidar com a questão da internação, na seqüência de mudanças das relações de poder (FOUCAULT, 1978 e DELEUZE, 1992 a). Com este procedimento, estaremos atentos para observar até que ponto as modificações obedecem aos requisitos de mais refinado controle ou trabalham para a resistência a esse controle e para a criação de meios de afirmar a vida.

Se na Idade Média o louco era mais tolerado do que nos séculos XVIII e XIX, não livrava-se, porém, da expulsão na Nau dos Loucos e nem dos lugares de recolhimento a ele destinado nas cidades da Europa. (FOUCAULT, 1978). Mas, foi no século XVII que A Grande Internação teve seu decisivo impulso e realização: “Não se esperou o século XVII para ‘fechar’ os loucos, mas foi nessa época que se começou a ‘interná-los’” (FOUCAULT, 1978, p. 73). O século XVIII viu a continuação, em larga escala, da Grande Internação. A internação desenvolveu-se a tal ritmo, que Foucault assinala: “É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses” (FOUCAULT, 1978, p. 48). Estava, portanto, a Grande Internação, em consonância com a tecnologia de dominação da época, a disciplinar.

De início, o Hospital não era uma instituição médica, mas religiosa, correccional, caritativa, assistencial, filantrópica, de exclusão (AMARANTE, 1995). Com a emergência da ciência médica, e não sem conflitos, esta se incorpora à tecnologia do Hospital, o que, no Hospital Psiquiátrico, fez surgir a psiquiatria. Estamos na segunda metade do século XVIII e “Este percurso prático/discursivo tem na instituição da doença mental o objeto fundante do saber e prática psiquiátrica” (AMARANTE, 1995, p. 24). A loucura foi, então, capturada pelo saber médico, num quadro que tem sido contestado pelas Reformas Psiquiátricas, com algumas transformações importantes, mas que vigora até o momento.

Uma das conseqüências da Segunda Guerra Mundial foi a visão do horror da instituição total, levada às suas últimas conseqüências: o campo de concentração nazista em pouco diferia dos hospitais psiquiátricos. O ímpeto de transformar as estruturas autoritárias atinge o que estava estabelecido já há duzentos anos, e experiências em diversos países rumam em direção semelhante: o questionamento da hierarquia institucional e do conceito de doença mental, a participação de todos os envolvidos na dinâmica das organizações como forma de torná-la um ambiente, se não totalmente terapêutico, pelo menos atenuadamente patogênico, a abertura para a vida externa, comunitária, a articulação com a política mais ampla.

Manuel Desviat aponta como motivações para a crítica ao asilo, logo após a Segunda Guerra Mundial, os “... tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância com as diferenças e as minorias...” (DESVIAT, 1999, p. 23), além das influências da psicanálise e da psicofarmacologia.

Já em 1943, segundo Desviat, Bion e Rickman iniciaram trabalhos de grupo com soldados internados em um hospital militar na Inglaterra (DESVIAT, 1999).

Maxwell Jones criou, nas décadas de 40 e 50, e colocou em operação, a Comunidade Terapêutica, que traz até hoje a influência de seus preceitos básicos para os CAPS, por exemplo. São eles:

... liberdade de comunicação em níveis distintos em todas as direções; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo o que acontece na instituição (reuniões diárias dos pacientes e do pessoal, psicoterapias de grupo); tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões etc.); presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço (DESVIAT, 1999, p. 35).

Um importante movimento que se iniciou como questionamento das estruturas psiquiátricas foi a psicoterapia institucional francesa, que teve nos seus primórdios uma prática de transformação de um hospital psiquiátrico (o Saint-Alban), durante a Guerra, na França ocupada pelos nazistas. François Tosquelles, exilado da guerra civil espanhola, foi o animador de uma experiência que reuniu os pacientes até então internados, exilados políticos, psiquiatras dissidentes, trabalhadores saídos de campos de concentração (DESVIAT, 1999 e GALLIO & CONSTANTINO, 1994).

A entrada de outros personagens criou novas práticas e novos problemas, como por exemplo com Oury, Daumezon e, mais tarde, Guattari. A psicoterapia institucional trabalhou no limite entre transformar o hospital psiquiátrico, questionando-o profundamente e afirmá-lo, ainda, enquanto instrumento terapêutico.

Além da psicoterapia institucional, autores franceses proporcionaram intensa discussão e modificação da prática da assistência com o chamado “Setor”. Desviat aponta que, na França, as Jornadas Nacionais de Psiquiatria de 1945 e 1947, “... estabeleceram as bases da nova doutrina: o setor” (DESVIAT, 1999, p. 27). A política de setor, como ficou conhecida a nova forma de promover a assistência psiquiátrica, adotou como princípios

alguns instrumentos que chegaram até hoje: a territorialização da assistência, a crítica à internação, o acesso universal, a necessidade de continuidade do cuidado (a mesma equipe acompanha as pessoas assistidas em todas as instâncias que forem necessárias) (DESVIAT, 1999), numa prática que “... não foi apenas uma tentativa de fazer uma outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública...” (DESVIAT, 1999, p. 27). Do campo progressista surgiram críticas ao setor, identificado como uma estratégia do “... saber psiquiátrico, que amplia suas funções de controle social e normalização, apresentando-se como hábil e eficaz instrumento de controle das grandes populações...” e como “... extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria...”, conforme relata Paulo Amarante. (AMARANTE, 1995, p. 35).

Note-se, nesta tentativa de transformação da política pública de assistência aos problemas ditos mentais, um acento privilegiado na psiquiatria. A situação é vista mesmo como uma modificação nos conceitos e práticas da psiquiatria, diferindo do que observamos no Brasil, onde a questão é colocada de modo mais amplo, com o envolvimento de outras categorias profissionais, além de usuários e familiares, e onde há um destaque para as mudanças culturais e sociais que determinam e envolvem o problema.

Desviat descreve um quadro, de 1988, pouco animador do que passou a ser a assistência na França, onde o hospital psiquiátrico não perdeu o papel de centro do sistema. Talvez como consequência da orientação tão centrada na psiquiatria, certamente devido a problemas de financiamento e de oposição de setores conservadores. (DESVIAT, 1999).

É à transição entre a relação de poder disciplinar para a de controle que estamos nos referindo, ao descrever as práticas e as críticas às tentativas de estender os “tratamentos psiquiátricos” às comunidades. Deleuze define, em 1990, que “Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (DELEUZE, 1992 b, p. 216). Este é o fio da navalha em que nos movemos nas práticas de reforma: ousar praticar as mudanças sob o risco de mais uma vez controlar. Nos comentários de Deleuze vemos a advertência e o estímulo na mesma frase: “Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições” (DELEUZE, 1992 a, p. 220).

A questão que fica das experiências de transformação institucional é: o que é necessário, para que elas não sejam meras formas de suavizar e aperfeiçoar o poder disciplinar e o poder que se exerce sob a forma de controle a céu aberto?

Mais um questionamento do que estava estabelecido deu-se com Ronald Laing e David Cooper, que, na Inglaterra, nas décadas de 60 e 70, desenvolveram uma crítica radical

da psiquiatria, vista por eles como encarregada de sufocar as necessárias experiências existenciais da loucura, em nome do sistema estabelecido. Trabalharam tanto nas instituições estatais, como Cooper na Vila 21 (COOPER, 1974), em mais uma prática transformadora em hospital psiquiátrico, bem como fora delas, como fez Laing nas suas experimentações de morar junto com as pessoas a serem “tratadas”. Cooper denominou o movimento criado por ele e por Laing de antipsiquiatria.

Para Desviat, o trabalho de Laing e Cooper é marcado pela “... crítica global e ideológica...” (DESVIAT, 1999, p. 41) e situa-se fora das Reformas Psiquiátricas, apesar de ter servido para “... dinamitar os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental” (DESVIAT, 1999, p. 41). Fazemos ressalva em relação ao termo usado por Desviat, “doença mental”, que Laing e Cooper criticavam como princípio.

Para marcar diferenças e aproximações entre a antipsiquiatria de Laing e Cooper e o trabalho de Basaglia, vemos em “Los Crímenes de la Paz”, de Franco e Franca Basaglia, um resumo interessante:

La práctica y la teoría de Laing tienden a enfocar y a privilegiar – si bien manteniendo presentes los otros planos del discurso – el momento de la transformación subjetiva; así como nosotros tendemos a privilegiar, si bien manteniendo presentes los otros planos del discurso, el de la transformación social (BASAGLIA & BASAGLIA, 1977, p. 68).

Podemos tirar deste trecho uma advertência para uma importante encruzilhada, ou mesmo uma cilada, que é o privilégio maior ou menor que as experiências no campo da Saúde Mental podem dar à clínica ou ao que Franca e Franco Basaglia chamaram de “transformação social”. Caso o privilégio recaia sobre a clínica, em detrimento da “transformação social”, isto é, dos aspectos institucionais, diretamente políticos, o risco é cair numa espécie de exaltação da loucura, como por vezes parece que a antipsiquiatria fez, ou mesmo num torpor em relação ao dado político-social, num tal encantamento com a clínica que ilude tudo o mais ao redor. Por outro lado, desconhecer a necessidade de aproximação radical em relação à loucura, ou de outra manifestação psíquica qualquer, pode levar a uma administração-controle do problema e não ao seu enfrentamento. Ao sabor das contingências políticas, operar-se-ia uma nova, mais humana, menos repressora, mais socialmente correta administração das manifestações psíquicas, mas a sua importância ficaria esmaecida, e ignorada a produção de subjetividade envolvida na questão.

O desafio é manter as práticas com a premissa da indissociabilidade entre clínica e política.

Os exercícios clínicos atuais são praticados sob o exercício de poder da biopolítica, o que significa mudança nas formas de controle e, também, conseqüentemente, nas formas de resistência e criação.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, herdeira e transformadora, a seu modo, das experiências estrangeiras citadas, pode ser compreendida como um movimento que se iniciou enquanto crítica ao poder disciplinar (denúncias das condições dos hospitais psiquiátricos) e chega, como o seu desenvolvimento, a incidir numa mudança cultural, isto é, na concepção de como lidar com a diferença, com acento na questão da loucura. Os dispositivos que têm criado, trazem a marca das ambíguas possibilidades de estarem modernizando o controle do Estado e promovendo alterações culturais no sentido da convivência com a diferença. Neste último aspecto, seria a Reforma Psiquiátrica um movimento social de resistência/criação, com incidência direta nos processos de subjetivação, recusa da normalização patologizante e afirmação da diferença radical.

As Reforma Psiquiátricas, nos diversos países, ocorreram no compasso da crise dos dispositivos disciplinares, no século XX: prisões, escola, hospícios. No Brasil, teve início sob a forma de movimento social, de categorias profissionais da área médica, depois incorporando usuários do sistema de saúde e seus familiares. (AMARANTE, 1995). De movimento social reivindicador, tomou o rumo do aparelho do Estado, passando um contingente considerável de seus militantes a fazer parte das administrações municipais, estaduais e federais no campo da Saúde Mental. Não que esta atitude representasse a unanimidade das posições no movimento, mas foi o que aconteceu e hoje é a face mais visível da Reforma Psiquiátrica.

As tentativas de mudar a situação em que se encontrava a discussão e a assistência em Saúde Mental resultaram em avanços consideráveis, entre os quais, os seguintes: criação de Programas de Saúde Mental nos estados e municípios; redução de noventa mil para menos de quarenta mil leitos em hospícios; visibilização do grande número de pessoas internadas em hospícios por não terem onde morar; abertura dos Centros de Atenção Psicossocial; concursos públicos para os cargos na área da assistência; aprovação da Lei Paulo Delgado; início de mudança cultural em relação à exclusão da loucura; democratização das relações nas unidades de atendimento; introdução de diversas categorias profissionais na assistência, com a implantação de equipes multidisciplinares; realização de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais com presença da população; redirecionamento do financiamento, com

ênfase na rede extra-hospitalar, retirando dinheiro das internações psiquiátricas; organização de associações de usuários e familiares; decisão política de mudança do modelo assistencial e introdução das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

Mas, por outro lado, chegamos a uma situação em que parece que confiamos apenas nas ações praticadas através dos canais institucionais, estatais. Isto é, a debilidade de um movimento social, que pressione para a aceleração e radicalização das transformações, levou-nos a uma atitude de alta expectativa em relação aos poderes executivos (municipais, estaduais e federal), que não conseguem produzir as mudanças no ritmo que a população tem direito. É intensa a participação das categorias profissionais da Saúde Mental em Conferências, Reuniões de Coordenação, Fóruns Regionais, Reuniões de Equipe, mas sem que esta participação, no momento, ultrapasse de forma vigorosa os limites do estatal.

Para uma problematização das relações entre os movimentos sociais e o Estado, Regina Benevides e Eduardo Passos chamam a atenção, em texto de 2005, para o efeito de transcendência que o Estado moderno adquiriu (BENEVIDES & PASSOS, 2005). Na sua ambigüidade controladora, o Estado moderno, a um só tempo propõe-se “... como garantia da expressão política das massas e se apresenta como a forma de alienação do poder daqueles que no Estado estariam representados”. (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 567).

A Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde resultaram de um movimento social que fez parte do conjunto de lutas pela democratização do país e sua saída do regime autoritário. O Sistema Único de Saúde, instituído através da Constituição de 1988 e pelas chamadas “Leis do SUS” esteve, no seu movimento propulsor, na contramão da tendência mundial neoliberal. O que os autores citados perguntam é como manter a força emancipatória e constituinte do movimento que resultou no SUS e “Qual o papel dos coletivos em sua relação com o Estado?” (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 568).

Podemos estender este questionamento para a Reforma Psiquiátrica e perguntarmos: quais os instrumentos e as possibilidades de, através das ações diárias no campo da Saúde Mental, manter “a força emancipatória e constituinte do movimento” que resultou na Reforma Psiquiátrica?

Sem que a dimensão combativa do movimento tenha continuidade, corremos o risco de estar apenas gerenciando tanto a crise dos dispositivos disciplinares, quanto a inauguração e manutenção de modos mais sutis, visto que modernos e a céu aberto, de controle. (DELEUZE, 1992 a).

Situamos a Reforma Psiquiátrica no fio da navalha onde, de um lado está o controle refinado e, de outro, a resistência e a criação. Buscamos instrumentos que possam fornecer os meios para a resistência e a criação.

Peter Pélbart faz a seguinte indagação, num momento como que anterior à especificação dos instrumentos/conceitos a serem utilizados, para operar nas linhas de fuga:

Como detectar modos de subjetivação emergentes, focos de enunciação coletiva, territórios existenciais, inteligências grupais que escapam aos parâmetros consensuais, às capturas do capital e que não ganharam ainda suficiente visibilidade no repertório de nossas cidades? (PÉLBART, 2003, p. 22).

Com a crescente colonização dos afetos, das vontades, do inconsciente, pelo extensamente planetário mecanismo de produção de subjetividades apropriadas ao capital, é requerido por este, paradoxalmente, a invenção, a criação, a conectividade, a cooperação. Com isso criou-se a possibilidade de que os trabalhadores apropriem-se dos meios de produção que, agora, são parte de seu corpo: são a sua inteligência e o seu conhecimento. Abre-se a possibilidade de uma criação cada vez mais autônoma, desde que reconhecida a potencialidade dos vínculos que estão disponíveis.

A linha de inversão, apontada por Foucault e desenvolvida por Peter, na qual a vida passa a ser o campo do combate e da afirmação da sua potência, pode ser apropriada pelos trabalhadores e usuários da área de Saúde em geral e, sobremaneira, da Saúde Mental. Estes trabalhadores têm como material de trabalho, tanto o sofrimento coletivo, em grande parte produzido pelo modo social de produção, como as possibilidades de invenção do próprio conjunto profissionais/usuários.

Sob a forma de pergunta, Peter (referindo-se a Guattari) apresenta uma série de possibilidades de criação de dispositivos de subjetivação que podem fugir à modelização dominante:

- afirmar um modo próprio de ocupar o espaço doméstico
- afirmar um modo próprio de cadenciar o tempo comunitário
- de mobilizar a memória coletiva
- de produzir bens e conhecimento e fazê-los circular
- de reinventar a corporeidade
- de gerir a vizinhança e a solidariedade
- de lidar com o prazer e com a dor
- de cuidar da infância e da velhice
- de criar laço, de tecer um território existencial e subjetivo

- detectar modos de subjetivação emergentes, focos de enunciação coletiva, territórios existenciais, inteligências grupais (PÉLBART, 2003, p. 22).

Para a perspectiva de produção de mudança, de resistência, de criação, poderia ser adotada a inversão (segundo Peter, uma inspiração de deleuziana) da acepção do termo “biopolítica”, que passaria a “... explicitar que ao poder *sobre* a vida deveria responder o poder *da* vida, a potência ‘política’ da vida...” (PÉLBART, 2003, p. 25. Grifos do original). Esta operação conceitual cumpre o que Foucault previa, isto é, a vida tomando a si mesma como base da resistência/criação. Tendo transferido os meios de produção para os cérebros e para a subjetividade dos trabalhadores, o capitalismo criou a possibilidade de, em contrapartida, vermos surgir a criatividade coletiva fora de controle, a “... biopotência do coletivo, a riqueza biopolítica da multidão” (PÉLBART, 2003, p. 24).

Pelo exposto, percebe-se na linha estudada uma negativa de adotar sentimentos tristes em relação ao que está colocado no mundo, em termos de produção de subjetividade. Como diz Deleuze a respeito dos novos mecanismos de controle: “... não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas” (DELEUZE, 1992 a, p. 220).

4.1 A Internação Psiquiátrica

As práticas que são desenvolvidas, sob a capa ilusória de tratamento, nos Hospitais Psiquiátricos, podem ser bem ilustradas com a descrição que Célia Campos e Cássia Soares fazem do que sustenta essas práticas, para seus profissionais. Os profissionais dos Hospícios definem como seu objeto de trabalho “... os sintomas apresentados pelos usuários deste serviço” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 623). Note-se que nem mesmo é uma suposta “doença mental” que é o objeto de trabalho, mas os sintomas. Como, na pesquisa das autoras, a finalidade do trabalho que os profissionais dos Hospícios têm para si é “... a diminuição e/ou eliminação dos sintomas apresentados pelos usuários” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 624), vemos que o trabalho está sendo feito com paradigmas do século XIX, antes mesmo de Freud mostrar que sintomas não são rejeitos a serem desprezados. Como instrumentos de trabalho, os profissionais dos Hospícios indicaram “... a estrutura física, os medicamentos, as internações, as visitas dos familiares, a contenção física, se necessária, os materiais e o saber clínico” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 624). Não sabemos a que materiais referem-se os profissionais, mas podemos concluir que o saber clínico citado está sendo utilizado apenas

para diagnosticar com o objetivo de reduzir sintomas, utilizando como armas a medicação, a contenção e a “estrutura física”, que são os tradicionais pavilhões, celas, muros, grades. Como o objetivo é reduzir sintomas, as visitas dos familiares cumprem, muitas vezes, apenas a função de levantamento de dados e de aferição de se, com o grau de redução de sintomas alcançado, o usuário já está aceitável novamente para ir para casa.

Podemos observar que o poder disciplinar encontra-se em plena ação, mesmo em crise, há muitos anos. Este poder disciplinar, se antes era utilizado de modo cru, sem subterfúgios, tendo como meios os muros, as grades e a ordem institucional, agora possui instrumentos modernizados: o discurso técnico mais refinado, a medicação, até mesmo a colaboração de todas as teorias e técnicas que se empregam nos Hospícios atuais, colaborando para a sua suavização e manutenção.

Quanto à “... organização e divisão do trabalho...” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 624), os profissionais dos Hospitais Psiquiátricos mostraram, nas suas respostas, estarem completamente submetidos à lógica institucional, na medida em que, para eles, a organização e divisão do trabalho definem-se pelo percurso realizado pelo usuário no interior do estabelecimento. Portanto, a tradição de duzentos anos apresenta-se como organização do trabalho ainda hoje.

Ao avaliar a concepção dos trabalhadores dos Hospitais Psiquiátricos a respeito do processo saúde-doença, o trabalho citado mostra uma visão que indica que este processo está relacionado a

fatores sociais, econômicos e culturais (abandono familiar; falta de referência familiar; desestruturação familiar; preconceito; dificuldade de adesão no tratamento extra-hospitalar; dificuldade de absorção do paciente na rede de atenção à saúde mental; referência cultural do hospital/manicômio; favorecimento da família enquanto o paciente está internado; falta de recursos financeiros para tratamento adequado). (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 625).

Com esta contradição entre a concepção do processo saúde-doença, que reconhece amplamente os determinantes sociais do problema a ser enfrentado, e a prática de apenas reduzir sintomas, podemos imaginar como devem sofrer esses profissionais, que operam numa total dissociação entre suas concepções teóricas e suas práticas.

A maior parte das Internações Psiquiátricas, no momento, é realizada em estabelecimentos particulares, credenciados pelo SUS, restando um menor número em

Hospitais Psiquiátricos públicos, universitários e filantrópicos e em Enfermarias de Psiquiatria em Hospitais Gerais. Os Hospitais Psiquiátricos particulares credenciados mostram-se, em geral, inertes em relação ao desafio que têm: praticar e mostrar que a Internação é um instrumento válido. Agrava a situação o fato de que a fiscalização e a regulação desses estabelecimentos é tarefa perto do impossível, visto que a malignidade está mais na sua dinâmica de Instituição Total, do que em aspectos físicos e burocráticos, estes sim ao alcance da observação.

O debate que existia, na década de 70, a respeito de se seria viável ou não, tratar da psicose sem internação, deixou um duplo desafio. Para os setores que defendiam esta possibilidade, coube desenvolver os atuais novos dispositivos em Saúde Mental, que vêm realizando a tarefa com sucesso, em que pese toda a dificuldade diária do sistema público de saúde e da formação profissional. Mas, os setores que defendiam e ainda defendem a Internação não dão mostras de transformá-la numa prática aceitável. Encontramos cada vez mais famílias de usuários que ainda precisam ser internados, que já perceberam que a Internação em nada muda o quadro geral da situação e lamentam ter que usar este recurso. As Internações são realizadas por deficiências do sistema de saúde, que ainda não desenvolveu plenamente os recursos necessários para evitá-las, por dinâmicas familiares que os profissionais não conseguem alterar, por situações que a miséria deixa como única opção este recurso, pela persistência na cultura da concepção de que a loucura é um mal incurável e perigoso e, devido às soluções, que persistem na sociedade, da hospitalização e da medicalização.

Não reconhecemos nenhuma especificidade na dinâmica e nos recursos de um estabelecimento de Internação Psiquiátrica que sugiram sua necessidade. Os recursos que são necessários para abordar e trabalhar crises podem ser desenvolvidos nos CAPS e no território, com apoio em Hospitais Gerais. Trata-se de tentar uma aproximação com a psicose, praticar alguma restrição, quando necessária, em determinados momentos e desenvolver meios e modos coletivos de lidar com estas situações. Enfrentar coletivamente o fenômeno da loucura. Trazer cada vez mais para perto da família, dos amigos, do bairro, da casa, da cultura em transformação, situações que, historicamente, foram enviadas para longe, para os especialistas, em nome da exclusão.

Existem, ainda, algumas defesas da Internação Psiquiátrica, enquanto um instrumento terapêutico válido. Deixemos de lado aquelas que partem de interesses empresariais, visto que nos interessam, neste momento, os argumentos vindos de setores que, aderindo à Reforma Psiquiátrica, sustentam alguma validade para a Internação Psiquiátrica.

Os argumentos que são utilizados, para dotar a Internação Psiquiátrica de alguma validade, apontam para uma necessidade de “contenção” da pessoa em crise que, em determinados momentos, precisaria de um lugar protegido, para que não cometesse atos lesivos a si e aos outros. Essa contenção teria também um efeito simbólico, ou uma espécie de dado de realidade, de limite, em relação a algum comportamento que extrapola as possibilidades de convivência e até mesmo de vivência. Não negamos que seres humanos, por vezes, necessitam de certas medidas, para que não ultrapassem o que é tido como não lesivo à existência e à coexistência. Negamos, sim, que a Internação Psiquiátrica seja um instrumento ainda a ser defendido, como tendo valor em si. Mesmo com essa crítica radical, admitimos que, no momento em que vivemos, precisamos, ainda, conviver com a Internação Psiquiátrica. Mas, necessitamos apontar para o horizonte alcançável da utopia, caso contrário, estaremos somente adaptando-nos à medíocre realidade atual, que recebemos de uma triste história.

Mesmo constando da Lei 10.216, a “Lei Paulo Delgado”, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004), que a internação deve “... oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros...” (BRASIL, 2004, p. 18), a realidade está longe de atender ao que prescreve a Lei, e o poder público não consegue formas eficazes de fiscalização e de regulação. O que seria esta “assistência integral”, dentro de estabelecimentos que são gerenciados de modo a não proporcionar a expressão das necessidades dos usuários? Onde estão as práticas de grupo, de assembléias, de gestão coletiva e transformadora dos Hospícios? Qual Hospital Psiquiátrico, no momento, apresenta estrutura de participação coletiva de decisões, incluindo funcionários, usuários e comunidade, o que, segundo Basaglia, sempre levaria a uma situação de crise constante e produtiva, que apontaria para a extinção da estrutura de internação? Esta forma de gestão pode ser, e já foi, no Brasil, praticada em hospitais sob a direção do poder público, que não tem interesses empresariais. Mas como conduzir Hospitais Psiquiátricos públicos para a extinção, enquanto permanecem no ambiente social a cultura da Internação e os Hospitais Psiquiátricos particulares, conveniados com o SUS?

Algo que siga um caminho que leve a práticas que operem com a Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade seria possível num Hospital Psiquiátrico em crise. Crise provocada pela gestão participativa, coletiva, disparadora de uma ampla discussão entre internados, funcionários e sociedade. Onde temos essas condições, no momento?

Se a prática nos Hospitais Psiquiátricos é ditada pelas concepções que descrevemos acima, que têm como objeto o sintoma, podemos perceber o quão distante está até mesmo da multidisciplinaridade, que dirá da Transdisciplinaridade. Se há predomínio absoluto do modelo biomédico, não percebemos a possibilidade de espaços de questionamento que possibilitem a quebra de práticas que atendem a necessidades distantes das dos usuários: controle e lucro.

Por definição de seus próprios profissionais, qualquer abertura para a ampliação da clínica está barrada de antemão, pois a redução das ações à redução dos sintomas define, como estando fora de cogitação, abordagens que incluam a fala do usuário, suas necessidades pessoais, familiares e sociais.

Como vimos, existem graves limitações ao trabalho com a Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade num ambiente de Internação Psiquiátrica. Apontamos a prática no território como a possibilidade desses conceitos poderem ser desenvolvidos, numa conjunção entre o saber estabelecido e o saber popular, articulando uma rede que, nos locais onde já está sendo praticada, envolve o conjunto família/comunidade/profissionais de saúde, numa invenção de possibilidades de novos modos de lidar com os momentos de desatino humano.

Continua, portanto, o Hospital Psiquiátrico como uma estrutura que cumpre a função de aparelho disciplinar, cumprindo o papel de retaguarda em relação aos meios de controle mais apurados, a céu aberto, mais próprios ao fim do século XX e início do XXI.

Anima-nos o fato de que a redução dos leitos psiquiátricos no Brasil se dá de forma constante e sustentada, passando de cerca de 90 mil em 1990 para, em dezembro de 2006, 39.567 leitos. (BRASIL, 2007), com a tendência de queda sendo mantida. Mas, que destinos terão as pessoas que não mais se internam, ou que não terão mais a internação como recurso para a abordagem de suas crises, se a miséria continuar e também a pressão para a sua exclusão? A Reforma Psiquiátrica é parte de um projeto que propõe uma sociedade justa. Caso não estejamos, ao menos no caminho para esta sociedade, que futuro terão os novos dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica? Serão meios de continuar contendo as contradições sociais, desta vez sem a necessidade de Hospícios? Os detratores da Reforma Psiquiátrica utilizam-se, para atacá-la, exatamente desta necessidade social de abrigo para a miséria.

Célia Campos e Cássia Soares, no seu trabalho, dizem que

É possível concluir que a concepção multicausal do processo saúde-doença vem fundamentando as práticas nos diferentes serviços de saúde mental, instaurando processos de trabalho que tomam majoritariamente por objeto o sujeito em adoecimento psíquico (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 627).

Esta é uma conclusão que leva em conta o conjunto dos profissionais pesquisados, representantes dos diversos serviços de Saúde Mental. Note-se que essa concepção multicausal está em conflito com as práticas dos profissionais dos Hospitais Psiquiátricos, submetidos que estão ao modelo biomédico, próprio aos interesses institucionais a que servem.

As autoras citadas concluem seu trabalho com uma importante advertência, que reforça a nossa intenção de apontar conceitos que potencializem as práticas em Saúde Mental:

É preciso resgatar, tanto no plano do ensino quanto no âmbito dos serviços, os conceitos sobre saúde-doença mental que iluminaram os princípios da Reforma Psiquiátrica – que parece ter se constituído como um movimento ideológico restrito – que não foram incorporados pelos sujeitos envolvidos (trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde), ficando comprometida dessa forma a superação das próprias práticas (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 627).

Se nos diversos dispositivos em Saúde Mental é necessária essa potencialização das práticas, através de conceitos desestabilizadores, a situação nos Hospitais Psiquiátricos mostra-se a mais precária possível, com o modelo biomédico predominando e servindo a interesses alheios aos dos usuários.

4.2 A Emergência Psiquiátrica

Para uma aproximação com as práticas clínicas que estão sendo realizadas nas Emergências Psiquiátricas, devemos, inicialmente, observar e questionar o próprio termo que nomeia essas práticas. A denominação “Emergências Psiquiátricas” revela a redução que, em geral, é o que se apresenta como uma das características da prática das abordagens às situações de crise nos Prontos-socorros. Ao definir os fenômenos que são levados ao atendimento de emergência em Saúde Mental como “Emergências Psiquiátricas”, seguimos numa tradição que revela o predomínio absoluto do modelo biomédico numa situação

complexa, na qual diversos fatores estão envolvidos como determinantes e como fontes de possível resolução. Definir as crises como um problema psiquiátrico, já anuncia a restrição da prática clínica que é usualmente utilizada.

O que vemos, inicialmente, no dia a dia do atendimento aos problemas que se apresentam sob a forma de “sintomas mentais agudos”, é, de início, uma pouca atenção para a possibilidade de um problema médico estar causando o sintoma de apresentação mental. Este fato tem suas origens na exclusão do mundo mental da formação médica e, conseqüentemente, das possibilidades de abordagem dele pelas equipes dos Prontos-socorros, o que leva a que qualquer pessoa com manifestações clínicas na área mental seja em geral encaminhada para o setor psiquiátrico sem maior atenção. Tal prática coloca em risco a vida das pessoas, levando-se em consideração que diversos problemas graves de saúde (metabólicos, neurológicos, infecciosos, por exemplo) podem apresentar-se inicialmente de modo “mental”.

Podemos notar que o atendimento às chamadas Emergências Psiquiátricas é o setor mais esquecido, ou lembrado e não modificado, dentre todos os dispositivos de Saúde Mental sob responsabilidade dos municípios. Estes costumam avançar em diversos aspectos da rede de atenção à Saúde Mental e permanecer com as crises sendo atendidas de modo tradicional, isto é, com predomínio absoluto da abordagem organicista, exclusivamente dentro do modelo biomédico. Mesmo que as crises passem a ser atendidas por Equipes de Saúde Mental, o que predomina é a psiquiatria medicamentosa, numa mostra, também, da dificuldade de as categorias profissionais da Saúde Mental assumirem seus papéis neste setor. Inauguram-se CAPS, melhoram-se os ambulatórios, a Saúde Mental se faz presente na Atenção Básica, mas em termos de atendimento às crises, a tradição da Emergência Psiquiátrica organicista costuma ser modificada com lentidão. Como o adequado atendimento às crises é fator importante, tanto para aproveitá-las, como momento de mudança, como para evitar internações psiquiátricas, o resultado de tal adiamento na alteração das práticas nesse setor mantém a medicalização, o sufocamento das possibilidades de crescimento com as crises e internações psiquiátricas evitáveis.

A repetição do modelo manicomial (isolamento, falta de múltiplas visões a respeito dos fenômenos, medicalização dos conflitos e do sofrimento, falta de condições humanas dos locais de atendimento, etc.) é evidente na maioria dos Prontos-socorros de que temos notícia. Mantém-se, portanto, em geral, o atendimento às crises como um importante fator de desconhecimento das necessidades da população, porque através do reconhecimento dos

fatores que motivam uma crise, podemos chegar a compreender sua dinâmica e criar bases para ações em relação ao que acontece com as famílias e as comunidades.

Numa manhã de domingo, a cena numa enfermaria de Emergência Psiquiátrica de um Pronto-socorro mostra o seguinte: uma profissional do sexo que foi encontrada caída na rua, na madrugada, alcoolizada, dormia. Um rapaz com diagnóstico de psicose, em tratamento no CAPS, paraplégico, conhecido das Equipes do Pronto-socorro, caiu da cadeira de rodas num local afastado do bairro onde mora e foi trazido pela ambulância, contra a sua vontade, e sem nenhum ferimento. Foi recolhido ao Pronto-socorro e à enfermaria psiquiátrica, apenas, porque é “paciente psiquiátrico” e pede para voltar para casa. Um andarilho que, ao passar pela cidade, levantou suspeitas devido ao seu aspecto, vaga pela enfermaria, numa atitude semelhante à que mantinha nas estradas. Um homem delirando, com quadro de abstinência alcoólica, contido no leito. Um homem emagrecido, parte da “população em situação de rua”, portando uma máscara no rosto, com suspeita de tuberculose e sem sintomas mentais. Que cena é essa? Em que ano se passa? Parece um “Hospital Geral”, de antes da Revolução Francesa, que a todos os desvalidos, sem distinção, prestava assistência, livrando a cidade dos seus indesejáveis? É um hospital do século XIX, ou de antes, onde eram recolhidos os indesejáveis? Não; está dito que já existe CAPS na cidade. É uma cena recente, do século XXI. O que se passa, para que possamos viajar no tempo desta forma, apenas entrando numa enfermaria de Emergência Psiquiátrica de um Pronto-socorro?

Pretexto para recolher das ruas aqueles que não se enquadram em nenhuma delinqüência criminalizável, nem em nenhuma política pública assistencial; modo de manter em algum lugar aqueles para os quais o SUS não consegue espaço definido; isolamento comum dos não enquadrados nas normas das cidades que ainda pretendem esconder suas contradições, as enfermarias de Emergência Psiquiátrica dos Prontos-socorros revelam a face do passado que insiste em permanecer, numa lembrança a todos: a era da exclusão comum não terminou.

As respostas que são obtidas a respeito do porquê da permanência dessas pessoas naquele lugar, indicam a prevalência do imaginário da exclusão, que incide na prática da Emergência Psiquiátrica, permanecendo em vigor, em parte, devido a não realização de propostas clínicas e políticas que mudem a situação. A profissional do sexo ali está, porque “onde mais iria ficar?”. O rapaz paraplégico “vem sempre pra cá”. A entrada do andarilho “foi determinada pela Guarda Municipal”. O suspeito de tuberculose ali permanece, porque “não há outro lugar para ele”.

Permanecem em vigor, portanto, os dispositivos de poder que levam à exclusão dos indesejáveis. Os mecanismos de poder que induzem os discursos institucionais (FOUCAULT, 2006) a justificar a exclusão estão presentes, apesar de questionados, tanto os mecanismos, quanto os discursos. As práticas não discursivas, o dia a dia das “ações de saúde”, continuam sob a influência desses dispositivos de poder. Permanece a psiquiatria, como um saber que sustenta a exclusão, agora associada a outras formas de saber, isto é, as outras categorias profissionais que, se não se articulam para a mudança, servem de linha auxiliar da psiquiatria excludente, mesmo que a contragosto. A linha de continuidade em relação aos mecanismos de exclusão exercidos pelos Hospitais Gerais, até o século XVIII, é evidente.

A psiquiatria permanece como executora da exclusão, na medida em que não confronta os mecanismos de poder excludentes, não contradiz, não propõe mudança. Notamos nas Emergências Psiquiátricas um ambiente rico em contradições e repleto de diferentes modos de atuação dos profissionais. Em algumas situações, a passividade promove a aceitação dos mecanismos de exclusão, mesmo com reclamações que não se materializam em ações de mudança. Em outros ambientes de trabalho, percebemos a recusa à aceitação passiva dos mecanismos de poder que utilizam a Emergência Psiquiátrica como o velho tapete para baixo do qual o que é tido como sujeira social é varrida.

A atividade clínica, exercida na cena descrita acima, se não questiona a sua pertinência, servirá como justificativa para a exclusão. Caso seja possível uma certa recusa, sem que isso signifique abandono daqueles seres humanos que ali estão, uma recusa aos mecanismos de exclusão, portanto, poderá acontecer induzindo a mudanças.

Ao questionar as diversas facetas dos mecanismos de poder que veiculam e justificam a exclusão, as equipes contestadoras, quando conseguem um diálogo institucional produtivo, induzem mudanças nas políticas públicas, além de mudarem a assistência que promovem.

Nota-se que as equipes que conseguem mudar a face da assistência às Emergências Psiquiátricas nos Hospitais Gerais, são as que conseguem sair de uma atuação clínica em que a psiquiatria predomina, constituem-se, ao menos, em equipes multidisciplinares, alteram a sua forma de gestão interna e influem, com negociações, na Equipe Clínica. Após anos de trabalho em locais com as características descritas, notamos que perdura, de modo variável, mas como uma tendência constante, a baixa tolerância ao chamado paciente psiquiátrico, com todos os mecanismos de exclusão em funcionamento. Este fato costuma ser alterado com a presença da Equipe de Saúde Mental, negociando a cada passo, com cada Equipe Clínica, diante do caso em atendimento, as mudanças necessárias.

É no dia a dia do contato entre Equipe de Saúde Mental e Equipes Clínicas que a complexa situação começa a se alterar. Há muitos detalhes a serem trabalhados: o preconceito, a recusa das Equipes de Saúde Mental ao recurso fácil da Internação Psiquiátrica, a falta de leitos em geral (o que provoca pressão para a alta ou para a Internação), a alegação constante dos médicos clínicos de que psiquiatria não é problema deles. Encontramos nos auxiliares e técnicos de enfermagem, porém, um setor que consegue uma boa aproximação com os usuários.

Presenciei a mudança no modo de atender às Emergências Psiquiátricas num Pronto-socorro, no qual, antes da intervenção da Equipe de Saúde Mental, os pacientes psiquiátricos nem eram retirados da ambulância, com os Clínicos fazendo o laudo da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), apenas olhando pela janela da viatura que havia apanhado a pessoa em casa ou na via pública. A simples menção de que propúnhamos tratar crises *dentro* do Pronto-socorro levava o pânico às Equipes. A negociação inicial incluiu, e essa é uma estratégia fundamental, que as pessoas em crise permaneceriam, ou não, no Pronto-socorro, depois de ouvida a Equipe Clínica. Trata-se de um modo de não forçar uma compreensão que, de fato, ainda não existe, conseqüência das formações dos profissionais e dos mecanismos institucionais e sociais de exclusão. Esta compreensão acontece com o andamento do trabalho, após muitas discussões de caso, que incluem o esclarecimento a respeito da Reforma Psiquiátrica, as novas formas de abordagem, o papel de cada membro da equipe no atendimento, a abordagem às famílias, o modo bastante diferente do modelo biomédico que a Saúde Mental usa para trabalhar, esclarecimentos a respeito de diagnóstico e medicação. Enfim, uma capacitação em serviço na qual a Equipe de Saúde Mental também tem muito a aprender: as péssimas condições de trabalho nos Prontos-socorros, o estresse em que vivem as Equipes Clínicas, a gestão não participativa destas unidades, com suas conseqüentes insatisfações, revoltas e falhas na organização do trabalho. Ocorre, assim, um convite à Transdisciplinaridade, na prática concreta da discussão de situações que estão acontecendo: Saúde Mental e Clínica Médica, na Emergência, abrindo-se para o questionamento de seus saberes e de suas práticas.

Uma boa estratégia a ser empregada nas Emergências é trazer a Equipe Clínica para a cena no atendimento, numa tentativa de inversão do pedido de parecer de especialista, que é o modo como o modelo biomédico opera. Ao chamar clínicos, enfermagem, serviço social e famílias para presenciarem a situação que está sendo abordada, abre-se a possibilidade da Transdisciplinaridade, naquele momento de suspensão do poder/saber do especialista. Por exemplo, de uma abordagem tradicional, do tipo “trata-se de um caso de agudização de

esquizofrenia, vamos fazer tal e qual medicação e esperar o efeito”, passa-se para: “este é o João, que voltou a ouvir vozes e a não dormir. O que estará acontecendo? O que podemos fazer?” Abrem-se essas questões para todos os presentes numa roda de discussão, em que os saberes de cada um são convocados para a compreensão e a solução. De início ocorre uma espécie de perplexidade entre os participantes da cena, mas os resultados são bons, devido à criação de um grupo afetivo de trabalho, diferente do anonimato e exclusão com que habitualmente essas situações são tratadas.

Podemos falar em Ampliação da Clínica, nesses atendimentos de crises em Pronto-socorros gerais, no seu aspecto de levar às Equipes Clínicas a compreensão a respeito de que ali não estão presentes diagnósticos, mas pessoas, famílias e comunidades em sofrimento. A formação médica aboliu a subjetividade e um dos resultados disso é que, em geral, as Equipes Clínicas dos Pronto-socorros tentam desconhecer as situações de Saúde Mental ou dar a elas, defensivamente, características de nulidade ou de uma ausência de complexidade que, por não haver instrumentos de compreensão para ela, são tratadas no estrito modelo biomédico. Daí, o campo de provocação que a Clínica Ampliada, a Transdisciplinaridade e a Integralidade podem abrir.

O conceito de Integralidade interroga o que está acontecendo na cena da crise e provoca ações em relação à complexidade que existe nestas situações. O que pode ser feito com as ferramentas Clínica Ampliada e Integralidade é, por exemplo, provocar o aparecimento das necessidades de saúde da pessoa que apresenta a crise, abrindo o campo de compreensão, investigação e atuação que a situação requer. Como é freqüente, a exigência do rigor no atendimento, observando todas as suas facetas, toma tempo e questiona, portanto, a falta de condições em que as Equipes estão trabalhando. Abrir a discussão sobre esse aspecto, quando ele emerge, traz o dado institucional que está, em geral, negado, fazendo aparecer alguns dos motivos da correria que o modelo biomédico permite e sustenta. O fato é que o modelo biomédico propicia que as Equipes dos Prontos-socorros permaneçam na precariedade em que vivem: sem condições apropriadas de trabalho, desconhecendo as necessidades humanas de quem está sendo atendido, fazendo parte do jogo que perpetua o que está estabelecido, mesmo à custa da saúde mental de quem trabalha.

As tentativas de suicídio, por exemplo, são habitualmente tratadas apenas sob o aspecto físico, orgânico. Cortou os pulsos, sutura e alta. Às vezes, com um encaminhamento frio e automático a um remoto ambulatório de Saúde Mental. Tomou medicação em excesso? Lavagem estomacal, observação, enquanto for necessária e alta. Quando entra em ação uma Equipe de Saúde Mental para a abordagem dessas situações, muita coisa muda. Descobrem-

se conflitos que poderiam levar a outras tentativas de suicídio, geralmente conflitos familiares ou situações de solidão extrema e isolamento social grave. É preciso, então, estruturar a possibilidade de alta, depois de uma articulação de uma rede consistente de apoio, já proporcionando um ambiente terapêutico que terá seguimento em outro lugar. Trata-se, então, de uma ampliação da clínica, que expande suas ações para muito além do orgânico, atingindo o que está sendo produzido de subjetividade na linha suicidária, o que família e comunidade têm a ver com isso, o que é possível reverter com essa ampliação.

Assim, utiliza-se a crise como momento de abertura para a mudança, e não apenas, como algo a ser sufocado com o modelo biomédico. Mas, para essa abordagem ser efetuada, surgem problemas, sendo um dos mais significativos deles a ocupação do leito do Pronto-socorro por mais tempo que a carência deles suporta. Ocorrem, então, as cobranças de rapidez, de alta apressada e críticas a respeito da lentidão com que a Equipe de Saúde Mental decide as coisas. Isso cria um interessante tensionamento, que provoca a discussão a respeito da necessidade de mais leitos para todos os que deles necessitam, fato que é evidente com a constatação dos corredores cheios de macas, com pessoas tomando soro sentadas em cadeiras, macas de consultórios ocupadas com pacientes em observação. A demora da resolução a respeito de uma alta, pela Saúde Mental, que pode durar apenas algumas horas, o que já incomoda, ou até um dia ou mais, aponta para o que estava sendo negado, ou tratado como algo já habitual: as péssimas condições dos Prontos-socorros. Da habilidade das Equipes de Saúde Mental, na condução dessas situações, dependerá a possibilidade de a articulação com as Equipes Clínicas acontecerem de modo produtivo.

Quando é possível para as Equipes de Saúde Mental conduzirem as ações de modo efetivo, os resultados podem ser animadores: permanência por vários dias de pessoas em surtos psicóticos, resolução completa do problema do tratamento das abstinências alcoólicas, estreitamento das parcerias entre os diversos profissionais envolvidos, compreensão por parte das direções a respeito do trabalho da Saúde Mental, abordagem mais efetiva às tentativas de suicídio, entrada de outros profissionais de Saúde Mental no atendimento, articulação do trabalho com o Serviço Social do Pronto-socorro. Como consequência, diminui, em muito, o número de Internações Psiquiátricas e o atendimento às situações de crise organiza-se.

A tentativa de influir no fator exclusão, para a realização do trabalho de atendimento às Emergências Psiquiátricas nos Hospitais Gerais, deve incluir todos os personagens envolvidos na cena: desde porteiros, guardas, motoristas, pessoal de apoio em geral, funcionários da portaria, médicos, enfermagem, administração, enfim, todos devem ser abordados para se transformar em agentes promotores da inclusão do mundo “mental” no dia

a dia do trabalho, numa ação de luta contra o estigma. De acordo com o senso comum, com o estigma, com o preconceito secular, todos os atores citados, geralmente, são agentes da exclusão. Com o trabalho diário podem tornar-se agentes da inclusão. O trabalho coletivo, da forma descrita, faz parte do que Gastão Wagner conceitua como co-gestão. (CAMPOS, 2000).

Um dos problemas para a alteração nos modos de gestão no atendimento às crises é o fato de que este atendimento, em geral, é realizado dentro de um Hospital Geral onde, comumente, vigora a forma de gestão autoritária, hegemônica na área de saúde. A decisão de atender as crises em Hospitais Gerais é defensável, tanto do ponto de vista clínico como da articulação dos serviços. Mas a dificuldade citada persiste, deve ser enfrentada com criatividade e com os instrumentos institucionais conhecidos pelo campo da Saúde Mental, como a discussão em grupo, a Análise Institucional, o envolvimento de todos na produção das ações necessárias. Deste modo, a atuação da Saúde Mental nas Emergências torna-se fator de alteração na forma de gestão institucional, aparecendo as noções de Transdisciplinaridade, Clínica Ampliada e Integralidade como ferramentas para a mudança. Não costuma ser parte das preocupações das direções dos Hospitais Gerais a correlação entre gestão e clínica. Mas a atuação das Equipes de Saúde Mental, utilizando cada atendimento como meio de ampliar o âmbito da discussão, envolvendo a gestão do que se faz e não apenas o que se faz, pode servir de provocação para alterações no modo gerencial hegemônico dos Hospitais Gerais.

A opção de atendimento às emergências nos CAPS, com a sua transformação ou não em CAPS III, surge como uma oportunidade para aumentar a governabilidade das ações de Saúde Mental no atendimento às crises. Exemplo desta possibilidade foi desenvolvida por Fernanda Nicácio na Oficina “O CAPS III e a superação das internações no hospital psiquiátrico”, durante o evento “Por uma Clínica Antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica que Queremos: Encontro Nacional de Saúde Mental!”, em Belo Horizonte, de 13 a 16 de julho de 2006. Trata-se de transformar os CAPS, com a participação dos usuários, familiares e comunidade, em estruturas prontas para o atendimento às crises, abrindo a possibilidade de permanência diurna e noturna do usuário, por curto prazo, neste dispositivo. As vantagens seriam a maior possibilidade de as Equipes de Saúde Mental participarem do acompanhamento das crises e por este ser desenvolvido num ambiente em que gestão e clínica estão em permanente discussão. Percebo que um dos riscos desta prática é afastar mais ainda a Saúde Mental da Saúde em geral, o que, nas Emergências Psiquiátricas pode ser danoso.

Antonio Lancetti também opina favoravelmente à utilização prioritária do CAPS III enquanto estratégia para evitar a internação em hospícios:

No meu modo de entender, o Ministério da Saúde deveria ter começado pelos CAPS 3, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, que funcionem 24 horas por dia, com possibilidade de agir no território e oferecer camas para hospitalidade diurna e noturna (LANCETTI, 2006, p. 47).

Mesmo para as Equipes que conseguem evoluir na sua forma de gestão e de abordagens clínicas, permanecem questões: as crises estão sendo abordadas, levando-se em conta toda a sua complexidade e amplo espectro de determinações, no que seria um trabalho orientado pela Integralidade? Estão sendo observados e, conseqüentemente, sendo alvo da incidência das ações os aspectos pessoais, familiares, econômicos, ambientais e sociais, numa ação informada pela Clínica Ampliada? É corriqueira, no atendimento às crises, uma atenção específica à dinâmica familiar? São observados os aspectos sociais, como local de moradia, nível socioeconômico, condições de habitação, apoio social, inserção social do dito paciente e de sua família, num movimento de ativação de Redes? As diversas visões em relação ao problema estão sendo colocadas em confronto, potencializando as possibilidades de criação de abordagens não convencionais, num trabalho de Clínica Transdisciplinar? Caso as respostas a estas questões sejam “não”, conclui-se que o que predomina é a psiquiatria medicamentosa e o controle biopolítico.

Ilustrativo do que estamos argumentando, em termos de crítica ao modelo biomédico que vigora, ainda, na maioria dos atendimentos às situações de crise, é o que fazemos corriqueiramente em relação aos chamados “surto psicótico”. Quando atendidos nos tradicionais Prontos-socorros, ou até mesmo em serviços onde existem Equipes de Saúde Mental atuantes, muito pouco escapamos do modelo biomédico. Pois, com que conceitos trabalhamos ao abordar um surto psicótico? O que se vê, em geral, é a deposição na medicação da maior parte da atuação terapêutica. Redução de sintomas. O que pode ser entendido como sufocamento do que está emergindo. Ocorre uma dissociação entre o que as Equipes de Saúde Mental supõem ser as determinações do surto e o que fazem com ele. As Equipes, em geral, concebem os surtos como emergentes com fortes componentes familiares, sociais e culturais, mas atuam como se fossem eventos meramente biológicos. A dependência do diagnóstico psiquiátrico e da conduta daí resultante é o que vigora. Os locais de

atendimento, as enfermarias de psiquiatria dos Prontos-socorros, ou mesmo de hospitais especializados, são em tudo semelhantes às enfermarias clínicas: leitos, e nada mais.

Onde estão as práticas que oferecem às pessoas em crise a oportunidade de expressar o que estão passando? Expressar e não fazer submergir. Para fazer expressar, a Clínica Transdisciplinar seria um instrumento básico, pois colocaria em debate e em ação diversas formas de compreender e de lidar com a loucura. Ampliando a clínica, na crise, necessariamente apareceriam os componentes de produção coletiva das mesmas, com suas conseqüências em termos de possibilidades de resolução. São tentadas abordagens deste tipo, mas sem a radicalidade necessária para uma efetiva mudança de modelo. Ainda tratamos as crises e os surtos psicóticos com o objetivo de desaparecimento dos sintomas. Limpar a área, fazer circular, dar altas, desocupar leitos. O financiamento do SUS precisa ser forçado a comportar clínica artesanal, a lentidão, as longas entrevistas familiares, as visitas à comunidade, as articulações de vizinhança. Do contrário, a rapidez é o mote. E para ela, o modelo biomédico é o adequado. Cabe às Equipes tomarem para si a responsabilidade de mudar este quadro, tendo como instrumentos, dentre outros, os conceitos e as críticas que estamos aqui desenvolvendo.

Ao descrever o que chama de “Situação do Curso”, no livro que transcreve as aulas dadas por Foucault com o título de “O Poder Psiquiátrico”, em 1973/74, Jacques Lagrange, define o projeto do autor d’ “A História da Loucura”, nesse curso, do seguinte modo: “Trata-se, doravante, de fazer a história servir ao desnudamento das relações de continuidade que vinculam nossos dispositivos presentes a antigas bases ligadas a determinado sistema de poder, com o fim de identificar objetivos de luta” (LAGRANGE, 2006, p. 457).

Podemos observar os mecanismos de poder funcionando plenamente na situação descrita, criando um quadro, nos “dispositivos presentes”, muito semelhante àquele, cujas descrições nos chegam de antes mesmo da separação entre loucos e não loucos nos porões dos Hospitais Gerais. A questão é: o que está à disposição das equipes, para que mudem o cenário de suas práticas e, para que, ao mesmo tempo, influam nas relações de poder em vigor na sociedade?

O trabalho com a Integralidade no atendimento às crises deve questionar o modelo biomédico, representado pela prevalência da psiquiatria, que, de outra forma, numa prática transdisciplinar, poderia ocupar seu importante lugar, mas não único lugar, para a compreensão das situações de crise.

As apresentações das crises, ditas mentais, ainda são vistas como algo afastado, tanto da medicina, quanto da vivência das famílias e comunidades. Depois de séculos de

isolamento, portanto de retirada da possibilidade de convivência com as crises, estamos em meio ao trabalho de devolver às pessoas, famílias e comunidades a capacidade de lidar com fenômenos humanos que se mostram sob a forma de agitações, delírios, alucinações, paralisias, crise de ansiedade, tristezas, tentativa de suicídio e outras diversas formas de as pessoas mostrarem o que estão sentindo. Com o trabalho com a Integralidade, o que pode ser pretendido é a entrada nos mais diversos caminhos de compreensão e de ações de mudança que uma crise proporciona. A divisão mental/não-mental que impera nos Prontos-socorros, a desatenção com a complexidade da situação que envolve uma crise é questionada pela Integralidade, que pode ser instrumento útil para práticas que envolvam a atenção para as múltiplas necessidades de saúde que tem uma pessoa em crise.

A Integralidade pode servir de princípio orientador para o questionamento da própria expressão “Emergência Psiquiátrica”. Por que “Psiquiátrica”, se essa “Emergência” vem de múltiplas determinações? Por que não Emergência Social ou Emergência Familiar, Comunitária, Econômica, Sociológica? Ficar, então, com o nome de “crise” nos parece menos redutor e traz a possibilidade de saídas produtivas. O termo “Emergência Psiquiátrica” mostra a continuidade das práticas do isolamento asilar e o predomínio de abordagens opostas à Integralidade, à Clínica Ampliada e à Transdisciplinaridade.

O trabalho com a Clínica Ampliada e com a Integralidade leva, necessariamente, ao diálogo com as forças e pessoas executoras dos mecanismos de poder que excluem ou isolam os fenômenos ligados às crises. A paciência, aqui, é uma arma preciosa. Não há muita esperança em bons resultados advindos de ordens de serviço e cursos obrigatórios, por exemplo, como meios de convencimento para a mudança da cultura institucional a respeito das abordagens às crises.

Os Programas Municipais de Saúde Mental avançam na abordagem às crises, quando inserem, na Emergência Geral, profissionais de Saúde Mental que, exclusivos do serviço ou não, passam a enfrentar os problemas e a conjuntura descrita acima no dia a dia do trabalho. Trata-se de capacitação em serviço, em que as Equipes de Saúde Mental, aos poucos, vão mostrando na prática como é a forma não excludente e participativa de trabalho. E é capacitação em múltiplas vias, porque as equipes de Saúde Mental precisam aprender a respeito do que é ser plantonista clínico numa Emergência Geral, com seus problemas, falhas de formação, sobrecarga de trabalho, ausência de gestão participativa, preconceitos. E também aprender o que é a sobrevalorização da administração, que em muitos Prontos-socorros é a instância que decide a respeito do recolhimento de pessoas das ruas, internações, e até altas. Recolhida a um mínimo de atuação, sem o desenvolvimento da gestão

participativa, as Direções Técnicas dos Prontos-socorros cederam lugar à administração como instância decisória, numa clara lembrança dos inícios dos cuidados com a saúde da população, quando o que importava era fazer desaparecer os desvalidos da cena urbana, colocando-os para sofrer abrigados pela caridade.

As Equipes de Saúde Mental conseguem, no dia a dia, mostrar, através de cada atendimento para os quais são chamados, os diversos fios que estão soltos na cena do aparecimento de uma crise; fios que são desconhecidos pelas práticas do modelo médico. Puxar esses fios na presença do pessoal clínico e administrativo é a base da transformação do atendimento às crises. Mostrar que o chamado “ataque histérico”, já em si uma categoria biomédica, revela sentimentos e conflitos. Que uma tentativa de suicídio aparentemente banal pode levar a outras menos inócuas, por indicarem sofrimentos ainda sem solução. Mostrar a complexidade que envolve uma agitação psicomotora ou um surto psicótico. Todos esses são termos médicos que precisam ser transcritos em vivências humanas, tomar corpo, terem suas histórias reconhecidas diante das equipes clínicas: um convite à Transdisciplinaridade, portanto. Abrir as histórias, que comumente são fechadas pelo modelo médico, diante de um grupo crescente de pessoas, estabelecendo um diálogo a respeito do que está emergindo, forçar a não submersão do que deve ser enfrentado e organizar as ações de cuidado, a partir da compreensão obtida.

A história das abordagens às crises revela, no momento, um movimento de descentralização. Do atendimento exclusivo nos Hospitais Psiquiátricos, passamos aos Hospitais Gerais, aos CAPS e estamos chegando às comunidades, onde algumas situações de crise já são manejadas. Trata-se de desenvolver, entre profissionais de saúde e comunidades, a possibilidade de lidar com fenômenos humanos historicamente rejeitados, incluindo-os na vivência cotidiana.

4.3 A Clínica nos Ambulatórios

... o problema não é mais fazer com que as pessoas se expressem, mas arranjar-lhes vacúolos de solidão e de silêncio a partir dos quais elas teriam, enfim, algo a dizer. Deleuze.

Os ambulatórios de Saúde Mental, certamente o dispositivo em que ainda é atendida a maioria das pessoas, representaram, na década de 80, a grande saída que se vislumbrava, para mudar a lógica do modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo em que se precisava de um instrumento que pudesse prestar assistência a um grande número de pessoas, mantendo-as

fora do circuito internação-casa-emergência-internação, existia um movimento de expansão de certas psicoterapias, especialmente aquelas de orientação psicanalítica, que fez incrementar a disseminação dos ambulatórios.

Mais tarde, no fim da década de 80 e início da década de 90, com a discussão a respeito das práticas em Saúde Mental em efervescência, foram também questionados os ambulatórios que, em geral, não conseguiram manter as pessoas atendidas fora do circuito da internação conforme as intenções iniciais. Como este tipo de ambulatório manteve a sua base no poder médico e na necessidade das pessoas de medicação, sustentada há muito tempo pelo modelo biomédico, a resistência à mudança para uma lógica que saísse desse modelo foi grande e permanece, ainda hoje, muito ativa. As experiências de trabalhos com grupos, de ampliação do ambulatório para o caminho das Oficinas Terapêuticas e para o espaço ampliado de acolhimento foram e são importantes, mas não extensas a ponto de mudar o modelo predominante. O atual ambulatório tem um volume de atendimento que, por si só, coloca esse dispositivo em Saúde Mental numa relevância considerável em termos de Saúde Coletiva. São legiões de pessoas que têm como única forma de atendimento o fornecimento de receitas, por exemplo. Efetiva-se, desta forma, uma estratégia consoante com as formas contemporâneas de controle das populações, num exemplo claro de como a área de Saúde participa da biopolítica. Se, no passado, por exemplo, o poder tratava de estimular os nascimentos, para favorecer a economia e a defesa do território, num mecanismo biopolítico de controle das massas, ou evitava que os pobres morassem em más condições, para impedir que doenças contagiosas chegassem aos ricos, hoje são medicadas intensamente as depressões e ansiedades, numa operação de sufocamento dos anseios coletivos. Suprime-se o sintoma individual como forma de manter controlados os sinais de alerta coletivos.

Para a realização das mudanças que ocorreram, principalmente a partir do fim década de 80 e início da de 90, a prática das Equipes Multidisciplinares foi alvo das preferências, tendo sido recomendada por encontros de profissionais e Conferências de Saúde Mental. A entrada em ação das diferentes categorias de profissionais de Saúde Mental, além da psiquiatria, deu nova dinâmica à situação descrita, caracterizando-se esta nova fase, de início, pelas lutas que envolviam o poder médico. A psicanálise teve papel de peso nesta etapa, levando-se em consideração que era a perspectiva clínica em que a maioria dos profissionais da psicoterapia estava sendo formada, a importância social que tinha e as tentativas que praticava na direção do questionamento do poder médico e da rígida distinção normal/patológico. A importância que a psicanálise dá à relação que se estabelece no

encontro entre o profissional e o outro contribuiu, de início, para questionar a precariedade dos atendimentos médico-centrados, que se prestavam a um trabalho “em massa”.

Os ambulatórios de Saúde Mental, hoje, possuem características gerais que podem ser consideradas bastante constantes, apesar das exceções. Funcionando com base num modelo da medicina liberal, compõem-se os ambulatórios de um conjunto de consultórios no qual os profissionais exercem sua oscilação entre fechar a visão e a abordagem no fato individual ou abri-las para as determinações e soluções coletivas do mal-estar dito psíquico e suas conseqüências.

Um exemplo da repetição das pautas liberais do trabalho em saúde, com todas as suas conseqüências de encobrimento das necessidades de saúde dos usuários, é o que é oferecido como ambiente de trabalho para os profissionais. Mostrando bem a influência da divisão taylorista do trabalho (MERHY, 2002), comumente são destinados para um psiquiatra, que começa a trabalhar num ambulatório, um consultório com uma mesa, uma cadeira para ele e mais duas cadeiras, para usuário e acompanhante. Este é o padrão dominante, ainda. Para completar o quadro da tecnologia dura e leve-dura (MERHY, 2002), estão sobre a mesa os receituários, os pedidos de exame, os blocos de atestados e o documento principal para a administração tradicional: o boletim de produção diária dos atendimentos, com seus códigos de doenças e de procedimentos. É através dele que são faturadas as consultas e que, em geral, as estruturas superiores da administração da Saúde conferem o que está sendo “produzido”.

Não é pouco freqüente que, antes mesmo de iniciar seu trabalho em um ambulatório, o psiquiatra já tenha uma agenda determinada de pessoas a serem atendidas, dentro do modelo descrito.

Para as outras categorias profissionais vigora o mesmo padrão: salas pequenas, mesas e umas poucas cadeiras. Um conjunto de compartimentos onde os especialismos devem se desenvolver. A sensação do “é assim mesmo” predomina, com a repetição de práticas que atendem à produção de números de atendimentos e de afastamento dos profissionais da vida real da população. Em larga escala, este mecanismo, que está plenamente em ação e não dá mostras de crise, pode ser caracterizado como um sufocamento coletivo dos anseios por melhores condições de vida: controle biopolítico.

Qualquer possibilidade de alteração do quadro exposto inclui o questionamento, pelo profissional, desta cena que lhe é apresentada. Propor mudanças nesta conformação de trabalho requer disposição para uma dura negociação. Envolve o modelo assistencial em vigor, idêntico ao que foi aprendido na formação acadêmica, a excessiva demanda, considerando esta forma de trabalhar, o estado da gestão/participação nas decisões que vigora

na unidade, a possibilidade política de levantar as necessidades dos usuários a partir da demanda, numa perspectiva da Integralidade e da Clínica Ampliada, a situação do trabalho em equipe e a determinação para fazer valer a Ética. Merhy, ao descrever os impasses e possibilidades do trabalho do médico, diz que, na lógica descrita,

... os processos de trabalho são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, cada vez mais, às capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde, como procedimentos, que não deixa mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber ou se o saber pontual ao trabalhador (MERHY, 2002, p. 104).

O ambulatório é o grande esquecido dos questionamentos e discussões atuais no campo da Saúde Mental. Mesmo com a enorme quantidade de pessoas atendidas neste equipamento, não são freqüentes os trabalhos publicados a seu respeito. Talvez, porque nele escondam-se, ainda, as práticas monodisciplinares, principalmente da psiquiatria, da psicologia e do serviço social. Ou porque colocar em questão a sua lógica, ameace fazer ruir não só os especialismos, questionando a formação das diversas categorias profissionais da Saúde Mental, mas também mexer na tensão constante entre demanda e oferta nos Serviços de Saúde Mental. Permanece, portanto, o ambulatório, como o paraíso dos especialismos.

Um exemplo do restrito debate a respeito dos ambulatórios, é o número de atividades ligadas a este dispositivo que foram registrados no evento “Por uma Clínica Antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica que Queremos: Encontro Nacional de Saúde Mental!”, realizado em Belo Horizonte, entre 13 e 16 de julho de 2006. Num levantamento que teve como fonte a Programação do Evento, observamos, além de muitos assuntos ligados a temas que não estamos tratando neste texto, a seguinte situação: nenhuma Mesa Redonda específica ou Oficina (apresentação extensa de experiências) a respeito de Ambulatório; quanto à “Apresentação de Relatos de Experiência em Serviços Substitutivos”, existiram trinta sobre CAPS, dezessete sobre Saúde Mental na Atenção Básica, oito sobre Oficinas Terapêuticas e apenas cinco sobre Ambulatório.

O Ministério da Saúde, no seu relatório da gestão da Coordenação de Saúde Mental dos anos 2003/2006, apenas apresenta propostas gerais em relação aos ambulatórios, não aprofundando o tema como o faz com os novos dispositivos em Saúde Mental. Sugere, por exemplo, que os ambulatórios articulem-se com a Atenção Básica e que funcionem numa lógica mais próxima da dos CAPS. (BRASIL, 2007). Aponta, portanto, para mudanças que requerem alterações no modelo assistencial e novos conceitos para a sua operação.

No artigo de Campos e Soares, cujo objetivo é “... descrever as concepções de serviços de saúde mental de trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do município de São Paulo” (CAMPOS & SOARES, p. 621), as autoras chegam à conclusão de que o objeto de trabalho dos trabalhadores de Saúde Mental dos ambulatórios é “... o sujeito em adoecimento psíquico” (CAMPOS & SOARES, p. 624). Quanto à finalidade do próprio trabalho, os trabalhadores de Saúde Mental dos ambulatórios definiram-no como “... a promoção da saúde mental do sujeito em adoecimento psíquico” (CAMPOS & SOARES, p. 624).

Sobre a percepção que os profissionais dos ambulatórios de Saúde Mental têm a respeito da concepção do processo saúde-doença

foi apontado o entendimento do sujeito como sendo constituído dentro de um processo biopsicossocial, portanto um processo complexo permeado por várias áreas. Entendem que no adoecimento mental entra em questão a complexidade de fatores que constituem o sujeito (CAMPOS & SOARES, p. 625. Grifos do original).

Os resultados da pesquisa das autoras mostra como é reduzida a visão que os profissionais de Saúde Mental pesquisados têm a respeito de seu objeto, de sua finalidade, de seus instrumentos de trabalho. No trecho citado, vemos que os profissionais centram sua análise no conceito de Sujeito, mesmo que admitindo uma ampla causalidade, mas para chegar à noção de adoecimento mental, voltando, portanto, ao modelo biomédico.

A forma como os ambulatórios de Saúde Mental lidam com a demanda é significativa, quando a observamos do ponto de vista dos preceitos do SUS, dos direitos da população, da relação entre gestão, clínica e política.

Habitualmente, os ambulatórios de Saúde Mental seguem, quanto ao modo como respondem à demanda, o modelo dos estabelecimentos médico-liberais, isto é, a marcação de consultas é feita por funcionários da portaria/recepção, que procuram nas agendas dos profissionais as vagas para as marcações. Como a demanda é sempre muito superior à possibilidade de atendimento, são comuns as “listas de espera” e algumas frases ditas na portaria, como por exemplo “volte outro dia, porque hoje não podemos marcar”, “não há vagas”. Outro detalhe que repete o modelo liberal é a aceitação dos encaminhamentos, como se eles estivessem realmente corretos. Isto é, aceita-se um encaminhamento que diz “Encaminhado à psiquiatria” ou “Encaminhado à psicologia”, ou “Menor encaminhado à psiquiatria devido a distúrbio de aprendizagem”, como se realmente essas fossem as

indicações corretas. Ora, sabemos que quem faz esses encaminhamentos, em geral, não tem capacitação em Saúde Mental, para discernir o que é o mais indicado. São médicos ou professores que, quando não conseguem dar conta de algo que suspeitam ser da área “mental”, fazem o encaminhamento mecanicamente. Mas, mesmo sabendo disso, os ambulatorios admitem esses encaminhamentos como corretos e providenciam as consultas requeridas. Trata-se de um exemplo da naturalização da demanda, ao recebê-la dentro do modelo biomédico, sem questionamento, o que representa uma ampla medicalização do social. São os mecanismos da biopolítica em ação, de forma disseminada, utilizando-se dos especialismos para operar, resultando em um corte das possibilidades de criação de formas de existências criativas. Notamos, portanto, uma operação maciça de continuidade com práticas de medicalização que já estavam sendo questionadas nas décadas de 70 e 80, mas que perduram até hoje.

Algumas conseqüências desse tipo de organização de serviço são: a rejeição de abordar, de imediato, problemas que podem ser graves; o adiamento de consultas que resultam em novos encaminhamentos, visto que o original não foi adequado; a insatisfação da população, que em geral aceita a situação com passividade; a peregrinação dos usuários pelos serviços, à procura do recurso de que necessita; atritos nas portarias, devido a protestos e reclamações, entre usuários e funcionários; extensas listas de espera para tratamentos; graus variados de incômodo nos profissionais e/ou nos gestores, em relação à demanda não atendida. Mas limpam-se as ruas, como em algumas passagens da história da Saúde Pública. Os indesejáveis não ficam perambulando a sua falta de sorte, mas esperando um atendimento que um dia chegará... quem sabe.

Pode-se observar que muitas pessoas faltam às consultas iniciais que têm marcadas para a psiquiatria e para os grupos de recepção. Estas marcações foram feitas para cerca de um mês ou mais de distância do dia da procura. Criou-se a insólita situação em que os profissionais ficam com seu tempo ocioso, esperando pessoas que não comparecem, quando, ao mesmo tempo, na portaria, existem outras pessoas marcando consultas para depois e muitos novamente não comparecerão. Tal situação é naturalizada, como se fosse assim mesmo que as coisas devem ser.

Uma das possibilidades de mudança na situação descrita está baseada no incômodo dos profissionais e gestores. O quadro descrito aponta diretamente para a carência de recursos em relação à demanda, ou para a necessidade de mudança do modelo assistencial, mas nem sempre, entretanto, o incômodo dos profissionais corresponde ao dos gestores. Em ambientes onde existe o predomínio do modelo gerencial autoritário, sem a existência de uma estrutura

de participação efetiva e sem decisões tomadas em conjunto, o quadro descrito é mantido abafado, sem discussão. Fica-se, para o questionamento e possível alteração na situação, na dependência da união dos profissionais para a mudança do modelo gerencial, ou, o que é mais raro, da união profissionais-usuários ou ainda dos protestos dos usuários.

Vamos examinar a situação criada em dois ambulatórios que têm estrutura participativa consolidada e reuniões de equipe decisórias.

Na primeira situação, trata-se do principal ambulatório de Saúde Mental da cidade, de cerca de 45 mil habitantes, que apenas possui um outro pequeno ambulatório numa comunidade afastada do centro.

Com a organização do serviço, sendo semelhante à que foi descrita acima, formaram-se listas de espera para psicoterapia de cerca de quinhentas pessoas e marcação de consultas de psiquiatria para até dois meses depois do dia da chegada do encaminhamento. A reação a essa situação, eminentemente ligada à organização dos serviços de saúde, sempre foi abordada apenas como “técnico-administrativa”, com mudanças na forma de receber os usuários que não tocavam na questão clínico-política presente. Para que as mudanças pudessem se dar, foi necessária pressão para abertura de espaços de discussão sobre o assunto. Havia algo como uma recusa coletiva de aprofundamento do debate a respeito, com adiamentos, geralmente na forma de uma alegada necessidade de que, para que algo mudasse, todos os profissionais devessem concordar. Mesmo com a direção da Unidade possibilitando a livre escolha, pelos profissionais, de que rumo tomar, os adiamentos foram inúmeros. Há um detalhe nesse adiamento: evitar que os profissionais ficassem na situação de terem os usuários na sua frente, sem possibilidade de atendimento tradicional. A mudança retiraria do pessoal da portaria a incumbência de dizer “não há vagas” e poderia provocar algo novo na equipe. Vejamos como chegou-se a esse ponto.

De início, para tentar solucionar o problema da grande demanda, foram criados grupos de recepção, o que ampliou a capacidade de acolher da unidade. Esta decisão foi tomada depois de muito adiamento e de ter-se iniciado, por um psiquiatra e por uma assistente social, sem esperar pela decisão coletiva, um grupo de recepção. A criação dos grupos de recepção, que foram adotados por outros profissionais, proporcionou nova e melhor dinâmica à equipe, que se viu confrontada com um maior número de pessoas a serem atendidas, o que acirrou a percepção do problema: não havia tratamento para todos. Aumentou a discussão nas reuniões de equipe e o tema foi abordado num Seminário Interno. Curiosamente, as decisões desse seminário não foram anotadas por ninguém.

Passado algum tempo, os grupos de recepção já não tinham mais vagas para a mesma semana, depois nem para a semana seguinte, e assim por diante, até que as marcações já estavam novamente em mais de um mês. Ao mesmo tempo, aumentava o incômodo dos profissionais que faziam os grupos de recepção, agora confrontados com a população sem ter como encaminhá-la. A situação apresentada merece ser destacada em alguns pontos:

1- que tipo de abordagem realmente é a mais adequada para essa população, na situação em que aparece no ambulatório? Seriam as terapias psicológicas e as consultas psiquiátricas do que mais necessitam, ou outras formas de lidar com o problema seriam mais úteis, como por exemplo, os grupos de convivência?

2- como deve ser discutida com a população a situação da precariedade das condições de atendimento?

O primeiro ponto envolve um aspecto clínico-político interessante de ser debatido e, a respeito dele, alguns caminhos vêm sendo experimentados. Propõem-se novas formas de atuação grupal, novos modos de dinâmica e organização do serviço são praticados, novas duplas de profissionais são criadas. Este é um momento para a discussão e a prática com os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade. Pois, quais são as necessidades de saúde dessa população? Qual a responsabilidade política dos profissionais envolvidos? Qual a clínica que se pratica? Que alcance familiar, social e de estimulação de redes possui? Como se confrontam, se questionam, se modificam e se potencializam os saberes envolvidos?

O jogo entre os conceitos citados, uns entrando em relação de intercessão com os outros, tem aqui campo fértil. A Integralidade orienta de forma mais geral a direção da política pública, apontando para as necessidades de saúde dos usuários, de modo individual e enquanto um coletivo, provocando a entrada em ação de noções operatórias, como a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade. No caso descrito, fica evidente a precariedade, em termos de atuação concreta individual e também de mudança de modelo, da Clínica Oficial. A ampliação da clínica mostra-se, aqui, um instrumento provocador de mudanças de modelo, ao mesmo tempo em que proporciona uma atenção qualificada aos usuários. A Clínica Ampliada pode ajudar a retirar a clínica em Saúde Mental da indigência das abordagens reducionistas, sejam elas biológicas ou psicológicas. A Transdisciplinaridade funciona como elemento básico para a quebra das barreiras entre os saberes profissionais, o que leva ao questionamento dos objetos criados pelas práticas diárias. A recepção nos Ambulatórios de Saúde Mental é campo fértil para a Clínica Transdisciplinar, na medida em que é neste momento que são constituídos os objetos a serem abordados. Manter o discurso da doença

mental e do sufocamento dos sintomas ou partir para a produção de vida, é a encruzilhada em que estão colocados os profissionais dos Ambulatórios.

Mas, em relação ao segundo ponto, a reação é um misto de espanto, recusa, alheamento, falta de possibilidade de escuta. Percebemos que já está estabelecido que quem diz ao usuário do SUS que ele não vai ser atendido é o funcionário da portaria. Nos ambulatórios de Saúde Mental, em geral, já passamos da lamentável fase de haver dias de marcação de consultas, fato corriqueiro nos Postos de Saúde, por exemplo, e em hospitais, o que leva à população a dormir nas filas, situação na qual a tarefa de barrar os excedentes cabe muitas vezes aos guardas. Porém, mesmo na Saúde Mental, naturalizamos o fato de que os profissionais de saúde não se envolvem com o excesso de demanda. Não cabe a eles entrar no mérito dessa questão. Atendem às pessoas que a administração lhes coloca na frente, mas aquelas a quem não pôde atender não fazem parte de seu mundo de preocupações. Esta é a atitude dominante.

A provocação para a discussão foi feita apontando que temos dois problemas: as deficiências do orçamento do SUS e um modelo assistencial com acento biomédico que não responde a contento às demandas em Saúde Mental. Problemas antigos, complexos, que dizem respeito a todos os envolvidos na situação, desde autoridades federais, estaduais, municipais, profissionais de saúde, gestores, população. E por que, precisamente, cabe aos funcionários da portaria anunciar que... não há vagas para tratamento? Diante de situação eminentemente política, os profissionais de saúde recolhem-se às suas técnicas, aos seus especialismos, lavando neles as suas mãos? O que há é o medo de que qualquer atitude que represente passar para o lado da população, discutindo com ela as dificuldades do sistema de saúde, incomode os escalões superiores?

Não se trata de apenas dizer “não há vagas”, mas de criar formas de atender à demanda que não seja necessariamente uma remota consulta com um especialista. O aprisionamento no procedimento “consulta”, que leva às limitações ou distorções da Clínica Oficial ou à Clínica Degradada, deve dar lugar à ampliação da clínica. O conceito de Clínica Ampliada, neste ponto, pode estimular a criatividade que estenderá o alcance tanto da percepção dos problemas que chegam, quanto da oferta de trabalho clínico.

O exemplo italiano dos serviços abertos deve inspirar práticas que acolham a demanda e, ao mesmo tempo, promovam uma ampla discussão, com a população que recorre aos ambulatórios, a respeito de suas necessidades de saúde, incluindo o estado dos serviços de saúde, e de suas condições de vida.

Um dos argumentos que paralisa a resolução do problema que estamos discutindo é o seguinte: “não podemos reservar horários para o atendimento a todos os que chegam na porta porque estamos com os horários ocupados com os tratamentos”. Isto é, utiliza-se como alegação para a não mudança o modelo biomédico, o qual todos teoricamente comprometem-se a mudar.

A proposta para enfrentar a situação descrita, já praticada em alguns serviços no Brasil, é retirar a portaria do caminho entre população e profissionais, com acolhimento imediato de todos os que procuram o serviço. Acessibilidade, pelo menos no que diz respeito a quem consegue chegar à unidade. Questionamento da demanda, ao mudar o tipo de oferta. Desnaturalização da demanda, com a prática apontando para intervenções transdisciplinares. Não mais especialismos reducionistas no caminho entre uma demanda carregada de problemas e soluções sociais, mas a abertura para o desvio que pode ser promovido com práticas inicialmente clínicas. Estas podem, também, resultar em ações não necessariamente clínicas, como, por exemplo, as atividades comunitárias que têm início em práticas clínicas enquanto um início disparador. Para isso, é necessário remover a função de barreira que a recepção tradicional exerce, segundo um modelo das clínicas da medicina liberal, sob uma capa de organização. Temos, nesta situação, um exemplo típico de avanços nas ações de Saúde Mental sendo dificultados pela associação entre as deficiências no financiamento e os especialismos. Ambos trabalham para a manutenção do modelo assistencial que queremos superar.

Na forma aludida de recepção, em grupo, cabe aos profissionais de saúde o diálogo com a população a respeito das possibilidades de acolhimento, isto é, promover o debate sobre a real capacidade de atendimento do sistema e dos serviços. Esta última ação encontra respaldo na Lei do SUS, no seu Capítulo II, Princípios e Diretrizes, item VI: “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário” (LEI 8.080). Com o estabelecimento desta discussão, torna-se clara a dimensão política das práticas em Saúde Mental, práticas estas que são, ao mesmo tempo, políticas e clínicas. Desta forma, não é mais possível fazer a distinção se é um ato clínico ou político discutir com a população a respeito do que é tratamento, do que cada um precisa dos serviços de saúde e de atividades não existentes nestes serviços. Talvez seja exatamente por esta imbricação tornar-se clara, que as práticas assim constituídas são de difícil adesão por parte dos profissionais.

Detalhe da maior importância é a análise das condições políticas que precisam ser criadas, nos municípios, para que as administrações consigam suportar este tipo de questionamento da demanda a que estamos nos referindo. Não é à toa que a maioria dos

profissionais de saúde não se envolve nas discussões e ações políticas dos programas de Saúde Mental. Uma espécie de “sinal” lhes indica que o terreno é minado e que seus empregos precisam ser mantidos. Criar as condições políticas para os avanços, é uma das funções dos coletivos do movimento da Saúde Mental.

Um exemplo de solução para o problema da demanda dos ambulatorios, do atendimento em Saúde Mental em geral e de rearranjo de toda a rede de Saúde Mental é a experiência dos Centros de Saúde Mental de Trieste, na Itália. Examinando o que está descrito no livro de Denise Dias Barros (BARROS, 1994), vemos que a questão da acessibilidade foi resolvida com a implantação de serviços, funcionando nas vinte e quatro horas do dia, e que são “... globalmente responsáveis pela pessoa que solicita ajuda...” (BARROS, 1994, p. 106). Trata-se de uma outra lógica ambulatorial, na qual não há nenhum critério de seleção da clientela, estando todos os que procuram o serviço, por princípio, sob a responsabilidade territorial da equipe. É o que a autora se refere como princípio da “porta aberta”, que podemos entender como o serviço estar disponível sem nenhum tipo de barreira, como os que aqui conhecemos: encaminhamentos, seleções, avaliações, listas de espera, retorno da portaria sem nenhum contato com os técnicos.

Há um detalhe, nesses Centros de Saúde Mental, que para nós é muito instrutivo, por ser mesmo oposto ao que por aqui, em geral, pratica-se. Existe uma “... ética de trabalho que controla o poder e a autonomia do técnico de hierarquizar necessidades ou sofrimentos segundo justificativas ligadas ao seu saber-poder” (BARROS, 1994, p. 108). Isto é, as práticas são construídas de acordo com as necessidades da população e não para atender aos desejos dos profissionais e às idiossincrasias de suas formações.

Estamos enfrentando, então, dois problemas dos Ambulatorios: a demanda excessiva do ponto de vista do modelo predominante, o que provoca sérias dificuldades na acessibilidade, e o que se faz com a demanda que é atendida.

Sob o ponto de vista da biopolítica, o ambulatório tradicional, que aqui estamos descrevendo, é um instrumento que promove o sufocamento do potencial transformador que a queixa psíquica tem. Levando-a para os caminhos da medicalização e da psicologização, ou das demais condutas profissionais isoladas, o ambulatório que estamos criticando promove o afastamento entre a potência de transformar e as ações que levariam à transformação. Ocorre a individualização dos problemas e o estancamento das possibilidades de singularização e coletivização, numa operação muito importante para os desígnios do controle biopolítico da população.

As tentativas de mudança da situação descrita envolvem a adoção de práticas que tomam a vida, enquanto elemento de resistência. (PÉLBART, 2003). Se os mecanismos de produção de subjetividade, neste momento em que vivemos, levam a que a vida seja controlada, não é por isso que ela deixa de protestar. Protesta, por exemplo, sob a forma dos variados sofrimentos. A produção de subjetividade contemporânea não dá conta de formar vidas totalmente obedientes e satisfeitas. Assim, as manifestações de sofrimento, que são exemplos do que escapa dos mecanismos de produção de uma subjetividade, que deveria ser totalmente adaptada ao atual modo de produção, podem ser levadas a produzir mudança e diferença, caso a produção das práticas em Saúde Mental incluam conceitos que as potencializem para este fim.

Neste ponto, cabe uma advertência em relação às práticas grupais que são realizadas nos ambulatórios e em outros dispositivos de Saúde Mental. Insiste-se, para que os profissionais realizem grupos. Mas, notamos dois graves problemas: 1- Faz-se isso muito mais numa perspectiva de ampliar a capacidade de atender um número cada vez maior de pessoas, mas sem a necessária afirmação do valor em si das práticas grupais. 2- Empurramos os profissionais para as práticas grupais muitas vezes sem o fornecimento do respaldo teórico-técnico necessário, como se realizar grupos fosse algo que não é necessário aprender. As conseqüências desses dois pontos podem ser lamentáveis, pois a tendência é ampliar o alcance do controle, já que, ao realizar grupos sem a devida crítica, a tendência é repetir as pautas de dominação vigentes na sociedade. (PINTO, 1998).

Os trabalhos com grupos podem ser práticas privilegiadas, para colocar em ação os conceitos que elegemos nessa dissertação. A Integralidade pode ser desenvolvida através da discussão coletiva das necessidades de saúde de todos os envolvidos, com a mobilização característica dos trabalhos com grupos agindo no sentido da estimulação das Redes. Amplia-se a clínica com a dimensão grupal, incentivando, também neste aspecto, a produção de redes e lançamento dos problemas e soluções para o campo social. E a Transdisciplinaridade é provocada no trabalho conjunto entre profissionais de formações e origens diferentes, na troca entre saber estabelecido, oficial, e o saber popular e pela discussão em equipe do material dos grupos.

Uma das experiências de mudança efetiva nas formas de trabalho ambulatorial é a desenvolvida por Paulo de Tarso de Castro Peixoto, que a estuda e descreve na sua dissertação de mestrado em Psicologia na Universidade Federal Fluminense. Em um trabalho ainda não publicado, intitulado “Da invenção das práticas de capitulação da diferença à prática da invenção instituinte em Saúde Mental: Caminhos para a heterogênesse” (PEIXOTO,

2007), Paulo critica as práticas atuais em Saúde Mental, enquanto decorrentes do velho afã de transcendência, propondo, então, como objeto de sua prática heterogenética a “... existência complexa e o sofrimento complexo”. Esta existência e este sofrimento devem ser, para Paulo, encarados e enfrentados na imanência, o que ele descreve da seguinte forma:

A complexidade da existência é tecida pela física dos encontros, qual seja, como sofremos as ações dos acontecimentos. Numa última análise, o sofrimento complexo é a dinâmica das experiências/acontecimentos que se dão numa dimensão infinitiva. Dinâmica expressiva e atual do grau de potência: do poder de ser afetado pelas forças intempestivas do contemporâneo (PEIXOTO, 2007, p. 10).

As práticas grupais, assim propostas, negam a interiorização (prática de tentar buscar na resolução de conflitos supostamente “internos” a saída para o sofrimento) como meio de busca da resolução do sofrimento, preferindo a procura de linhas de fuga coletivas e lançar o que é trazido como sofrimento individual para o conjunto da cidade, das relações sociais amplas, da produção de estratégias coletivas de invenção da vida.

O tratamento das psicoses, nos ambulatórios, é uma prática que vem sendo gradativamente abandonada com o aumento da rede dos CAPS. Mas, devido a alguns fatores, como a demora na implantação de CAPS, a falta de indicação para a implantação desses serviços em municípios com poucos habitantes, a resistência dos profissionais dos ambulatórios a encaminhar seus pacientes para os CAPS, a falta de disponibilidade dos CAPS absorverem a demanda, o fato é que uma significativa parcela de pessoas com diagnósticos de psicose é tratada em ambulatórios.

Como a proposta de implantação de CAPS costuma estar na pauta das discussões das equipes ou mesmo à espera de decisão gerencial para sua efetivação, a transição ambulatório-CAPS é um assunto presente em muitas unidades e municípios. O que notamos, também nesta situação, é uma relutância nas equipes em operar a transição entre a lógica ambulatorial e a lógica dos CAPS, o que aponta, também, portanto, para dificuldades, quando de sua implantação. Isto, porque não é apenas de uma mudança de tipo de unidade que estamos falando, mas de uma mudança de paradigma: não mais a prática liberal de procura espontânea dos serviços, mas a responsabilidade compartilhada e a incorporação da Integralidade nas ações; não mais a passividade dos profissionais e das equipes em relação aos usuários faltosos, mas a atenção a todos os detalhes que podem estar afastando-os das unidades de Saúde Mental; não mais os tratamentos sob responsabilidade apenas de um profissional, mas

as equipes, os coletivos de trabalho, a Transdisciplinaridade, como bases das abordagens. Não mais o paradigma do objeto de intervenção definido como a doença mental ou o doente mental, mas sim as relações sociais como alvo, numa ampliação da clínica, tendo como conceitos chave o Território e as Redes.

Provavelmente, devido a entraves na percepção desses fatores, relutam as equipes em operar na lógica dos CAPS, quando ainda estão nos ambulatórios. Mesmo reconhecendo que o caminho correto seria destacar a “equipe que vai para o CAPS” para, desde logo, organizar-se enquanto CAPS e funcionar na sua lógica, ainda no ambulatório, os adiamentos costumam ocorrer. A alegação, a de sempre: falta de horário, já que todos estão envolvidos com o modelo antigo.

No ambulatório que descrevi quando da discussão, acima, sobre demanda, tinha sob minha responsabilidade cerca de vinte e cinco pessoas com diagnóstico de psicose. Muitos deles estavam inseridos em Oficinas Terapêuticas, mas sem que isto significasse um efetivo trabalho em equipe com a responsabilização que se espera para este tipo de necessidades. Pode-se dizer que havia um trabalho multidisciplinar, com algumas discussões de casos nas quais a clínica era avaliada, numa tentativa de ampliar as ações do ambulatório. Eu não fazia parte da “equipe que vai para o CAPS”, mas dos que ficarão no ambulatório; conseqüentemente, dos que transferirão os usuários, na medida do que for clinicamente indicado, para o CAPS.

O que aqui passo a descrever, surgiu como um interessante analisador da relação ambulatório/CAPS. A situação andava no passo dos adiamentos, até que precisei afastar-me do ambulatório por dois meses, o que resultou na chamada de um outro profissional, em regime emergencial. No meu retorno ao trabalho, não assumi de volta as pessoas que então estavam com o novo psiquiatra, mas sim outras funções (Coordenação da Emergência Psiquiátrica, Educação Permanente e Supervisão de Estagiários). Com isso, saí um pouco da discussão a respeito de como a unidade operava a transição ambulatório-CAPS, acomodando-me e esfriando a questão na discussão coletiva. Com o fim do contrato do psiquiatra, foi preciso que eu voltasse a atender às pessoas citadas. Este foi o momento que percebi como propício a uma mudança-provocação. Conhecendo a equipe e a sua tendência ao adiamento das decisões, decidi e avisei que passaria a marcar todos os psicóticos para a manhã de um de meus dias de trabalho, todos juntos. A reunião seria num dos auditórios, local próprio para Oficinas Terapêuticas. O que ouvi foram expressões de espanto: “mas como vai ser isso?”, “todo mundo junto?”, “e isso aqui comporta essa proposta?”. O que eu disse foi: “todo mundo aqui quer mudar a forma de atender e que venha logo o CAPS. Então, por que não

começar logo?"; "vou precisar de ajuda". Claro que eu sabia que não seria possível realizar o que foi proposto, sem que a equipe assumisse conjuntamente o trabalho. Essa é que era a provocação: chamar a equipe, com um ato, para a prática. Sugerir que os profissionais responsáveis por uma Oficina de Culinária, realizada no mesmo turno, ajudassem, bem como a Assistente Social e os estagiários que estavam fazendo discussões sobre Saúde Mental, comigo, naquele horário.

Assim, foi marcada a primeira reunião, ainda em clima de improviso e "vamos ver o que acontece". O que aconteceu foi: os profissionais correram para ajudar e gostaram da nova forma de trabalhar; o que até então era um atendimento composto de consultas psiquiátricas associadas precariamente a Oficinas, transformou-se num efetivo trabalho em equipe; a necessidade de responsabilização apareceu de forma até então não realizada; a criatividade desenvolveu-se em todos os envolvidos, com a transformação do turno de trabalho em um bom momento para a organização do que serão as atividades do CAPS; com a notícia tendo chegado aos outros técnicos, dos demais dias de trabalho, houve a decisão de oferecer espaço semelhante em outro dia da semana, para os mesmos e para outros usuários, com a utilização dos meios de comunicação da equipe para a integração do que passou a ser feito; constituiu-se, finalmente, a "equipe que vai para o CAPS" como Equipe de verdade, com dia de reunião regular e tomada de decisões.

Podemos observar este acontecimento por vários lados. Mesmo num ambiente institucional de participação, como é descrito, as reuniões de equipe tornam-se, freqüentemente, momentos de repetição e não de mudança. A maioria das unidades de Saúde Mental não conta com supervisores de equipe, o que colabora para essa espécie de paralisia. Insistir em "levar a assunto para a reunião" torna-se, às vezes, obsoleto, portanto. O ocorrido exemplifica a potencialidade do ato individual como fator disparador de movimento, nessas situações. Trata-se da criação de um acontecimento que tomou a função de disparador de mudança e de analisador.

Na situação apresentada, antes da provocação, a Integralidade não estava sendo efetivamente praticada, nem pelos profissionais envolvidos nem pelo serviço. Com a mudança, diversos aspectos da vida das pessoas atendidas surgiram como tendo necessidade de intervenção, o que passou a ser feito. Não havia esboço de Transdisciplinaridade na forma quase tradicional de atendimento que existia, que era apenas quebrada pela Oficina Terapêutica, mas sem que esta provocasse a Transdisciplinaridade. Mesmo com três categorias profissionais (psiquiatria, terapia ocupacional e psicologia) envolvidas no trabalho consultas/oficinas, a troca era precária. Com a mudança, a discussão coletiva a respeito do

que estava sendo feito foi potencializada, tornando-se a manhã de trabalho um momento de constante discussão interdisciplinar, com possibilidades de prática transdisciplinar e mudança na qualidade das Reuniões de Equipe. Ampliou-se o alcance da Clínica exercida, com as discussões e ações que necessariamente surgiram, ampliação essa que envolve família, comunidade, ações intersetoriais e movimento associativo de usuários. A Clínica saiu dos limites do serviço, com as Visitas Domiciliares, a integração das famílias nas atividades, a melhor percepção de quem são as pessoas atendidas, a busca de recursos intersetoriais. Houve, portanto, uma quebra na continuidade que o ambulatório tradicional representa, ocorrendo uma transição para algo que pode significar descontinuidade: práticas que, ao mesmo tempo, questionam os saberes profissionais e que se lançam para a vida extra-institucional.

Na sua forma tradicional, as práticas ambulatoriais dificultam a criação de redes, a partir do que é demandado aos serviços. Em Saúde Mental, este fato torna-se mais evidente, devido à proximidade do sofrimento mental com as situações familiares e sociais. Na forma habitual de trabalho dos ambulatórios de Saúde Mental, ou seja, a de conjuntos de consultórios, a criação ou ativação de redes sociais, intersetoriais, de apoio, é precariamente desenvolvida devido ao corte operado nas ligações entre a demanda/sintoma/sofrimento e o campo social de onde provêm. Cortam-se os fluxos do desejo do campo social que é seu constituinte. (DELEUZE & GUATTARI, 1976). A interiorização promovida pelas consultas, principalmente da psiquiatria e da psicologia, obstrui as possibilidades de compreensão e resolução da demanda/sintoma/sofrimento dentro do campo social. E esta operação pode ser executada sob o aspecto de um trabalho multidisciplinar e “moderno”. No exemplo relatado acima, consultas psiquiátricas e Oficinas Terapêuticas, associadas, constituem uma prática melhor que as simples consultas, mas estão longe de promover a Integralidade, a Transdisciplinaridade, a Clínica Ampliada, a responsabilização e a potencialização das redes.

Podemos também tomar o exemplo citado como meio de discutir as conseqüências dos diversos tipos de atendimento à população para a criação, estimulação ou desenvolvimento dos movimentos. Gostaríamos de localizar a discussão na situação criada para os profissionais de Saúde Mental, no caso, da seguinte forma: como suas práticas estimulam os movimentos, ou os inibe? Chamamos, aqui, movimentos, àquelas práticas coletivas que tomam para si o questionamento dos fatos sociais percebidos e tratam de influir para mudá-los.

Nas práticas clínicas corriqueiras, aquelas que levam à interiorização e ao impedimento dos fluxos do desejo, separando-os do social, a possibilidade de ativação de

movimentos está barrada ou muito dificultada, sendo o profissional de saúde o agente final do emperramento. Uma imensa operação de sufocamento das possibilidades de lançar para o campo coletivo, a discussão e resolução dos problemas que se apresentam como individuais, é realizada através de práticas clínicas de todo bem intencionadas. Trata-se do Estado operando o controle, através de seus funcionários, nós, os profissionais de saúde. Quando é possível romper com a operação descrita e provocar desvio, surge a potencialidade dos movimentos.

Regina Benevides e Eduardo Passos apontam, em trabalho de 2005, para espaços de criação nos limites do alcance do Estado, mesmo que situados no seu interior. (BENEVIDES & PASSOS, 2005, p. 568). São interstícios relativamente livres do controle, à espera de ocupação. Cabe aos praticantes da Clínica em Saúde Mental perceber as possibilidades de abertura e atuação nesses espaços, munidos de conceitos próprios para tal. Como dizia Guattari, muitas vezes trata-se apenas de “... não atrapalhar.” (GUATTARI, 1981, p. 139) um fluxo que já produz movimento, bastando agenciar encontros.

A Integralidade é um importante princípio, para dar direção à caixa de ferramentas das práticas clínicas ambulatoriais. A noção informa, por exemplo, a respeito das relações entre demanda e oferta, numa valorização das necessidades de saúde como elemento básico a ser observado nas práticas de saúde. As práticas clínicas dos ambulatórios de Saúde Mental estão à espera de que o movimento da Reforma Psiquiátrica as potencialize, enquanto dispositivos que possam, numa aproximação entre profissionais e usuários, exercer um papel de questionamento das condições de vida e de trabalho da população. A atenção para as necessidades de saúde de quem procura atendimento em Saúde Mental pode ser um passo para ações que levem a esse questionamento e ao desenvolvimento dos movimentos e das Redes.

A noção de Integralidade fornece uma base, para que a formação acadêmica das diversas categorias profissionais envolvidas no campo da Saúde Mental valorize a visão global da situação que envolve o que aparentemente apresenta-se apenas como uma queixa individual. A relação de intercessão deve dar-se com a Clínica Ampliada, que informa a respeito das alterações nas relações profissionais/usuários e profissionais/gestão.

As noções/conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e de Transdisciplinaridade apontam para a dimensão política das práticas em Saúde, o que nem sempre está claro para quem trabalha nos ambulatórios de Saúde Mental. Estes dispositivos mantêm-se muitas vezes afastados da discussão política da Reforma Psiquiátrica, que ficou muito centrada na questão dos CAPS e das Internações Psiquiátricas. Neste ponto, a Integralidade pode servir de núcleo

catalisador da percepção de que, por exemplo, excesso de demanda, como respondemos a ela e com que instrumentos, que tipos de resposta damos à demanda (apenas medicação e psicoterapias?), são problemas políticos. Bem como são políticas as diferenças entre as diversas práticas clínicas.

A Integralidade e a Clínica Ampliada apontam para que as redes sejam privilegiadas, enquanto fator de promoção e manutenção do cuidado. Trata-se de uma boa provocação para os ambulatorios, que não costumam operar na lógica das redes.

A Integralidade e a Clínica Ampliada devem provocar o debate em relação às condições de trabalho nas unidades ambulatoriais de Saúde Mental. A cobrança da produção dos profissionais por procedimentos, com números estipulados previamente pelas administrações das unidades de saúde, pode colaborar para a negação do cuidado, enquanto fator central na relação profissional-usuário. O centro das atenções é a produção de números, de quantidade de procedimentos, o que causa insatisfação do lado do profissional que, se não tem um ambiente de gestão participativa onde possa tentar reverter a situação, transfere essa insatisfação para a relação com o usuário.

A Integralidade e a Clínica Ampliada podem estimular, na discussão das políticas de Saúde Mental, o problema das condições de trabalho do profissional de saúde da área. É necessário que movimentos, mesmo locais, surjam e se fortaleçam na suas múltiplas articulações.

4.4 A clínica nos Centros de Atenção Psicossocial

O curioso é que no trato com a loucura precisamos dar um tempo que nós mesmos não temos. Peter Pál Pelbart.

Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram tanto como uma resposta à falência da Internação Psiquiátrica, enquanto meio de abordagem às psicoses, quanto como uma crítica ao Ambulatório. Este último dispositivo não estava mostrando-se resolutivo em relação ao problema a ser enfrentado na proposta de tratar sem internar. De fato, Jairo Goldberg chama o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de “... equipamentos convencionais...” (GOLDBERG, 1996, p. 19), o que se constata até hoje.

Apesar de ainda preso a categorias como “doença mental” e “doente”, o livro de Jairo, citado acima, tornou-se um clássico devido à sua crítica clara e objetiva em relação aos

absurdos da Internação, à ineficiência do Ambulatório e à especificação da proposta dos CAPS. O que é preciso destacar é a redução da questão da psicose às tramas do modelo biomédico, que é feita na abordagem nesses dois equipamentos disciplinares, articulados com o respaldo e o domínio da psiquiatria.

O primeiro CAPS do Brasil, o “Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira”, foi inaugurado em 1986, num contexto de saída do regime autoritário, de possibilidade de projetos na área pública de saúde, no caso no Estado de São Paulo, e de efervescência no campo da Saúde Mental, quanto à articulação política e propostas de mudança nas práticas. Estava criado um contexto, portanto, em que foi possível colocar em funcionamento um dispositivo em Saúde Mental que pretendia romper com o que estava estabelecido (internação e ambulatório), numa tentativa de promover algo que representasse uma descontinuidade na história das propostas de mudança em Saúde Mental.

Jairo utiliza-se das experiências de La Borde e de Trieste, para sustentar a proposta do novo dispositivo, o CAPS, a ser tentado como forma de aproximação com a psicose que fugisse à lógica da exclusão, do confinamento, do isolamento.

Jairo aponta diversas influências para o movimento da Psicoterapia Institucional francesa, uma das inspirações das novas práticas no Brasil: a Revolução Espanhola, o Surrealismo, Artaud, Moreno, Lewin, Bion, Sullivan e Marx. (GOLDBERG, 1996). Além dessas fontes, Jairo diz que “Toda essa mobilização frutificou também na constituição de uma teoria psicanalítica das psicoses, com conseqüências decisivas no tratamento dos psicóticos em instituição” (GOLDBERG, 1996, p. 66). Ressalta a importância da *prática*, enquanto elemento básico para as tentativas de mudança institucional que sustentem formas produtivas de aproximação com a psicose. Jairo define que

Só a prática – entendida aqui como uma rede de relações terapêuticas (transferenciais) que envolve os indivíduos no movimento permanente de produção da instituição – só ela é capaz de fazer emergir aos poucos o móvel da Psicoterapia Institucional: a psicose (GOLDBERG, 1996, p. 66).

Citando Oury, o autor destaca a ativação das instâncias institucionais que se aglutinam no Coletivo, espécie de conjunto de grupos e de instituições criados para dar forma à proposta do trabalho clínico.

A criação de uma estrutura de decisões coletivas, envolvendo todos os participantes da experiência CAPS, é o ponto fundamental para a base da proposta de organizar um

coletivo que possua a potência de estar em constante reformulação e questionamento. Com origens nas Comunidades Terapêuticas, na Psicoterapia Institucional e na experiência italiana, a discussão coletiva promove a inserção de todos os participantes do CAPS numa rede de relações que se pretende desalienante e terapêutica.

Todo o esforço inicial para a instalação de uma Equipe de CAPS volta-se para capacitar seus membros para esta tarefa: sustentar uma estrutura interna de decisões que seja clara, estabelecida, respeitada e passível de mudanças, isto é, que esteja em constante processo de transformação. Neste ponto, o instrumento Assembléia Geral da unidade, com a presença dos usuários, familiares e de todas as pessoas que trabalham no CAPS, é de importância central, pois, tornada instância maior de decisão, é o momento de suspensão dos poderes, de resto sempre colocados em discussão, para que o coletivo assuma sua atividade instituinte. (PINTO, 1998).

Encontramos em Rosana Onocko Campos uma afirmação da diretriz que indica a gestão coletiva dos serviços, incluindo os usuários: “Os usuários têm que se tornar protagonistas do planejamento e da gestão, no sentido de direcionar as práticas e os saberes. Caminhar na direção da autogestão efetiva”. (ONOCKO CAMPOS, 1997, p. 371).

Os CAPS foram inicialmente regulamentados pela histórica Portaria 224, de 30 de junho de 1992, que também definia critérios para todos os outros dispositivos de Saúde Mental existentes na época (ambulatório, hospital-dia, serviço de urgência em hospital geral, leito de psiquiatria em hospital geral, hospital psiquiátrico) (BRASIL, 2004).

Os CAPS, nesta Portaria, estavam definidos dentro das estruturas ambulatoriais, como

... unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004, p. 244).

A Portaria 224 já traz a possibilidade de os CAPS serem a “... porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental...” (BRASIL, 2004, p. 225), num privilégio que causará problemas que comentaremos mais adiante. Também já existe, nesta Portaria, a indicação de que os CAPS podem funcionar 24 horas, sete dias na semana, num adiantamento do que hoje são os CAPS III.

Além de ressaltar a importância das equipes multidisciplinares, a Portaria sugere “... atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua

inserção social...” (BRASIL, 2004, p. 245). Com isso, a Portaria já aponta a comunidade, enquanto local de ação do CAPS, na linha de compreensão de que o trabalho com a psicose se dá no campo social como um todo e não apenas num estabelecimento.

A Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, avança na definição das atribuições dos CAPS, além de especificar as bases para os CAPS para crianças e adolescentes e para usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004).

Nas definições das características de todos os três tipos de CAPS, I, II e III, existem atribuições que devem ser alvo de críticas, no sentido de resolver problemas que foram criados por essas mesmas atribuições.

A atribuição “a” diz que o CAPS deve “... responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2004, p. 126). Ora, esta atribuição deve ser do coletivo do Programa Municipal de Saúde Mental, que inclui o CAPS, e não apenas do CAPS.

A atribuição “b” provoca o mesmo comentário acima, já que indica que o CAPS deve “... possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial...” (BRASIL, 2004, p. 126).

A atribuição “d” diz que ao CAPS cabe “... supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial” (BRASIL, 2004, p. 126). Devemos colocar em questão esta atribuição do CAPS, tendo em vista que ela pode não ser necessariamente dele, mas sim de quem estiver, na rede, capacitado para exercê-la. Exigir que a Equipe do CAPS cumpra com também essa tarefa pode levar a que ela seja realizada de modo menor, quando sobra tempo, ou de modo improvisado. Além dessas críticas de caráter organizacional/institucional, ainda temos a questão das diversas atribuições, inerentes ao próprio funcionamento do CAPS, enquanto unidade de abordagem de situações graves e complexas, em relação às quais as Equipes já têm dificuldade de tempo para cumpri-las.

Estas atribuições deram ao CAPS um papel tão central na organização dos Programas de Saúde Mental que ainda hoje, em alguns casos, têm um efeito de paralisar as ações municipais em Saúde Mental, tamanha é a idealização que foi criada em relação a este dispositivo. Ações que poderiam ser desenvolvidas não o são, devido à espera por um CAPS que, muitas vezes não é implantado. Também, muitas vezes, ocorre a fantasia de que apenas com a existência do CAPS seria possível promover uma abordagem intensiva de problemas graves em Saúde Mental, deixando-se de pensar em termos de rede para voltar a atenção para

um Centro que deve fazer parte da rede e não ser um “centro”. Colocou-se o CAPS como o centro de algo que não tem centro: a rede de cuidados em Saúde e a rede social mobilizada nas questões da Saúde Mental. Estas questões podem e devem ser resolvidas criativamente nos municípios, tomando a Portaria como um avanço, mas sem utilizá-la rigidamente.

Todas essas críticas, nem de longe, tiram a enorme importância que os CAPS estão representando para o campo da Saúde Mental. Ao promover uma efetiva tentativa de quebra com a exclusão, revestida de tratamento, que Internação e Ambulatório promoveram durante séculos e décadas, os CAPS também questionam o próprio estatuto da loucura, bem como a relação que estabelecemos com ela, inserem essa discussão no meio social e cultural, atuam como estimuladores do movimento associativo e ativam a questão da produção enquanto objeto de constante discussão. Produção de serviços de saúde, produção de saber, de relações de poder, produção de subjetividade e produção de mercadorias ou serviços a serem negociados pelos usuários.

O aparecimento do dispositivo CAPS trouxe para a Saúde Mental uma provocação instigante: a recolocação em questão, de modo agudo, num ambiente que se propõe a ser gerido coletivamente, do problema da clínica ligado à gestão, à formação e à produção de subjetividade de todos os seus participantes. Conforme afirmam ONOCKO e co-autores de um Projeto de Pesquisa Avaliativa a respeito de CAPS:

... os novos aspectos institucionais decorrentes da reforma psiquiátrica em geral, e da emergência dos Caps em particular, colocam em especial evidência as interações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho, formação profissional e clínica (ONOCKO CAMPOS et ali, 2005, p. 9, mimeo).

No trabalho “A produção de serviços em saúde mental: a concepção dos trabalhadores”, Célia Campos e Cássia Soares indicam que os trabalhadores dos CAPS pesquisados têm como objeto de trabalho “... o usuário, que traz sua doença e também sua rede social (moradia, família, trabalho, relacionamentos, lazer, cultura, etc.)” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 624). Isto coincide com nossas observações, nas quais constatamos que mesmo nos dispositivos como o CAPS o usuário ainda é visto como foco principal das atenções, o que pode significar dificuldades de romper com o modelo biomédico, por mais que se fale em rede social, família, etc. Por outro lado, estender como parte do objeto de trabalho, para além do usuário, a sua rede social, mostra avanços em relação ao que formulam os trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, emergências e ambulatórios (CAMPOS &

SOARES, 2003). Para a clínica transdisciplinar o objeto é a relação profissional-usuário e sua rede social. (PASSOS & BARROS, 2005).

Como finalidade do trabalho, nos CAPS ela apareceu “... identificada com um projeto que aponte para uma melhor qualidade de vida” (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 624), o que mostra uma preocupação que envolve a Integralidade.

Célia Campos e Cássia Soares concluem o trabalho citado com uma observação geral que nos serve para descrever o que ocorre, em geral, na produção das práticas em Saúde Mental:

Este estudo mostra que as práticas de atenção, mesmo as pautadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, continuam atinentes ao sujeito e sua família, numa perspectiva de inclusão social do sujeito acometido por um transtorno mental; portanto tais práticas estão ainda restritas ao âmbito dos resultados já instalados. O desafio para a formulação de práticas que incidam no âmbito dos determinantes é compreender que a saúde mental também tem suas raízes no âmbito da reprodução social (CAMPOS & SOARES, 2003, p. 627).

Pois é para escapar dos vícios da formação e das dificuldades apresentadas no cotidiano das condições não adequadas de trabalho, que lutam as Equipes dos CAPS, muitas delas tentando lançar o olhar e as práticas para além do que nos condicionam o modelo biomédico e as limitações da atual situação do SUS.

Neste ponto, devemos estar atentos para a necessidade de capacitação em serviço dos profissionais de Saúde Mental. De acordo com Rosana Onocko,

Os equipamentos de Saúde Mental no país, hoje, demandam uma plasticidade na montagem da rede de atendimento que necessita de pessoas com uma formação diferenciada, profissionais estes que visem ao desenvolvimento de uma clínica baseada na teia de relações sociais dos usuários, promovendo uma atenção pautada na processualidade da vida (ONOCKO CAMPOS et ali, 2004, p. 1).

Os CAPS devem ser, idealmente, organizados, enquanto uma estrutura radicalmente autogestiva. Ou, para dizê-lo de outro modo, em regime de co-gestão, isto é, uma situação em que todos os participantes do estabelecimento tenham oportunidade de opinião e decisão, organizada na forma de um organograma construído pelo coletivo e em constante transformação. E que esta organização dialogue com as estruturas superiores da área de

Saúde, da rede intersetorial e da sociedade, como um todo. Um ambiente onde o tema da gestão esteja colocado no centro da cena. Esta prática consolidada no campo da Saúde Mental não consta de Portarias ou orientações oficiais. Como já aludimos nesse texto, esta forma de trabalhar vem das Comunidades Terapêuticas, da Psicoterapia Institucional, da Análise Institucional, da Psiquiatria Democrática Italiana, pelo menos segundo as compreendemos. Esta estrutura coletiva de decisão produz um ambiente em constante ebulição, até mesmo podemos dizer, paradoxalmente, em crise constante. Crise, porque os pressupostos são sempre colocados em questão, tanto nas relações entre Equipe e usuários, como entre os próprios usuários, entre o CAPS e a comunidade, entre o CAPS e as estruturas do SUS. Como, geralmente, as estruturas do SUS não funcionam de modo participativo, (Gastão Wagner (CAMPOS, 2000) prefere o termo co-gestão para definir a forma de trabalhar nos estabelecimentos organizados de modo participativo), são freqüentes as incompreensões, o que mostra a importância do processo de convencimento lento a respeito das práticas adotadas pela Saúde Mental.

A estrutura participativa organizada produz a base que sustenta as diversas facetas de um trabalho que pode ser transformador, com potencial para questionar e romper com a lógica da exclusão, do modelo biomédico e dos resquícios do poder disciplinar. Também é uma das ferramentas que permitem resistir aos mecanismos de controle de poder modernizados. Aqui, gestão e clínica estão em constante estímulo e questionamento mútuos. Conforme sublinha Regina Benevides de Barros, trata-se de “Afirmar o caráter indissociável entre mudanças de modelos de gestão, implementação do dispositivo-equipe e a clínica transdisciplinar” (BARROS, 2003, p. 201).

A prática de ampliar a discussão a respeito de todo o trabalho e sobre o que acontece com os usuários para as equipes de apoio e para todos os funcionários, comum nos CAPS, tenta quebrar a hegemonia médica, não sem resistências, proporcionando uma desmistificação do que está estabelecido como “doença mental”, aumentando as possibilidades de compreensão e conseqüente ação junto aos usuários e população. A prática de incorporar, também, a população na gestão das unidades de saúde, está à espera de maior ousadia por parte dos profissionais.

Neste sentido, vemos em Gastão Wagner, no que ele chama de co-gestão:

Por que esta insistência com a co-gestão de Projetos?
Porque é uma maneira de aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupos de técnicos e da comunidade. De diminuir a impotência diante de desafios considerados impossíveis. De diminuir a

cegueira dos grupos diante da força do cotidiano. De construir parcerias antes não imaginadas. De descobrir alternativas antes impensadas. Mas, principalmente, é uma maneira de obrigar os técnicos a considerar os valores e a cultura da comunidade, sem o que não há mudança. E, principalmente, é uma forma de envolver as vítimas na luta contra o contexto que as oprime (CAMPOS, 2003, p. 33).

A ampliação da clínica dos CAPS, possível dentro do ambiente de co-gestão, bem como de outros dispositivos em Saúde Mental, depende da disposição de seus participantes em abrir, cada vez mais, a discussão a respeito do que no modelo biomédico trata-se por “caso clínico”, mas que agora podemos chamar de casos da vida. O que Gastão chama de co-gestão leva a uma maior possibilidade de ampliação da clínica: para além do indivíduo, para além do Sujeito, para além das famílias, num movimento que não sabemos onde vai dar.

A Transdisciplinaridade a ser praticada nos CAPS assume formas mais agudas e provocadoras do que em equipamentos de Saúde Mental onde apenas profissionais de nível superior freqüentam as discussões. Trata-se da oportunidade de abertura para a potencialização das práticas, através da articulação que permita questionar as nossas disciplinas consagradas através da intuição dos que não cursaram a ciência oficial. Nas capacitações, portanto, dos funcionários de nível médio e elementar, devemos estabelecer uma via de mão dupla, visto que não será apenas com a transmissão de nossos conhecimentos que o novo surgirá. Vemos freqüentemente Oficineiros, Porteiros, Cozinheiros, Agentes Administrativos tendo intuições clínicas que escapam aos técnicos. Estes funcionários vivem mais intensamente o dia a dia dos CAPS e da vida nas cidades, o que lhes proporciona um olhar não contaminado pelos nossos pressupostos teóricos.

Exemplo de solução clínica oferecida por funcionário de nível médio foi o de um usuário que, após passar pelo grupo de recepção, foi encaminhado para participar de algumas atividades de grupo. Não aderiu a nenhuma e se recusava a acompanhar as diversas atividades oferecidas, pois nenhuma delas o interessava. A funcionária responsável pela parte administrativa do CAPS, conversando com um parente do referido usuário, descobre que o mesmo tem interesse em ingressar em um curso de pintura. Desta forma, convida-o a participar de uma oficina de pintura em tela, oferecida por ela mesma. O usuário passa a freqüentar regularmente o CAPS e, finalmente, faz vínculo com outros usuários, passando a participar de outras atividades oferecidas na instituição.

Gerenciar de modo coletivo um dispositivo de Saúde Mental, como o CAPS, proporciona um ambiente, onde o comum é o material de trabalho, o que cria um constante

movimento instituinte. Esta é a base para uma prática e para uma clínica que se possa dizer pública.

Referindo-se a um Hospital-dia, em Portugal, Jairo Goldberg diz que as “Reuniões semanais de equipe da Unidade são realizadas na presença dos pacientes, que podem se manifestar e opinar nos assuntos ligados ao gerenciamento da instituição” (GOLDBERG, 1996, p. 77). Estamos no caminho que leva a que os CAPS sejam administrados em conjunto por comunidade, usuários e profissionais. Quando o que já foi, e ainda são, muitas vezes, apenas “casos clínicos” serão os casos de todos nós, do Trágico de nossas vidas, portanto assunto de todos.

Os CAPS podem tornar-se um dispositivo no qual a relação estreita entre gestão e clínica proporciona oportunidade, para que a Integralidade seja, de fato, um princípio orientador das práticas e que estimule a ampliação da clínica. Torna-se, cada vez mais sem sentido, uma clínica individualizante numa estrutura como o CAPS, onde a Transdisciplinaridade é chamada a servir de instrumento de quebra das barreiras dos conhecimentos e para a criação do que ainda possa não existir, em termos de possibilidades clínicas.

Estamos observando o que acontece nos CAPS também do ponto de vista da oscilação entre mudança e manutenção. Aliás, esta é uma questão que percorre todo este texto, talvez a sua principal. A imbricação entre gestão coletiva e as possibilidades da clínica são muito claras nos CAPS e este é um de seus méritos.

Os CAPS vivem o dilema entre a invenção e a repetição, entre a criação do novo enquanto resistência ao poder disciplinar e a manutenção do modelo manicomial, que nenhum dispositivo em Saúde Mental está livre de reproduzir. Regina Benevides de Barros diferencia “institucionalidade” de “institucionalização”, dentro desta questão da repetição ou criação. Por institucionalidade entende um processo necessário que ocorre no “... ponto de interseção de vetores instituídos e instituintes que fazem com que as instituições se constituam” (BARROS, 2003, p. 199). Esta institucionalidade seria necessária aos CAPS “... pois dá visibilidade a seu lugar na rede de saúde, ratifica sua legitimidade como serviço territorial, extra-hospitalar, aumenta sua capacidade de instalar-se no papel de organizador da rede de saúde mental...” (BARROS, 2003, p. 198). Mas Regina Benevides adverte para o perigo de esta institucionalidade transformar-se em institucionalização, que é “... cronificadora e cronificada, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar” (BARROS, 2003, p. 199).

Tive oportunidade de tomar conhecimento de acontecimentos que servem de exemplo para ilustrar, tanto o movimento das forças de mudança, como as de repetição de antigos mecanismos. Observar estes acontecimentos e esclarecê-los coletivamente faz parte da intenção de fazer aparecer as relações de continuidade, para identificar caminhos para a mudança.

Trata-se de uma observação a respeito do que acontece, na hora do almoço, num CAPS. Os profissionais de Saúde Mental, após realizarem as suas tarefas da manhã, Oficinas, atendimentos diversos, providências pelo telefone, reuniões de equipe, medidas administrativas, retiram-se e vão almoçar fora, em restaurantes próximos. A função de fornecer o almoço fica por conta de uma funcionária, a copeira, que conta com a ajuda de um ou outro funcionário, como um porteiro, por exemplo. Ocorre que, neste momento, a cena se transformava de uma convivência, digamos, “horizontal”, humana, amistosa, o que não exclui os conflitos habituais, para uma situação “vertical”. Criava-se uma fila de usuários na porta da cozinha. A copeira distribuía a comida, que chega em bandejas separadas, de uma firma contratada, em pratos, entregando-os aos usuários que então sentam-se às mesas no mesmo ambiente onde são realizadas as Oficinas. Havia problemas de disputa de lugar na fila, de ordens em voz alta de parte de funcionários, e os usuários comiam sem a companhia dos técnicos. Enfim, não se criava um bom ambiente. Mas o que acontecia nesse momento era muito pouco discutido pela Equipe, já que esta “não via” o que está aqui descrito. A Equipe só despertava, quando alguma reclamação, de parte dos usuários, surgia em contatos individuais ou em Assembléia. Mas a estrutura do almoço não mudava com essas discussões. Durante meses, alguns membros da Equipe chamaram a atenção para a situação, sem que alterações fossem providenciadas, apesar das intenções declaradas. Até que, um dia, a copeira decidiu, em mais uma discussão em Equipe, propor uma mudança na forma de servir o almoço. No momento da refeição, todos os usuários passaram a ficar sentados, enquanto os pratos estavam sendo preparados. Para esta tarefa, é escolhido um usuário que auxilia a copeira, entregando os talheres, o suco e os pratos feitos. Esta nova fórmula acabou com as confusões, pois os próprios usuários passaram a se servir, revezando-se. Foi o caminho possível, no momento.

Os fatos apontam para algo muito entranhado nas relações de poder e na nossa história. Trata-se de um fato típico para o “... desnudamento das relações de continuidade que vinculam nossos dispositivos presentes a antigas bases, ligadas a determinado sistema de poder, com o fim de identificar objetivos de luta”, conforme citamos acima (LAGRANGE, 2006).

Na hora do almoço, que deveria ser um momento mais íntimo, de aproximação entre os usuários e entre estes e a Equipe, esta se retira, provavelmente evitando esse contato mais próximo com necessidades básicas dos usuários. O CAPS transformava-se, nesse momento, em um típico Hospital Psiquiátrico, com as suas famigeradas filas para a alimentação. Relação de continuidade, portanto, com mecanismos que queremos romper, mas que se repetem. Fez-se assim por conviência de todos, o que indica a permanência de relações de continuidade de que fala Lagrange, citando Foucault. Temos, então, que utilizar estes acontecimentos para “identificar objetivos de luta”, explicitando-os e tentando mudanças.

Um ponto de suma importância na discussão em relação às práticas dos CAPS é o que se refere ao que estamos fazendo, de fato, em relação à aproximação com a loucura. O objetivo de evitar internações está sendo cumprido. Nesse ponto não há dificuldades nem estatísticas a mais a serem mostradas, para que deixem claro que os CAPS fazem diminuir o número de internações. A questão surge exatamente aqui: apenas administramos a loucura de forma mais moderna, mais própria aos mecanismos de controle atuais, a céu aberto, de certo também beneficiando pessoas que, do contrário, estariam internadas em péssimas condições, ou nos aproximamos da loucura de um modo qualitativamente diferente? Ou, como interroga Regina Benevides de Barros: “... como lidar com a loucura no que ela se apresenta como processo de subjetivação, recusando/escapando das formas assujeitadoras com as quais hegemonicamente vem sendo tratada?” (BARROS, 2003, p. 196).

O que observamos nos CAPS leva-nos a preocupações. Propostos como um conceito que indica que a aproximação com a loucura requer uma ampla articulação entre clínica, gestão, abordagem familiar, inserção comunitária, estímulo à produção, os CAPS lutam por desenvolver os preceitos do SUS, que seriam a base para as ações, em meio a problemas que nos limitam. A Integralidade é muito mais desenvolvida nos CAPS que nos Ambulatórios, visto que a própria intenção de tratamento intensivo indica que as necessidades dos usuários terão atenção, não apenas no que diz respeito ao “quadro mental”. Mas mesmo o investimento nas redes, como forma de estimular a autonomia e a participação comunitária, requer uma dedicação de tempo que, muitas vezes, não é possível para as Equipes dos CAPS.

Como desenvolver um cuidado com base na Integralidade com uma quantidade de pessoas a serem atendidas que supera, muitas vezes, a capacidade de trabalho das Equipes? Como articular a rede de cuidados para um número de usuários que cresce em maior proporção do que as Equipes? Esta tarefa deve ser realizada com o estímulo do funcionamento das redes, mas para isso tempo também é requerido. O número de profissionais e funcionários que a Portaria 336 indica parece não ser viável para todas as

tarefas do CAPS. Por mais que a articulação de cuidados seja um trabalho multiplicador e promotor da autonomia, é necessário *tempo*. Com a falta de tempo, caímos na administração da loucura em outros termos e deixamos de lado as possíveis novas modalidades de aproximação em relação a ela.

Peter Pál Pelbart, em seu artigo de 1990 “A Nau do Tempo Rei”, no livro do mesmo nome (PELBART, 1993), argumentando com base nos estudos de Paul Virilio a respeito da velocidade na nossa sociedade atual, faz um questionamento que interroga nossas práticas de modo contundente: “O curioso é que no trato com a loucura precisamos dar um tempo que nós mesmos não temos” (PELBART, 1993, p. 32). E não temos, porque estamos enredados na aceleração imposta pela forma de produção atual. Mais pessoas para atender, mais empregos para frequentar, mais relatórios, mais papéis, mais reuniões, mais articulações, mais telefonemas, mais toques de celular. E o tempo de aproximação com a loucura? Como fica? Para qualquer que seja a prática, com qualquer base teórica, ou mesmo uma aproximação intuitiva, necessitamos de um tempo artesanal, muito diferente do tempo industrial dos Ambulatórios e no qual os CAPS estão arriscados a cair. Não é à toa a expressão “capsômio”, que já circula como crítica ao que está acontecendo em alguns CAPS. Crítica essa que parte de grupos que apóiam a Reforma Psiquiátrica e gostariam de vê-la incrementada. A exigência de tempo pode e deve ser uma atitude política com base no preceito da Integralidade. Não são mais admissíveis atendimentos rápidos, que deixam de lado diversos aspectos da vida dos usuários, numa correria que repete o que vigora no modelo biomédico. Construir as condições políticas dessa exigência de tempo envolve todo o coletivo que toma parte na situação.

Estaremos, nas condições em que trabalhamos no SUS, substituindo a “indústria da loucura”, lucrativa em termos capitalistas, por uma indústria ambulatorial e de CAPS? Esta interrogação não tenta invalidar a pertinência das propostas dos novos dispositivos em Saúde Mental, nem as tentativas de transformação dos ambulatórios, mas chamar a atenção para o fato de que, nas atuais condições de financiamento e funcionamento do SUS, podemos estar perdendo a potencialidade das nossas práticas, em nome de atender “em massa”, repetindo uma atitude de produzir números ao invés de ações coerentes com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Peter Pélbart, já em artigo escrito em 1990, situava o problema que estamos discutindo de forma muito aguda:

Caso o fim dos manicômios represente uma estratégia de homogeneização do social, num regime que funciona não mais por exclusão e reclusão, mas por inclusão, e não mais por manipulação prioritária do espaço, porém do tempo, o que pode representar hoje uma política de resistência, tanto no campo da saúde mental como fora dele? (PELBART, 1993, p. 38).

Para uma política de resistência, no caso das práticas que descrevemos, a afirmação dos conceitos de Integralidade e de Clínica Ampliada pode significar uma espécie de “... barricada no Tempo...” (PELBART, 1993, p. 39). Peter desenvolve sua argumentação em relação à loucura, mas podemos estender o raciocínio a todas as práticas em Saúde Mental.

Afirmar e exigir politicamente que as necessidades de saúde dos usuários sejam integralmente atendidas, assumindo a responsabilidade de trabalhar a incômoda situação que, certamente seria criada com a impossibilidade de atender a todos, é uma atitude raramente vista nas atuais unidades de Saúde em geral e de Saúde Mental. Através da Integralidade, como vimos na explicitação dessa noção, é possível mostrar o que as Leis do SUS determinam e, a partir desta atitude, criar ou estimular um movimento que conduza a um atendimento que seja condizente com o que os usuários necessitam e a Reforma Psiquiátrica propõe.

A Clínica Ampliada, igualmente, nos indica que reduzir o “problema” a ser enfrentado nos CAPS ao usuário, é permanecer no modelo médico reducionista. Ampliar a clínica, como podemos compreender, significa estender o alcance das práticas para muito além do diagnóstico, do usuário, da família. E para isso é necessário um tempo que se apresenta com um duplo aspecto: o tempo interno de cada trabalhador da saúde e o tempo cronológico das tarefas a serem cumpridas.

Também a Transdisciplinaridade entra nessa discussão, visto que não é necessário muito tempo para as práticas que não incluam a discussão aguda e produtiva que envolve os múltiplos saberes colocados em jogo no campo da Saúde Mental. Trabalhar com as interseções dos saberes, na Transdisciplinaridade, requer tempo.

É com espanto que notamos alguns CAPS ficarem apenas nas intenções quanto às abordagens familiares e comunitárias. No que podemos observar, as ações continuam muito centradas nos usuários-pacientes. As abordagens familiares são dificultadas pela própria relutância e dificuldades concretas (distância, preço das passagens, dificuldade de quem acompanhe o usuário) de as famílias comparecerem, mas também pelo direcionamento técnico que se contenta no acolhimento apenas do usuário-paciente. Formação profissional e pressão da demanda concorrem, para que o usuário continue na posição de, muitas vezes, ser

o único a ser abordado em meio à complexidade da questão da psicose. E aqui há um detalhe a respeito do qual devemos refletir: o CAPS ainda repete a lógica de reunir “iguais” para tratar, por mais que os projetos terapêuticos possam ser individualizados. O fato é que existe um estabelecimento que reúne pessoas com problemas semelhantes, para que numa de suas funções, o tempo do profissional seja aproveitado de modo potencializado, como numa indústria com linha de montagem. Como não deixar que este detalhe predomine na produção das práticas?

Apesar dos ainda inevitáveis mecanismos que repetem as velhas relações de poder, os CAPS têm um potencial muito grande, que está em plena ação, para desenvolver práticas que efetivamente colaborem para uma nova aproximação com a loucura, ao lado de interferir na forma de a sociedade lidar com esse fenômeno. Exemplo dessa potência é a criação, através dos CAPS, isto é, a partir principalmente dos CAPS, de Associações de Amigos da Saúde Mental e de estruturas que se dedicam à produção de bens e serviços a serem comercializados. Estas são iniciativas que apontam, tanto para as redes, estimulando-as, criando-as ou expandindo-as, e para a ativação de movimentos que mudem a relação dos usuários e profissionais com o Estado. Observamos que há tensão permanente entre um modo de funcionar da máquina do Estado, com suas portarias e normas, e o que é provocado pelos movimentos sociais. Neste sentido, os CAPS, mesmo com os riscos que têm sido apontados de institucionalização/fechamento, mantêm graus importantes de abertura, através de sua presença no território e de sua articulação com movimentos de usuários e familiares com inserção na cidade, que são produtivos quanto à criação de novas formas de lidar com a loucura.

Com a sua vocação voltada para o território e com este trabalho associativo sendo incrementado, os CAPS podem e devem ser instrumentos vigorosos de mudança, não só nas práticas em Saúde Mental, mas também em relação ao destino da loucura na sociedade.

Práticas de co-gestão, movimento associativo e de estruturas de produção podem ser meios de escapar do poder disciplinar, sem cair no controle a céu aberto.

4. 5 A Clínica da Saúde Mental na Atenção Básica.

As tentativas de abordar o sofrimento mental diretamente nas comunidades, em contato com os bairros, ruas e famílias, tiveram um impulso inicial na Europa e nos Estados Unidos (HOCHMANN, 1972). De início, repetindo o objetivo controlador, as ações de Saúde Mental na comunidade mostraram, apesar disso, que podem ter efeitos transformadores. As

críticas que são feitas às tentativas iniciais de inserção de ações de Saúde Mental nas comunidades, apontam para a falta de participação da população na discussão e organização em todas as fases do processo de mudanças.

Dos trabalhos iniciais de Saúde Mental na comunidade, tanto nacionais, como nos estrangeiros (PINTO, 2004), ficou de positivo: as propostas de integração entre as Equipes Clínicas e de Saúde Mental; a noção de população adscrita; o questionamento da divisão entre profissionais do corpo/profissionais da mente; a necessidade de trocar conhecimentos com a população; a entrada em campo de diversas categorias profissionais; a correlação entre sofrimento mental e organização da sociedade; a perspectiva de mudar a forma da sociedade lidar com o diferente; a percepção das diversas formas como a loucura tem sido encarada ao longo da história.

A mudança do Modelo Assistencial em Saúde, que tem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa (mais corretamente “Estratégia”) Saúde da Família (PSF) as suas bases, possui diversos pontos de semelhança com o que tem sido proposto pela Reforma Psiquiátrica. Os conceitos de território, rede, responsabilidade e de Integralidade são comuns à Reforma Psiquiátrica e ao PSF/PACS, assim como a orientação geral de que o trabalho de promoção da Saúde, a discussão a respeito das condições de vida e o estímulo à organização das comunidades são partes inerentes ao trabalho.

A Declaração de Caracas (BRASIL, 2004 b), de 1990, coloca os Sistemas Locais de Saúde como campo privilegiado de ação da assistência em saúde mental, numa afirmação que ficou como importante orientação para os anos que se seguiram.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994) realizada em 1992, entretanto, mesmo citando a Declaração de Caracas, no seu Relatório Final, como uma fonte de diretrizes a serem seguidas, pouco avança em relação a apontar a necessidade de práticas de Saúde Mental, diretamente na comunidade. Podemos supor que a relutância em tomar o caminho dos trabalhos com as comunidades, até esse ponto da Reforma Psiquiátrica, devia-se à crítica ao preventivismo ter ficado muito marcada, tornando as práticas comunitárias mais suspeitas de controle, do que aquelas dos Ambulatórios e CAPS.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, por sua vez, traz conceitos que servem de base para a aproximação da Saúde Mental com a comunidade, como a desinstitucionalização e a reafirmação dos princípios da 8.a Conferência Nacional de Saúde: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação. Aparecem também, com importância, os conceitos de território e responsabilidade, fundamentos das ações de

Saúde Mental na Atenção Básica, indicações para a constituição de “Equipes Itinerantes” e para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

Na década de 90, surgiram e desenvolveram-se os Programas de Atenção Básica no Brasil, em parte reciclando experiências já estabelecidas no país e no exterior, mas com aspectos novos. Os Programas de Atenção Básica, primeiro o PACS, e depois o PSF, tiveram influência de diretrizes internacionais, sendo um exemplo marcante a Declaração de Alma-Ata (ALMA-ATA), de 1978. Em Alma-Ata estão indicadas importantes orientações para o trabalho na Atenção Básica como, por exemplo, a afirmação do direito das populações de participar do planejamento e controle das ações de saúde.

A implantação dos Programas de Atenção Básica torna-se, então, uma estratégia para a mudança do Modelo Assistencial. As postulações dessa estratégia e dessa mudança de Modelo Assistencial coincidem com os fundamentos e as práticas da Reforma Psiquiátrica, visto que ambas têm suas bases em diretrizes comuns: a visão da Saúde como um campo eminentemente político e os princípios da Reforma Sanitária e do SUS.

Com a implantação do PACS, em 1991, surge, na figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma possibilidade de ação comunitária inédita em Saúde Mental. Enraizado na comunidade, visto que nela morador, o ACS é, ao mesmo tempo, o membro do Sistema de Saúde mais próximo da realidade dos fatos da saúde da população. O ACS tem, então, devido à sua inserção, a possibilidade de promover mudanças que realmente sejam duradouras. Mas, corremos o risco de o modelo biomédico capturar os ACS, tornado-se estes, então, os portadores avançados do controle das populações, num contexto de reprodução da lógica das práticas em saúde que não incluem o cidadão como co-produtor de si e de sua saúde. Colabora para esse destino, a falta de capacitação das Coordenações de PSF e das Equipes de PSF e a cobrança de produção por procedimento, sem avaliação da qualidade das ações realizadas.

A proposta do PSF como estratégia para a mudança do Modelo Assistencial tem recebido atenção especial de profissionais de saúde, população, gestores da área da Saúde e autores ligados, ou não, à Universidade. Porém, existem dois graves fatores de limitação das possibilidades de efetiva mudança na forma de atuar em Saúde, através do PSF: a definição de um quantitativo populacional excessivo, para cada Módulo de PSF, para a tarefa proposta, e a falta de capacitação de muitos profissionais para o trabalho com a subjetividade e de mobilização das comunidades. Desta forma, o risco é a intenção de mudança resumir-se a uma expansão de ambulatórios, melhorados, pelas comunidades, sem que as condições de vida e de saúde sejam discutidas e transformadas. Como diz Aluísio Silva Júnior,

...sob o nome de programa de saúde da família encontraram-se desde piores práticas de pronto-atendimento simplificado, passando por atendimento médico tradicional, até experiências realmente inovadoras na assistência (SILVA JÚNIOR, 2006, p. 64).

Esta expansão de ambulatorios sem crítica pelas comunidades seria a consagração do controle biopolítico, nos moldes próprios do contemporâneo.

Na década de 90, surgem, em diversos estados do país, ações de Saúde Mental ligadas ao PACS/PSF. Os trabalhos realizados (PINTO, 1997 e LANCETTI, 2000) revelam a rapidez de resultados e a potencialidade para a adoção de práticas de Saúde Mental pela Atenção Básica, principalmente pelos ACS. Ao conhecer de perto a realidade das vidas das comunidades e articulando redes de apoio e inserção social, os profissionais envolvidos podem, ao lado de assistir pessoas e famílias, estimular a participação da população na reflexão a respeito de suas condições de saúde. Os conceitos de território e rede, básicos para as ações, são pontos em comum entre as Equipes de Saúde Mental que trabalharam nas comunidades durante a década de 90 e no início do novo século.

O trabalho do ACS na articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica é um dos fatores de maior importância e de estímulo para essa prática. Nas capacitações que são fornecidas pelas Equipes de Saúde Mental, é a categoria profissional que mais rapidamente sai da lógica da exclusão e que compreende, de modo criativo e inovador, as propostas de inclusão. Com a sensibilidade vinda do contato constante com a população, do conhecimento da cultura local, da dinâmica das famílias e da comunidade, passam a ter o papel de referência para as situações que envolvem a Saúde Mental. Os ACS são os profissionais que inicialmente estão menos contaminados pelo modelo biomédico. Portanto são os que reúnem a maior possibilidade de desenvolver práticas, nas quais podemos encontrar, explicitados ou não, os conceitos com os quais estamos lidando. Os ACS podem promover a Integralidade, com a sua visão ampla das necessidades de Saúde das pessoas, famílias e conhecimento do território. Muitas vezes, são os ACS que ampliam a clínica, ao perceberem todo um conjunto de problemas e de soluções, ligadas a fatores familiares e sociais que extrapolam o modelo biomédico e a clínica oficial. São os ACS os veículos privilegiados de uma clínica Transdisciplinar que inclua o saber popular, confrontando-o, em relações de desestabilização criativa, com a ajuda das Equipes, com o conhecimento oficial. Neste ponto, o papel de intercessores que toma os conceitos citados alia-se à intercessão provocada pelos ACS. Isto é,

os ACS agem como intercessores das práticas estabelecidas e podem se beneficiar da relação de intercessão que promovemos, ao praticar o jogo das desestabilizações do já conhecido.

Um fato da maior importância para as práticas da Reforma Psiquiátrica é que, quando é iniciado um trabalho de Saúde Mental no território, ligado ao PACS/PSF, constata-se uma realidade que, muitas vezes, não chega nem aos ambulatórios nem aos CAPS: uma imensa faixa de desassistência. São pessoas em cárcere privado, trancadas em cômodos, isoladas em partes das casas ou terrenos, onde moram as famílias ou mesmo perambulando a esmo, em más condições, pelas comunidades. Estas situações, em geral, também não são abordadas pelos Programas de Atenção Básica, que estão, freqüentemente, na lógica da exclusão, por mais que os seus conceitos de base indiquem a responsabilidade integral pela saúde da população. As capacitações corriqueiras do PSF não chegam a mudar a lógica da exclusão que vigora na área da Saúde com relação à loucura e os demais problemas de Saúde Mental.

Percebemos que, por um lado, permanecem os Profissionais de Saúde Mental, nos seus dispositivos já consagrados, ambulatórios e CAPS. Por outro lado, temos os Profissionais da Atenção Básica que não possuem capacitação para compreender e reverter o quadro de exclusão em que vivem pessoas com problemas de Saúde Mental. É freqüente a repetição de receitas de medicamentos controlados, sem que abordagem efetiva seja realizada. Não costuma haver muita troca entre estes dois conjuntos de profissionais. As ações de Saúde Mental na Atenção Básica são uma das formas de tentar reverter esta situação.

Criou-se, com a confluência entre as bases teóricas, conceitos e práticas da Reforma Psiquiátrica e dos Programas de Atenção Básica, a possibilidade de a inserção da Saúde Mental nas comunidades sair das meras tentativas de modificação da assistência psiquiátrica, como aparecia na perspectiva preventivista.

Consideramos que uma diretriz é determinante para os rumos dos trabalhos: a que postula que, nas ações praticadas, deve estar sempre presente pelo menos um membro da Equipe de Saúde da Família ou do PACS, além de um membro da Equipe de Saúde Mental (ações conjuntas). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Com essa diretriz estimula-se o princípio da Integralidade, abrimo-nos para a experiência de uma Clínica Ampliada, tornamos as ações campo permanente de capacitação mútua, eliminamos a referência/contrareferência entre os Programas (fonte de possível perda da responsabilização, de manutenção dos especialismos e da exclusão) e investimos num trabalho realmente de Equipe, com múltiplas visões e colaborações, abrindo a perspectiva de que o trabalho se efetive com uma clínica Transdisciplinar. A diretriz citada, ao eliminar os encaminhamentos entre as Equipes

da Atenção Básica e as Equipes de Saúde Mental que atuam na Atenção Básica, força o caminho para a real integração entre os profissionais da Atenção Básica e da Saúde Mental, com algumas conseqüências: os pedidos de resposta especialista são respondidos com convites à integração das visões e das abordagens, numa inversão dos especialismos; a responsabilização conjunta é potencializada, visto que as Equipes da Atenção Básica e de Saúde Mental permanecem, ambas, co-responsáveis pelas ações, pelas famílias, pelas pessoas e pela comunidade; abre-se caminho para a ampliação, cada vez maior, da clínica, uma vez que são estimulados os diversos saberes, inclusive o saber popular; com a entrada dos diversos saberes, cria-se campo propício para a Transdisciplinaridade; as ações tornam-se momentos de capacitação constante em serviço, capacitação mútua, com todos ensinando a todos em todos os momentos. Os encaminhamentos para fora da Atenção Básica (para os Ambulatórios de Saúde Mental, CAPS, Emergências Psiquiátricas), quando necessários, são realizados e seguem a mesma lógica: continuidade de cuidado e acompanhamento constante da pessoa encaminhada, com articulação com a Equipe que recebe o encaminhamento.

São exemplos de ações conjuntas de Saúde Mental na Atenção Básica: reunião conjunta de equipe, capacitação mútua, interconsulta, visita domiciliar, discussão de situações e intervenção, realização de grupos específicos, oficinas terapêuticas, atuação nas escolas, articulação comunitária para discussão de assuntos de saúde em geral e de saúde mental, articulação das equipes na criação e manutenção das redes (de apoio, na área de saúde, intersetoriais, sociais), ações de geração de renda.

No trabalho conjunto Saúde Mental/PACS-PSF, com as ações sendo praticadas pelos dois grupos de profissionais, fica estabelecido que a entrada da Saúde Mental na Atenção Básica nem é apenas uma prática de supervisão, para que os profissionais da base executem melhor as tarefas, nem é um posto avançado do Ambulatório de Saúde Mental: o trabalho deve ser conjunto e comunitário. Por “conjunto”, compreendemos que as ações devam ser realizadas, como dito acima, sempre com, pelo menos, um membro da Equipe de Saúde Mental e um membro da Equipe de Saúde da Família. Para que esse “conjunto” se estenda, as Equipes devem sempre estar atentas para a integração de outros atores nas cenas que se formam nas abordagens: familiares, vizinhos, lideranças comunitárias, enfim, a comunidade mais ampla, que forma uma rede. E por “comunitário”, entendemos que o trabalho, necessariamente, deve supor que estamos lidando com problemas e soluções coletivas no território.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 2001, teve, na sua plenária final, diversos itens aprovados que indicam a importância estratégica das ações de Saúde Mental na comunidade. (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002).

De acordo com os itens aprovados, a atenção ao sofrimento mental nas ações básicas de saúde garante o princípio da Integralidade, e a estratégia, para alcançar esse fim, é a articulação da Saúde Mental com o PSF.

A OMS, em 2001, apresentou, no seu “Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001), justificativas epidemiológicas para a atenção especial que a questão da Saúde Mental deve ter. Estudos internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001) e também nacionais (BRASIL, 2007), demonstram que grande parte das pessoas que são atendidas em unidades de Saúde, nas comunidades, apresenta alguma forma diagnosticável de transtorno mental. Esse grande número de pessoas ou não tem seu problema reconhecido, devido à falta de capacitação do pessoal que as atende, ou são encaminhadas a ambulatórios de Saúde Mental abarrotados, onde, em geral, não vão ter as dimensões familiares e sociais do sofrimento abordadas. Dentre os problemas de Saúde Mental, os considerados menos graves são a maioria nos atendimentos na Atenção Básica e constituem-se em importante campo para capacitação e interconsulta, resultando em nova visão dos profissionais a respeito do sofrimento mental.

A OMS, na publicação citada acima, define que os problemas de Saúde Mental devem ser abordados, preferencialmente, nas comunidades, onde deverão ser feitos o atendimento às crises, o acompanhamento dos tratamentos e a reabilitação. Para esse fim, a capacitação é citada como estratégia fundamental.

A OMS afirma a necessidade de participação das pessoas assistidas, seus familiares e população em geral, em todas as etapas da organização dos Programas de Saúde Mental na comunidade. Trata-se de importante manifestação de intenções e uma diretriz. Mas apenas a prática dirá de que forma essa participação é estimulada, visto que a população pode ser chamada a participar de forma ativa ou passiva. O fator “participação popular” é um tema constante de trabalhos que se dedicam a avaliar as ações de Saúde Mental na Atenção Básica, cujo enfoque inicial teve aspecto eminentemente controlador. Como o controle é uma das funções precípua do Estado, devemos sempre ter presente o questionamento a respeito do que predomina nas nossas ações: o controle ou a mobilização das comunidades?

O Ministério da Saúde, a Organização Panamericana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde convocaram, em 2005, a “Conferência Regional para a Reforma dos

Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois da Declaração de Caracas”, para uma avaliação dos resultados da Declaração. Desta Conferência resultou a “Carta de Brasília 2005. Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas”. Da carta constam algumas diretrizes, dentre as quais a que recomenda que a Saúde Mental tenha “Vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária, os quais devem ter alta capacidade resolutiva” e que deve haver “Participação de usuários e familiares no planejamento e implantação dos programas e serviços de saúde mental, ressaltando-se a importância da mobilização de todos os atores envolvidos”. (PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS AMÉRICAS, 2005). Trata-se de mais uma manifestação, atualizada, a respeito da importância das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

Toda essa discussão a respeito da entrada da Saúde Mental na Atenção Básica conduz à questão: qual a clínica em Saúde Mental que se pratica na Atenção Básica? Quais as características dessa clínica e como ela se diferencia das demais ações clínicas em Saúde Mental? E como esta clínica pode ser fator de transformação, escapando de ser um dispositivo de controle?

Um exemplo de situação que ocorre nas ações de Saúde Mental na Atenção Básica é a que um ACS expõe, numa reunião de supervisão da Equipe de Saúde Mental. Esta reunião tem como tarefa, também, definir as ações conjuntas que serão praticadas. Trata-se de uma situação típica: um jovem trancado em casa há meses. Note-se que o módulo de PSF funciona há dois anos, sem que a situação tenha sido abordada, mesmo sendo do conhecimento da Equipe. O rapaz vive num quarto nos fundos do quintal, separado do restante da casa por duas grades, no meio das quais existem dois cães ferozes. Para chegar ao quarto da exclusão familiar, é preciso abrir e fechar dois portões, para passar pelos cães. Apenas um membro da família tem contato direto com o rapaz, para levar comida, remédios e uma pouca conversa. Deste quarto o rapaz sai apenas para um mínimo pátio ou para a Emergência Psiquiátrica e daí para a Internação. O PSF convive com esta situação, porque está imerso na mesma lógica de exclusão que a família. Para mudar este quadro é necessário, antes de tudo, que não seja o modelo biomédico que prevaleça, pois foi por ele produzido e mantido. Começa toda uma lenta negociação envolvendo a família, seus membros mais favoráveis e que aceitam as possibilidades de mudança, os ACS e profissionais das Equipes de PSF e de Saúde Mental que se sintam mais aptos a intervir, vizinhos, outros parentes.

As ações clínicas em Saúde Mental na Atenção Básica partem das demandas trazidas pelos profissionais da Atenção Básica, isto é, essas ações são praticadas após discussão em

Equipe a respeito do que se apresenta. Logo, portanto, de início, esta clínica já se define como tendo um potencial para o trabalho transdisciplinar, na medida em que os saberes em campo serão instados ao questionamento, à colaboração, à desestabilização, à criação da diferença. (PASSOS & BARROS, 2000). Esta Transdisciplinaridade deve radicalizar-se, na medida em que precisa dialogar com o saber popular, outro elemento constituinte dessa clínica.

É uma clínica que está intimamente ligada ao conceito de território, visto que é nele que se exerce e é dele que retira recursos para a ação transformadora. Os Agentes Comunitários de Saúde conhecem as famílias, a cultura das comunidades e desenvolvem-se rapidamente na lógica da inclusão, quando são estimulados. Os chamados “recursos ocultos” da comunidade são descobertos, ativados e colocados em rede. São pessoas e grupos que desenvolvem ou já desenvolveram práticas potencialmente transformadoras e que estavam esquecidos. Potencializados, passam a ser elos na rede comunitária. Os profissionais de Saúde Mental, freqüentando o território com regularidade, passam também a participar da cultura local e a estabelecer vínculos em rede que, com esse tipo de inserção, torna-se possível.

É uma clínica da desinstitucionalização, não apenas a desinstitucionalização que se refere à não utilização dos hospitais psiquiátricos, mas também dos equipamentos institucionais extra-hospitalares em Saúde Mental. Nesse sentido, é uma clínica que se pretende criadora de instrumentos de mudança, em luta contra a institucionalização. Desenvolvem-se ações clínicas que imediatamente apontam para seu fora, lançando a discussão e a articulação da resolução dos problemas, tornados agora potência para a mudança, para a vida comunitária. Por exemplo, de uma Visita Domiciliar a uma mulher deprimida, que não sai da cama, resulta, além da medicação, se for o caso, toda uma articulação de vizinhança, com revezamento de acompanhamento por conhecidos ou não conhecidos, e inserção em algum grupo comunitário. Torna-se, também, uma oportunidade para o debate com alcance coletivo a respeito da solidão, do desemprego, das más condições de habitação e saneamento. Trata-se de não institucionalizar a clínica, apontando sempre para as ações não-clínicas que podem advir de uma abordagem, de princípio, com todos os aspectos de um exercício clínico. Este tipo de abordagem é muito importante, tanto para as próprias ações de Saúde Mental na Atenção Básica, como para a capacitação em serviço das Equipes do PSF e também de Equipes de Saúde Mental. Trata-se de capacitação pelo exemplo, pelo fazer conjunto. De um pedido eminentemente clínico, “temos um caso de depressão”, que poderia rumar para uma abordagem apenas

clínico/psicopatológica/psicofarmacológica, vemos toda uma provocação para um desdobramento familiar/comunitário, que colocará em circulação os aspectos coletivos que envolvem o que, então, deixa de ser apenas um “caso de depressão”.

É uma clínica que se exerce nas redes: redes sociais, redes de serviços de saúde, redes intersetoriais, redes de vida. Estimular a criação dessas redes é parte do ofício clínico. Nas ações de Saúde Mental na Atenção Básica, o lançamento das situações para as redes torna-se facilitado por diversos fatores: a participação da equipe clínica, que conhece o território; a ação dos Agentes Comunitários de Saúde; a possibilidade de contar com a proximidade dos recursos comunitários.

A clínica da Saúde Mental na Atenção Básica não prescinde dos conhecimentos consagrados em Saúde Mental. Pelo contrário, todas as linhas de conhecimento que colaborem para a compreensão das situações que se apresentem, estão chamadas a entrar na roda da Transdisciplinaridade. Porém, esses conhecimentos consagrados, por exemplo, do campo da psiquiatria e da psicologia, não podem mais predominar, como o fazem no modelo biomédico, mas devem articular-se e abrir-se ao questionamento com todos os ramos do saber que possam ser úteis, como, por exemplo, a clínica médica, a antropologia, a sociologia, o saber popular.

Falamos de uma clínica que está, a cada momento, exercendo os preceitos do SUS, indissociáveis: universalidade, equidade, integralidade, participação popular, acessibilidade. É nas comunidades que se torna mais possível forjar o trabalho com esses preceitos. A universalidade e a equidade estão possibilitadas pela proximidade das equipes locais com a comunidade. A acessibilidade é facilitada com o PSF, mas necessita ser constantemente promovida, devendo ser lembrado que, mesmo tendo uma população adstrita, é freqüente que a falta de informação crie afastamento entre população e equipes. A acessibilidade, por vezes, também é barrada pela criação de zonas de “esquecimento” das equipes, fato comum em relação às pessoas com diagnósticos psiquiátricos. A Integralidade tem nos trabalhos em comunidades a sua grande possibilidade de ser praticada, pois já é parte da estratégia do PSF. Para as equipes de Saúde Mental que trabalham na Atenção Básica, é mais fácil a incorporação da Integralidade no seu repertório conceitual, devido ao contato constante com as Equipes Clínicas, com os ACS, com a vida real das pessoas assistidas e suas necessidades de saúde.

Trata-se de uma clínica que adota necessariamente a responsabilização como orientação para seus praticantes. Como não há, por princípio, encaminhamentos, a responsabilidade e a continuidade do cuidado são compartilhadas entre todos os envolvidos:

equipes, famílias, comunidade. A introdução das ações de Saúde Mental na Atenção Básica pretende, na medida e no tempo que for possível para todos os envolvidos, trazer para o primeiro nível de assistência em Saúde a maior parte das abordagens no campo. Conforme as equipes envolvidas consigam lidar com as situações que, antes, seriam encaminhadas para os serviços de Saúde Mental, estas são assumidas como parte do trabalho comunitário.

Assinalemos que a clínica em Saúde Mental na Atenção Básica utiliza-se, preferencialmente, das práticas coletivas, fazendo retornar ao coletivo a demanda que nele foi criada. Esta diretriz, pode-se dizer uma diretriz clínico-política e comunitária, indica que o sintoma é lançando para fora do que está estabelecido como o campo da clínica, isto é, o ambiente intimista entre terapeutas e clientes. Desta forma, podemos potencializar as ações de transformação.

Quanto ao aspecto da gestão, considerando a sua importância no trabalho clínico na Atenção Básica, notamos que a entrada das Equipes de Saúde Mental nos postos de PSF muitas vezes estimula ou mesmo promove, nestas unidades de saúde, a gestão coletiva do trabalho. Da mesma forma que na maior parte da área da saúde, não está incorporada à prática corrente do PSF a gestão coletiva, prática que já é estabelecida na Saúde Mental. Os participantes das Equipes de PSF percebem que há um trabalho com discussão coletiva, constante, nas Equipes de Saúde Mental, e estas promovem a discussão coletiva nos Postos. Com isso, há uma difusão da prática da gestão coletiva. O estabelecimento da gestão coletiva das ações conjuntas em Saúde Mental na Atenção Básica torna-se fator fundamental para a condução dos desdobramentos individuais, familiares e comunitários das demandas referidas ao Posto de PSF sob o aspecto “mental”. A gestão coletiva passa a ser o espaço privilegiado para a efetivação da Transdisciplinaridade e da Integralidade, bem como para a ampliação da clínica e para o deslançar de ações que lançam a discussão para fora dos espaços clínicos. A gestão dos trabalhos de Saúde Mental na Atenção Básica inclui, num só momento, a discussão a respeito de todos os aspectos do trabalho: administrativos, políticos, comunitários, de condução das ações clínicas e das capacitações, de relação com outros setores do Programa de Saúde Mental e com as diversas redes.

A adoção da gestão coletiva pelas equipes da Atenção Básica leva para elas a possibilidade de discussão de seus conflitos internos e com as instâncias superiores, entrando a Saúde Mental como suporte para a negociação das soluções. Os conceitos a respeito dos trabalhos com grupos e da Análise Institucional são acrescentados à caixa de ferramentas conceitual dos profissionais da Atenção Básica. Numa determinada situação, só após a entrada das ações de Saúde Mental, as Equipes do PSF puderam reivindicar e criar um espaço

de discussão livre, o que não acontecia nos habituais treinamentos que não incluem amplo debate. Isto ocorreu, quando as Equipes do PSF perceberam a forma de gestão coletiva da Saúde Mental. Durante anos estas Equipes de PSF sofreram a falta de espaço para diálogo com a Coordenação do PSF, sem que conseguissem, entre elas, alguma estratégia para a abertura de um campo de discussão.

As reuniões conjuntas de Equipe são também um momento de questionar os especialismos e de inverter o pedido de especialismos que são dirigidos à Saúde Mental. Na Atenção Básica, os profissionais de Saúde Mental tratam de receber os pedidos de ação especialista, interpretá-los e responder com provocações transdisciplinares.

Ao longo da discussão das práticas clínicas em Saúde Mental, fizemos comentários a respeito da formação dos profissionais de Saúde Mental e suas conseqüências para as possibilidades de mudança. Percebemos que, quando profissionais de Saúde Mental que chegam de concursos públicos vão para as ações de Saúde Mental na Atenção Básica, sua evolução em termos de adotar posturas condizentes com os conceitos que estamos estudando neste texto, e outros, e com práticas de resistência e criação é muito mais rápida do que a dos que vão para outros dispositivos em Saúde Mental. Mesmo com a orientação do Programa de Saúde Mental atingindo a todos de modo semelhante. O que se passa, então? Supomos que alguns fatores podem estar contribuindo para essa modificação mais rápida: freqüentar a comunidade promove uma visão da realidade que, de outros dispositivos em Saúde Mental, fica prejudicada; a proximidade com os Programas de Atenção Básica capacita os profissionais para perceberem a dimensão coletiva do seu trabalho; a falta de lugar institucional determinado para trabalhar (prédios, portarias, salas, mesas, agendas feitas por auxiliares) incita à invenção de modos criativos de agir em Saúde Mental; o ambiente de constante criação e invenção proporciona a saída da repetição de papéis pré-estabelecidos, comum em outros dispositivos; a instigação à Transdisciplinaridade retira os profissionais de seus papéis rígidos aprendidos nas suas formações; a prática constante da gestão do trabalho e supervisão num mesmo momento incrementa a mudança; a prática na Atenção Básica proporciona uma percepção melhor do conjunto do SUS do que quando o profissional não está nessa situação. Ao que nos parece, o ambiente de trabalho na Atenção Básica provoca, nos profissionais de Saúde Mental, não sem resistências de graus variados, uma descontinuidade nas suas formas de ver o mundo e de atuar no campo da Saúde Mental.

A introdução das ações de Saúde Mental na Atenção Básica também tem o efeito de levar o trabalho em rede, tanto aos próprios Postos de PSF, quando estes não possuem essa prática, como aos outros serviços de saúde, incluindo os de Saúde Mental. Por exemplo, não

é comum que as Equipes da Emergência Psiquiátrica consigam ou preocupem-se em articular redes de cuidados durante a internação dos usuários. O modelo médico prevalece e o maior investimento ainda continua sendo, nos lugares em que posso observar e de que tenho notícias, a redução dos sintomas com medicação. Com a ação das Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, as Equipes da Emergência, por exemplo, são solicitadas a articularem-se com os Postos de PSF e com as Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica quando da presença, na Emergência, de usuários das comunidades onde a Saúde Mental atua ou mesmo de onde existe o PSF sem a Saúde Mental. Com isso ocorre a presença, na Emergência, de Agentes Comunitários de Saúde e de outros profissionais do PSF, facilita-se o comparecimento de familiares e a crise pode ser compartilhada e elaborada por um conjunto de pessoas muito maior do que na abordagem biomédica.

O trabalho da Saúde Mental na Atenção Básica foge a uma antiqüíssima prática, realizada ao extremo nos Hospícios, mas ainda presente nos CAPS, que é a de reunir, num só lugar, aqueles que queremos “tratar”. As aspas em tratar são para que fiquemos atentos ao que está em jogo nas práticas de reunir as pessoas, o que é um passo importante para institucionalizá-las, com aparentes fins de tratamento. Reunimos as pessoas para proporcionar melhor atendimento ou porque esta prática é útil do ponto de vista do controle e da otimização da mão de obra dos profissionais? Encontramos pensamento semelhante em Domiciano Siqueira, ao falar a respeito do trabalho com usuário de drogas: “Nós não temos que agrupar as pessoas, nós temos é que desagrupar e ir ao encontro delas...” (SIQUEIRA, 2006, p. 74). Porém, não nos enganemos: não é apenas por estarmos na Atenção Básica, que estamos livres da institucionalização, da repetição, da burocracia, da inércia.

O que está em jogo na introdução das ações de Saúde Mental na Atenção Básica não são apenas alterações na forma de praticar a clínica em Saúde Mental, mas a proposta e a prática da mudança do Modelo Assistencial em Saúde e em Saúde Mental. A pretensão é ambiciosa. Trata-se de mudar a forma de lidar com o que, historicamente, foi abordado de modo dividido: corpo, mente e mundo social. Trata-se, também, de uma aproximação com a loucura e outros fenômenos humanos ditos “mentais” radicalmente oposta à exclusão.

A introdução das ações de Saúde Mental na Atenção Básica apresenta-se com um paradoxo que devemos enfrentar na prática: trata-se, ao mesmo tempo, de uma possibilidade de realizar a aproximação inédita entre profissionais de Saúde Mental e população, numa mudança de qualidade nas formas de questionamento, do que vem sendo transcrito para os rótulos dos diagnósticos médicos e que, de fato, são sofrimentos com origens ou agravamentos devido às condições de vida e de trabalho. Desta forma, é uma oportunidade de

ação de saúde que incide nas tramas das comunidades, unida a elas, organizada com elas e, por que não, conduzida por elas. Por outro lado, a transição dos meios de amansamento das populações chegou, nos dias de hoje, ao controle a céu aberto, dispensando como elemento principal os mecanismos disciplinares. Para este fim, a área de Saúde presta-se muito bem, ao lado da mídia, como um importante meio de controle.

As ações de Saúde Mental na Atenção Básica, exatamente por serem desenvolvidas em contato estreito com a comunidade, estão numa posição propícia a serem poderosos meios de controle. Controle dos comportamentos, regularização dos desvios, medicalização dos conflitos familiares e sociais, todos esses mandatos do poder podem ser mais bem exercidos na proximidade das comunidades. Está, portanto, criado um campo de luta na trincheira mais avançada dos mecanismos atuais de controle. Ponto de articulação entre Saúde Coletiva e Saúde Mental, portadoras do questionamento do que é nossa ação política, enquanto praticantes de uma clínica que se move num fio de navalha, as ações de Saúde Mental na Atenção Básica devem observar quais os conceitos e noções que são úteis para a produção de descontinuidade, em relação ao que até hoje foi o destino político de grande parte das práticas de saúde pública: o controle das populações.

Conclusões

Vivemos um momento mundial, no qual tanto avançam o modelo neoliberal nas relações capital/trabalho, quanto as diversas formas de resistência a esta maneira de destruir pessoas em nome da acumulação capitalista. Se a diversidade da vida está ameaçada devido aos atuais estilos de produção e consumo, os movimentos pela preservação do planeta estão ativos. Enfim, a conjuntura global contém elementos tanto destrutivos, quanto possibilidades de criação que se expressam em movimentos e em lutas espalhadas ao redor do mundo.

Para a realização da produção na forma como ela está organizada, hoje, é necessário contar com a participação ativa de quem produz, estando em funcionamento uma grande máquina de produzir subjetividades moldadas de maneira a aderirem ao modo de produção dominante.

O avanço do neoliberalismo corre paralelo aos mecanismos de controle das populações, que incidem na produção e na incitação de formas de viver. O controle do tempo e das vontades a todos atinge, independente de posição social. Mas nem tudo pode ser controlado e os escapes explodem, tanto individualmente, como coletivamente. Cabe ao setor Saúde, e nele, também, à área de Saúde Mental, num conjunto de instâncias que inclui os meios mais diretamente repressivos, dar conta, de acordo com o ideal dos mecanismos de controle, dos contingentes populacionais que não se amoldam ao mundo da produção, são dele excedentes ou precisam a ele retornar. Compreendemos as práticas em Saúde Mental como um dos setores de lutas em que incide de forma acentuada a questão conservar/transformar.

Esta dissertação teve como intenção trabalhar no campo comum entre Saúde Mental e Saúde Coletiva, procurando expor conceitos que possam compor uma caixa de ferramentas, apta a servir de base para o desafio a que estamos convocados: criar e estimular práticas em Saúde Mental que saiam da lógica do controle e colaborem para a transformação social. Esta é uma necessidade da Reforma Psiquiátrica, dos serviços, da formação dos profissionais de Saúde Mental e da população. Estivemos interessados em examinar “como” as práticas são realizadas, e não apenas propor quais devem ser desenvolvidas.

A conjuntura atual da política de Saúde Mental no Brasil mostra avanços em diversas áreas. Instalados nas instâncias de poder, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), pessoas e grupos que defendem a Reforma Psiquiátrica conseguiram, nas últimas duas décadas, produzir uma efetiva mudança no quadro da assistência em Saúde Mental, bem como influir no debate na sociedade, no sentido de questionar a exclusão. Com isso, abriu-se

campo para as mais diversas práticas em Saúde Mental, bem como para distintas correntes teóricas que pretendem colaborar para as mudanças em curso: mudanças de concepção a respeito do chamado sofrimento mental, mudança das práticas, mudanças culturais, mudança no modelo assistencial, mudanças no financiamento das ações do SUS. Ressalte-se o incremento, nos últimos anos, das associações de usuários, das estruturas de geração de renda e o debate a respeito da loucura nos meios de comunicação. Esta abertura de possibilidades provoca a necessidade de termos mais clareza a respeito dos instrumentos com os quais podemos operar.

Na falta desta clareza com relação a conceitos que possam promover a mudança, a tendência é a repetição do que predomina nas relações de poder, o que na situação atual é o controle a céu aberto, associado ao poder disciplinar que, se já não prevalece, mantém-se como retaguarda ainda muito ativa.

Para que a Reforma Psiquiátrica Brasileira possa responder ao questionamento a respeito de se está, de fato, transformando, ao invés de modernizar o controle, é necessário que suas práticas reflitam as suas postulações. Para isso, profissionais, usuários, aparelho formador, o conjunto da sociedade, enfim, precisa abordar o tema controle/transformação, no sentido de que as práticas em Saúde Mental sejam aquelas de interesse da população e trabalhem para a sua autonomia e libertação.

Constatamos que as Equipes de Saúde Mental costumam trabalhar com concepções previamente formadas em relação às suas práticas. Não é comum a compreensão de que as práticas formam os objetos. Com isso, muitas equipes estão lançadas na corrente da repetição do que é o habitual e o habitual, está impregnado pelas formas dominantes de relações de poder: controle e disciplina. As equipes que conseguem superar esta determinação, e são muitas, pelo que vemos nos Congressos, Encontros, Conferências, Cursos, trabalhos publicados e através de acompanhamento pessoal, são as que se negam a aceitar como dados imutáveis, por exemplo, os conceitos de “doença mental” e de “paciente” enquanto essências fixadas numa identidade. Recusam-se, também, a reproduzir “tratamentos” já estabelecidos, afirmando o novo através da criação de práticas clínicas, de convívio e de produção que ativam redes sociais e movimentos autônomos. Identificamos, nestas últimas, algumas práticas nas quais podemos perceber a descontinuidade em relação à repetição do controle. Mas, ainda permanecem as que se alinham na seqüência da continuidade com as práticas da segregação, da objetivação, da produção de subjetividades moldadas. O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas ações na figura do psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso, como

tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de Saúde Mental que nos fazem cativos do século XVIII e XIX. Desta forma, o combate ao sintoma muitas vezes nos coloca na era pré-freudiana.

A crítica desenvolvida e os conceitos apresentados podem ser úteis na identificação de mecanismos institucionais, que fazem perdurar o predomínio da administração dos problemas de saúde acima de ações que incidam na sua solução em termos individuais e coletivos. Algumas de nossas práticas (Internação e Emergência, por exemplo), ainda repetem a exclusão sob a forma da “limpeza das ruas” praticada nos séculos XVIII e XIX.

Nas práticas que acompanhamos, observamos duas linhas quanto ao exercício do poder. A primeira, alinhada ao poder disciplinar, vai do manicômio/Instituição Total à Emergência Psiquiátrica e à internação e, por que não, a certas práticas dos CAPS e Ambulatórios. A segunda pode ser traçada com o aparecimento da biopolítica das populações até as práticas atuais, quando acompanhamos controles sutis em instituições como CAPS, Saúde Mental na Atenção Básica, Ambulatórios.

Podemos, por outro lado, identificar as correspondentes linhas de resistência, que trabalham para a ruptura deste tipo de exercício do poder. Uma, que acompanha a já antiga crise dos dispositivos disciplinares: as práticas nos atendimentos renovados às crises, talvez algumas internações praticadas em Hospitais Psiquiátricos estatais e as práticas dos CAPS. A outra linha de descontinuidade é a composta pelas práticas que são exercidas na fronteira avançada do controle: os CAPS, a Saúde Mental na Atenção Básica, os Ambulatórios em transformação.

Não há um dispositivo em Saúde Mental que sempre produza a descontinuidade com a anatomopolítica dos corpos e a biopolítica da população. Não é por ser “novo”, que um dispositivo produz descontinuidade. O que importa são as práticas que são realizadas e inventadas. Mas, como produzir descontinuidade num Hospital Psiquiátrico tradicional? Ou num Ambulatório que não questiona suas ações?

Os Ambulatórios em transformação, os CAPS e a Saúde Mental na Atenção Básica estão numa posição instigante: ao mesmo tempo em que correm o risco de se tornarem postos avançados para o controle modernizado das populações, são os dispositivos que, exatamente por esta sua posição, têm maior potencial, para desenvolver práticas transformadoras que incitem à mudança nas concepções que vigoram na sociedade, a respeito da loucura. Isto também pode se dar no enfrentamento do sofrimento que afeta grande parte da população. O atendimento às crises, ainda chamadas de Emergências Psiquiátricas, em grande parte funciona tamponando emergentes psíquicos, familiares, econômicos. Podem transformar-se

também, caso incorporem conceitos adequados, em elementos de esclarecimento dos mecanismos que vigoram nas estruturas envolvidas, ao lado de prestar uma melhor assistência.

Os três conceitos estudados podem ser úteis para embasar tanto a crítica à repetição do controle, quanto as possibilidades de invenção de práticas de transformação nesses dispositivos de Saúde Mental.

As práticas que examinamos estão situadas no Estado, mas tentam atender a diretrizes e normas que partem do que se iniciou como um Movimento, o da Reforma Psiquiátrica. Notamos que diferem, em muito, as conseqüências, em termos de ativação de movimentos e de redes, das diversas formas de condução das práticas em Saúde Mental. Práticas que seguem o modelo biomédico são barreiras para a produção ou ativação de redes e de movimentos, ao absorver para dentro de si uma demanda com forte componente social, retirando sua discussão do campo coletivo. Do contrário, as práticas em vigência que mostram a adoção do princípio da Integralidade, que se abrem para a ampliação da clínica e que operam com a Transdisciplinaridade têm a possibilidade de efetuar o incremento das redes e dos movimentos, numa intervenção que joga para o coletivo os conteúdos que surgem na clínica. Isto é, as práticas clínicas têm um importante papel a desempenhar no lançamento dos emergentes coletivos para fora do espaço clínico, para as redes e movimentos.

Os conceitos de Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade podem promover a ruptura com os mecanismos de controle nas práticas em Saúde Mental, desde que também passem por uma crítica a respeito das relações de poder que promovem.

A Integralidade, que por ser um princípio do SUS é uma noção orientadora das práticas, aponta para um rompimento com as ações de saúde que se moldam pelo esquema problema-solução, comum nos dispositivos tradicionais em Saúde Mental: a Internação, o Ambulatório e a Emergência. Praticada nos Ambulatórios, nas Emergências, nos CAPS e na Saúde Mental na Atenção Básica, a Integralidade mostra a necessidade de uma clínica não restrita à redução dos sintomas, ao conceito de doença mental e à adaptação. Podemos entender a Integralidade como noção intercessora que provoca a ação da Clínica Ampliada. Esta aparece rompendo com a clínica que tradicionalmente foi e é praticada em Saúde e em Saúde Mental, uma clínica da redução dos problemas a meros sintomas e doenças.

A provocação da Clínica Ampliada, enquanto diretriz, atinge, em cheio, tanto a própria clínica (oficial ou degradada), mas também as formas de gestão das unidades de saúde, onde a clínica é praticada. Neste sentido, a Clínica Ampliada é um conceito intercessor da gestão e das formas clínicas ainda habituais. A Clínica Ampliada, especialmente, mas

também a Integralidade e a Transdisciplinaridade apontam para a co-gestão como instrumento essencial para as mudanças institucionais e clínicas, necessárias para as mudanças na assistência. A co-gestão trata de ampliar constantemente as bases sociais das discussões e ações em Saúde, proporcionando a entrada em cena de mais atores, além dos dirigentes e profissionais: os usuários e a sociedade como um todo.

A Transdisciplinaridade aparece como um conceito provocador da desestabilização das certezas que entronizaram os objetos, os especialismos e as barreiras entre os saberes, fatores gravemente limitantes do trabalho em equipe e da provocação de possíveis descontinuidades nas formas rígidas de atuação clínica. A Transdisciplinaridade, instada a comparecer na cena das práticas comprometidas com a transformação como um “modo de fazer”, entra no jogo dos intercessores com a Integralidade e a Clínica Ampliada, fornecendo a função de questionamento dos objetos, do sujeito do conhecimento e das práticas cristalizadas na repetição dos especialismos. As equipes que ousam praticá-la, não sem algum sofrimento e espanto, ativam sua criatividade e passam a estimular a produção de movimentos, já que seus conhecimentos saíram dos guetos e, na circulação em que entram, provocam mais circulação e mais movimento. É a desestabilização, produzindo mudança por efeito intercessor do conceito.

A Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade provocam a discussão a respeito da indissociabilidade das práticas de atenção e de gestão. As três noções/conceitos instigam o posicionamento político-institucional de profissionais e Equipes no sentido de promover a gestão coletiva dos ambientes de trabalho, ao mesmo tempo em que servem de base para esta ação. A gestão coletiva serve de suporte para a discussão da clínica que se pratica.

É interessante observar que a Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade induzem a práticas que desembocam em incertezas. Ao contrário do modelo biomédico, repleto de certezas e afirmações definitivas, os três conceitos nos levam às fronteiras do conhecido, questionando-o e ultrapassando-o na criação. A Integralidade leva-nos a, cada vez, buscar, mais adiante, as necessidades de saúde, as condições políticas e os recursos para desenvolvê-las. No nosso modo de ver, a Clínica Ampliada estimula a procura para situarmos, cada vez mais além, os limites desta ampliação. Isto é, somos estimulados a, a cada momento de encontro clínico, buscar o que mais possa ser acrescentado para ajudar a resolver os problemas. A Transdisciplinaridade navega sempre no jogo das incertezas e da criativa quebra das cristalizações imutáveis. O trabalho com a intercessão entre os conceitos e destes com as práticas, suspende o estabelecido e daí é que surge a

criação. Ao mesmo tempo, a análise das relações de poder não aponta para um momento de descanso, um momento ideal, mas sim para o questionamento constante a respeito de como estas relações influem, a cada instante, na vida.

A Integralidade, a Clínica Ampliada e a Transdisciplinaridade, ao questionarem as práticas em Saúde Mental, fazem aparecer a articulação entre modelo biomédico, especialismos e controle biopolítico. Esta articulação resulta na manutenção destes três fatores, que se apóiam mutuamente. Os três conceitos e a intercessão entre os mesmos, incidindo na transformação da atenção, da gestão e da formação, são ferramentas para o questionamento da manutenção do modelo biomédico, dos especialismos e do controle biopolítico, propiciando o aparecimento de práticas transformadoras.

A adoção dos conceitos que estudamos nesta dissertação leva, necessariamente, ao questionamento das atuais condições de trabalho em Saúde. O modelo biomédico não necessita, para seu funcionamento, destes conceitos, e sobrevive adaptado às condições de trabalho, em que vigoram a ausência de gestão participativa, de reuniões de equipe e o foco principal da administração na produção de números e de estatísticas de atendimento sem avaliação do que está sendo feito. As conseqüências destes fatores são a insatisfação, tanto dos usuários como dos profissionais, os eternos conflitos institucionais sem fórum próprio de elaboração, o pouco investimento no trabalho, chegando ao adoecimento dos trabalhadores em saúde. Adotar o princípio da Integralidade, a diretriz da Clínica Ampliada e o modo de fazer da Transdisciplinaridade faz surgir a discussão a respeito das condições de trabalho, iniciando-se, principalmente pela questão do tempo que é preciso dedicar ao trabalho quando este é informado por estes conceitos.

Estivemos atentos, ao longo da dissertação, para a situação atual da atenção a dois grandes contingentes que chegam para tratamento em unidades de Saúde Mental: as chamadas “psicoses” e as “neuroses”. Nas novas classificações internacionais de doenças não é mais assim que aparecem estas categorias, mas ainda são clássicas e talvez menos redutoras que a denominação “transtorno mental”.

Quanto à psicose, percebemos que estamos numa situação em que, em muitas vezes, o que fazemos é administrá-la, ao invés de tentar aproximações autênticas. Chamamos de “administrar” a psicose, as práticas que conseguem manter os usuários sem internação, razoavelmente tratados, mas sem que o fenômeno psicose seja alvo de maior aproximação, sem que a estrutura familiar seja tocada e sem que a inserção social da pessoa em tratamento seja trabalhada.

Quanto às neuroses, ansiedades e depressões que agora recebem outras nomeações, modernas, podemos constatar que, na sua maioria, são tratadas apenas com medicação, que é utilizada para promover o desaparecimento dos sintomas e o alívio. Com isso, multidões têm seus sinais de alerta apagados e seus avisos de que algo não está bem no seu mundo de relação, de trabalho e, nas suas condições de sobrevivência, desconsiderados. Trata-se de importante operação de desconhecimento das necessidades de saúde da população.

Nas duas formas de abordagem notamos o predomínio do modelo biomédico, geralmente em situações onde não há discussão da clínica e de sua gestão. Com isso, opera-se uma extensa estratégia de controle modernizado, isto é, trabalha-se para o desaparecimento do sintoma e, com ele, das possibilidades de mudança. Operação que reconhecemos como fazendo parte do controle biopolítico, na sua vertente atinente ao momento, isto é, o controle modernizado, que prescinde da disciplina, que opera por convencimento e de forma “suave”. Para fazer frente a esse destino, muitas equipes lutam por desenvolver estratégias, geralmente recorrendo ao dispositivo grupal, que atuam em sentido contrário ao descrito, isto é, procuram, no caso das psicoses, formas de abordagem que relativizem os conhecimentos prévios, numa abertura para a surpresa e para a criação. Na situação das neuroses, desenvolvem-se meios de não encarcerar a queixa em rígidas abordagens clínicas e faz-se com que a clínica abra-se para as redes e para a criação de movimentos de vida.

Percebemos a importância dos diferentes níveis de formação para o destino das práticas em Saúde Mental. A graduação, se não for informada por conceitos que sustentem práticas que se criticam constantemente, e se não frequentar práticas que incluam estes conceitos e críticas, produz profissionais que agem pelo senso comum, marcado pelo conservadorismo e repetição.

As pós-graduações e, principalmente, as capacitações em serviço assumem, no momento, uma grande importância por incidir em profissionais que estão atuando no dia a dia do SUS. Portanto, promover, neste setor, uma formação que inclua práticas de resistência e de transformação, torna-se urgente, devido a poderem causar efetivamente alterações nas ações dos profissionais. Neste sentido, estão em andamento a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente. Aparece também como uma proposta promissora o “Projeto Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro”. (PLANO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 2007-2010, 2007).

O profissional de Saúde Mental, em geral, sai da sua formação na graduação impregnado de especialismos. Com isso, luta pelo seu suposto objeto específico de trabalho,

criando um campo de disputas de poder entre as categorias profissionais que são lamentáveis mecanismos para a perpetuação dos problemas que precisamos enfrentar coletivamente. Se colocados em ambientes que não questionam essa formação, como, por exemplo, dispositivos onde a gestão e a clínica mantêm-se afastados, ou onde não há estruturas coletivas de decisão, estas formações para os especialismos são cristalizadas. Apostamos que esses profissionais possam quebrar as barreiras que impedem o questionamento de suas formações, promover a colaboração transdisciplinar e agenciar a produção de práticas transformadoras, na medida em que experimentem discussões coletivas, debates sobre a clínica e a gestão numa só estrutura de decisão e incorporem conceitos que informem práticas e críticas.

Devemos estar atentos, portanto, para a necessidade de promover a formação, nos seus diversos níveis, em estruturas e com conceitos que potencializem as práticas transformadoras. A metodologia utilizada nesta dissertação, assim como os três conceitos que apresentamos são, a nosso ver, potentes intercessores para a formação. Ao promovê-la, levando em conta estas advertências, estaremos cuidando das conseqüências que têm para o ensino as práticas clínicas públicas em Saúde Mental, inclusive as práticas dentro do âmbito universitário, no interjogo entre Políticas Institucionais Públicas e Formação.

Para informar-nos a respeito das práticas necessárias para a formação de profissionais, interessados na transformação, é importante o questionamento de Peter Pál Pelbart (PÉLBART, 2003) que interroga a respeito do que é resistência hoje. O que é uma prática em Saúde Mental que seja resistência? Quais as que expressam uma criação própria e pertinente com os dias de hoje? Podem ser aquelas que apontam para o paradigma ético-estético-político e que incluam a gestão, a clínica, a criação de redes e de movimento. Cabe a nós promover maior pesquisa nesta área e a intensificação de práticas de formação que incluam estes conceitos.

Apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, convivemos com problemas que resultam, principalmente, das vicissitudes do financiamento do SUS e das dificuldades de mudança do modelo assistencial que é sustentado, dentre outros fatores, pela formação profissional ainda marcada pelo modelo biomédico. Com a potencialização das práticas, através dos conceitos estudados, podemos ter uma alteração do quadro: as práticas, mais próximas das necessidades da população, podem tornar-se mais radicais em termos de questionamento dos saberes e produzirem mais ações coletivas e clareza em relação ao que representam no jogo do poder. O coletivo envolvido no dia a dia do SUS poderá, inclusive, questionar detalhes do financiamento, que em geral não é discutido no dia a dia das carências das unidades de saúde.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira desenvolve-se num contexto mundial de avanço dos mecanismos de controle das populações. Estes mecanismos valem-se de todos os meios que sejam úteis para o amansamento e o conformismo. Avançam, também, por outro lado, a resistência a esses mecanismos de controle do poder e os movimentos que criam novas formas de viver - formas plurais, que afirmam a diferença e que prezam a multiplicidade. Para isso, a crítica fundada na análise das relações de poder e os conceitos aqui pesquisados podem ser instrumentos úteis.

Situamos a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, enquanto uma direção, visto que percebemos como coletivas as determinações dos problemas e soluções em Saúde Mental. Com este enfoque, afirmamos que as possibilidades de compreensão e de intervenção no campo da Saúde Mental incluem os contextos coletivos, desde as relações familiares até as dinâmicas grupais, os fenômenos de massa, as contingências político-econômicas.

Esta dissertação propôs-se a traçar algumas linhas da história que estamos fazendo: perceber, no momento em que ocorre, qual o nosso papel na história, o que estamos mudando e o que estamos conservando. Esperamos ter contribuído para esta tarefa, que entendemos ser sempre coletiva.

Referências Bibliográficas

ALMA-ATA, Declaração de. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, acesso em 22/01/2005.

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

ALVES, Domingos Sávio & GULJOR, Ana Paula. **O Cuidado em Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte & GULJOR, Ana Paula. **Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização**: a (Re)construção da Demanda no Corpo Social. In: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BASAGLIA, Franco & BASAGLIA Ongaro, Franca, (org.). **Los Crimenes de la Paz**. México: Siglo Veintiuno Editores, 1977.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel**: Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, Regina Benevides de. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Resistências e Capturas em Tempos Neoliberais. In: Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BENEVIDES, Regina & PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. V. 10, n° 3. Rio de Janeiro. Jul./set. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: Legislação em Saúde Mental: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – Integradora. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizaus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf. Acesso em 9/06/2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **As Muitas Vozes da Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

_____. **Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

_____. **Epistemologia Numa Hora Dessas?** In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

_____. **Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli & SOARES, Cássia Baldini. **A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores**. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 621-628, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____. **Reforma política e sanitária**: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva, (12), (2): 301-306, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. **Equipe de Saúde**: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

_____. **Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”**: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS,

Ruben Araújo de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg & FERLA, Alcindo Antônio. **Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem do Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Os Guardiões da Ordem**. Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CONSTITUIÇÃO Federal. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Acessado em 1/2/2006.

COOPER, David. **Psiquiatria y Antipsiquiatria**. 3. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. MS/SAS/DAPE. **Os graves desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Mensagem eletrônica circular nº 26/05 Brasília, 30 de dezembro de 2005.

CUNHA. Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. **O Anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. In: “Conversações”. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992 a.

_____. **Controle e Devir**. Em: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992 b.

_____. **Os Intercессores**. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992 c.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1987. 378 p.

FERLA, Alcindo Antônio. **Pacientes, Impacientes e Mestiços**: Cartografia do Outro na Produção do Cuidado. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

FLEURY, Sonia. **Para uma teoria do movimento sanitário**. *In*: O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Sérgio Arouca. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Editora Vozes; Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1972.

_____. **História da Sexualidade I. A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

_____. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **Nietzsche, a Genealogia e a História**. *In*: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 20a. Ed., (1993 a.) 2004 a.

_____. **O Nascimento da Medicina Social**. *In*: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 20a. Ed., (1993 b). 2004 b.

_____. **Genealogia e Poder**. *In*: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 20a. Ed., (1993 b). 2004 c.

_____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 6a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 6a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 d.

_____. **Sobre as Maneiras de Escrever a História**. *In*: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento (Ditos & Escritos II). Manoel Barros da Motta, org. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GALLIO, Giovanna & CONSTANTINO, Maurizio. **François Tosquelles, A Escola de Liberdade**. *In*: SaúdeLoucura número 4. São Paulo: Hucitec, 1994.

GOLDBERG, Jairo. **A Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1996.

GUATTARI, Felix. **A Revolução Molecular**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

GUATTARI, Felix & ROLNICK, Suely. **Micropolítica. Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

GUIZARDI Francini Lube & PINHEIRO Roseni. **Quando Dádiva se Transforma em Saúde**: Algumas Questões sobre a Integralidade e o Cuidado nas Relações entre Sociedade e

Estado. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

HOCHMANN, Jacques. **Hacia una psiquiatria comunitaria**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

LACERDA, Alda & VALLA, Victor. **Homeopatia e Apoio Social**: Repensando as Práticas de Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

LAGRANGE, Jaques. **Situação do Curso**. *In*: O Poder Psiquiátrico. Michel Foucault, São Paulo: Martins Fontes, 2006.

LANCETTI, Antonio (org.). **SaúdeLoucura 7, Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEI 8.080, de 19 de setembro de 1990: disponível em:
<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>, acesso em 28/01/2006.

LEI 8141, de 28 de dezembro de 1990: disponível em:
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>, acesso em 28/01/2006.

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LUZ, Madel T. **Políticas de Descentralização e Cidadania**: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

_____. **Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje**. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

MACHADO, Roberto et ali. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO Felipe Rangel S., PINHEIRO Roseni & Francini Lube GUIZARDI. **Direito à Saúde e Integralidade no SUS**: o Exercício da Cidadania e o Papel do Ministério Público. 2005). *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MALAGUTI BATISTA, Vera. **O Medo na Cidade do Rio de Janeiro**. Dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de.

(org). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

_____. **Direito, Necessidades e Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MERHY, Elias Emerson. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 2a. Edição.

_____. **Engravitando Palavras: o Caso da Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília: 2001, mimeo.

_____. **Portaria 198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>, acessado em 23/03/2006.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):251-264, 2000.

OLIVEIRA, Gilson Saippa et ali. **A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem**. O Direcionamento do Curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

OLIVEIRA, Gilson Saippa et ali. **As Agendas Públicas para as Reformas e sua Releitura no Cotidiano das Práticas da Formação: o Caso da Disciplina Trabalho de Campo Supervisionado**. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. & AMARAL, Márcia. **Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional**. In: Merhy, E. E. & Onocko Campos, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo: Hucitec, 1997.

ONOCKO CAMPOS, Rosana et ali. **O Inter. “esse” dos Cursos de aprimoramento**. Campinas. 2004. Mimeo.

_____. **Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. UNICAMP/UFF, 2005, mimeo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção**, Nova Esperança. 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **Do “Dilema Preventivista” à Saúde Coletiva.** *In:* AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina Benevides de. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000. Disponível em http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto1.htm&codtexto=1&cod=1&nome_autor=Eduardo%20Passos&tp=. Acesso em 12/10/2006.

____ & _____. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo.** *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*. PUC-RJ, v 13, n.1 p. 89-99, 2001.

____ & _____. **Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade.** *In:* Tânia Mara Galli Fonseca; Patrícia Gomes Kirst (Org.). *Cartografias e devires. A construção do presente*. Porto Alegre, 2003, v. 1.

____ & _____. **Clínica, política e modulações do capitalismo.** *Lugar Comum*. Rio de Janeiro: n.o 19-20, jan-jun de 2004.

____ & _____. **Anotações de aula.** Niterói. 2005.

PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. **Da invenção das práticas de capitulação da diferença à prática da invenção instituinte em saúde mental:** Caminhos para a heterogênesse. Niterói, 2007, mimeo.

PÉLBART, Peter Pál. **Vida Capital.** Ensaios de biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, Roseni. **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta de Demanda dos Serviços de Saúde:** um campo de estudo e construção da integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, Roseni & GUIZARDI, Francini Lube. **Cuidado e Integralidade:** por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, Roseni et ali. **Demanda em Saúde e Direito à Saúde:** Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni, FERLA, Alcindo Antônio & SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes. **A Integralidade na Atenção à Saúde da População.** *In:* Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. João José Neves Marins, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Corrêa de Araújo, organizadores. São Paulo: Hucitec, 2004.

PINTO, Julio Cesar Silveira Gomes. **Treinamento em Saúde Mental para Equipes de Saúde.** *In:* O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

_____. **O Trabalho com Grupos na área de Saúde.** *In:* PINTO, Julio Cesar Silveira Gomes. Temas de Saúde Mental. Niterói: Editora Muiraquitã, 1998.

_____. **A Saúde Mental na Atenção Básica.** Monografia do curso de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Estácio de Sá/Macaé; 2004. Disponível em <http://www.saudemental.med.br/SMABJ.doc>

PLANO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: 2007-2010. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, Assessoria de Saúde Mental, 2007. mimeo.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão.** Disponível em: http://www.extranet.ead.fiocruz.br/facilitadores_site/pdf/hist_poli_pub01.pdf
Acessado em 28/10/2005.

PORTO, Mayla Yara. **Uma revolta popular contra a vacinação.** Ciência e Cultura. Vol.55 no.1 São Paulo Jan./Mar 2003.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NAS AMÉRICAS. Brasília, 2005, mimeo

RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. **Foucault, uma trajetória filosófica:** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RAMOS, Marise. **Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos:** Desafio para a Educação Profissional em Saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **Análise Institucional Francesa e Transformação Social:** O Tempo (e contratempo) das Intervenções. *In:* SaúdeLoucura. Análise Institucional. N° 8. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa & BARROS, Regina Benevides de. **Câmara Técnica de Humanização como dispositivo de Co-gestão.** *In:* SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa & BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (org.). Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humanizadas:** o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. *In:* SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa & BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (org.). Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SILVA, Guilherme Rodrigues. **Prefácio.** *In:* AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora FIOCRUZ, 2003.

SILVA, Rafael Vieira Braga da et ali. **Do Elo ao Laço:** o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida & ALVES, Márcia Guimarães de Mello. **Entre Tramas e Redes:** Cuidado e Integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da et ali. **Avaliação de redes de atenção à saúde:** contribuições da integralidade. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Gestão de redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

SIQUEIRA, Domiciano. **Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos.** *In:* Clínica Peripatética. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

VALLA, Victor Vincent et ali. **Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde:** uma Proposta de Investigação Voltada para as Classes Populares. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

VALLA, Victor Vincent; GUIMARÃES, Maria Beatriz & LACERDA, Alda. **A Qualidade do Cuidado na Convivência com os Pobres:** O Trabalho dos Pastores e dos Agentes Comunitários de Saúde. *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

VALLA, Victor Vincent & LACERDA, Alda. **Um Outro Olhar sobre a Construção Social da Demanda a Partir da Dívida e das Práticas em Saúde.** *In:* PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Paradoxos da mudança no SUS.** Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005. 246 p.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história.** 3a. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 1995.