

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

**NA CORDA BAMBA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

VITÓRIA
2004

ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

**NA CORDA BAMBA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia.
Orientadora: Prof^a. Dra. Ângela Nobre de Andrade.

VITÓRIA
2004

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Romanholi, Andréa Campos, 1965-
R758 Na corda bamba : reforma psiquiátrica e saúde mental na
n atenção primária / Andréa Campos Romanholi. – 2004.
304 f.

Orientadora: Ângela Nobre de Andrade.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde mental. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Andrade, Ângela Nobre de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

ANDRÉA CAMPOS ROMANHOLI

**NA CORDA BAMBA: REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE
MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em ____/____/de 2004

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Doutora Ângela Nobre de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Doutora Zeide Araújo Trindade
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Doutor Paulo Duarte de Amarante
Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz

Dedico este trabalho a meus pais por terem me dado a oportunidade de estar neste mundo louco e por terem contribuído para eu ser quem sou.

E também às pessoas que buscaram tratamento na CAPS Ilha de Santa Maria, com as quais tive o privilégio de trabalhar e com quem pude descobrir que a vida é muito mais do que eu conhecia, tem forças maiores do que acreditamos e pode ser simples e bela em sua confusão.

Meus sinceros agradecimentos a Ângela, pela orientação respeitosa, tranquila e segura, por ter me mostrado limites e, principalmente, por ter acreditado.

A meus irmãos e sobrinhos por terem participado do meu processo de formação e pela ajuda nestes tempos de mergulho nos livros e de correria contra o tempo.

A Maristela e Nicéia, com quem compartilhei a descoberta e construção do trabalho no CAPS e também por terem me ouvido nestes últimos tempos não tão férteis.

A todos os amigos, principalmente a Renata e Maria Henriqueta, que me mostraram que ainda há amizade e solidariedade; a Sheila, Luiza, Marcelo, ao Hugo e Jader, ao Paulo, Jorge, Olga (in memoriam) e a tantos outros.

A esperança dança,
Na corda bamba de sombrinha,
E em cada passo dessa linha,
Pode se machucar.

Azar...

A esperança equilibrista,
Sabe que o show de todo artista,
Tem que continuar.

(Trecho de “O bêbado e o equilibrista” - Aldir Blanc)

RESUMO

Esse estudo discute os limites e possibilidades da implementação da reforma psiquiátrica brasileira na rede básica de saúde. Os serviços desse nível são considerados como porta de entrada do sistema brasileiro de saúde (SUS), contudo, com relação às pessoas afetadas pela loucura, eles não têm sido percebidos como parte da rede voltada à sua atenção. Procurando investigar esse fato, este estudo trabalhou com os profissionais da rede básica de saúde de Vitória/ES, com aplicação de entrevistas semiestruturadas, de questionários e de um grupo de discussão, por meio dos quais se procurou conhecer as dificuldades e possibilidades de transformar essa realidade de modo a poder contar com esses serviços no processo da reforma. Pôde-se constatar que, na visão dos profissionais, as Unidades Básicas de Saúde têm papel fundamental na reforma psiquiátrica por serem serviços efetivamente territoriais, o que lhes permite conhecer os usuários e sua realidade, e acompanhá-los nos diversos momentos de sua vida. Porém, os profissionais relatam várias dificuldades que têm tornado extremamente difícil o cumprimento da expectativa de abandonarem as práticas tradicionais de saúde, aparecendo como pessoas afetadas pela realidade que enfrentam, pela demanda excessiva e pelo processo de trabalho que continua burocratizado e incoerente com as propostas de transformação. Essas dificuldades concernem à atenção aos problemas gerais da área de saúde, interferindo, também, na possibilidade de assumirem a atenção às pessoas com transtornos mentais, que são vistas como apresentando algumas especificidades que refletem na necessidade de maior flexibilidade dos serviços para seu atendimento. Contudo, exceto pela necessidade de maior conhecimento técnico, as dificuldades citadas são as mesmas enfrentadas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo a interlocução com a área de saúde mental recebida de forma positiva, havendo a expectativa de que esta possa, com seus conhecimentos e técnicas, auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Por outro lado, o trabalho nesse nível tem trazido à tona uma realidade ainda mais complexa que aquela com que se trabalha no campo da reforma, pois esta se dirige mais diretamente aos usuários atingidos pela violência e exclusão próprias da lógica manicomial, enquanto o que se encontra no nível básico são estes e mais uma enorme quantidade de pessoas que sofrem a violência da exclusão social e econômica, em situação de miséria, falta de perspectivas de vida e ameaçadas pelas redes informais, mas poderosas, do poder local (leia-se tráfico de drogas e violência familiar). Assim, avalia-se que a interlocução desses dois campos – reforma psiquiátrica e atenção básica/PSF – pode enriquecer a ambos, provocando a desinstitucionalização de suas práticas e a ampliação das oportunidades de invenção.

Palavras chave: reforma psiquiátrica, cuidados primários de saúde, saúde mental, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study discusses about the limits and possibilities of the Brazilian psychiatric reform implementation in the primary health care. Services on this issue have been assumed as a doorway to the Brazilian health system (SUS), however, they are not understood as part of the net of this system when it is concerning to people affected by madness. Trying to investigate that fact, this study has been worked with the primary health care professionals, through application of semi-structured interviews, questionnaires and focus group; so that, it was possible to get to know the difficulties and possibilities in order to transform that reality, and count on this service during the reform process. It could be assumed that, in the professionals point of view, the Basic Health Units have an important role in the psychiatric reform, once they are effectively territorial services, which allows one to get to know the users and their reality; and to accompany them throughout the several moments of their lives. However, those professionals reported several difficulties that make their possibilities to abandon the traditional practices of health extremely tough. They are very affected by the reality they face, by the excessive demand, and by the work process that is still bureaucratic and incoherent with the transformation proposals. Those difficulties refer to the attention to the general problems of the health field, and also interferes in the possibility to assume the attention of the people with mental problems that are seen as people who are required larger flexibility from the services to be attended. However, regardless the need of larger know-how, the mentioned difficulties are the same ones faced for the construction of a new model of attention to the health and the relationship with the mental health area is received in a positive way. About it, there are some expectations that this mentioned area, with its know-how and techniques, helps them to overcome difficulties. On the other hand, the work in the primary health care has shown a more complex reality than that which has being worked on the field of the reform. The last one deals with users who are victims of violence and exclusion that which is typical in the traditional psychiatric thought and in the primary health care there are those and more the enormous amount of people that

suffer the violence of the social and economical exclusion, by living in poverty with lack of life perspectives and threatened by the informal but influential nets of the “local power” (coming from drug traffic and family violence). So, it is evaluated that the union of those two fields (psychiatry reformation and primary health care) may enrich both, so that, it will cause the transformation of their practices and the enlargement of the invention opportunities.

Key words: psychiatric reform, primary health care, mental health, SUS

Sumário:

APRESENTAÇÃO.....	13
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E FILOSÓFICA	24
1.1 UMA OPÇÃO EPISTEMOLÓGICA.....	24
1.2 UMA CERTA MANEIRA DE OPERAR COM O PENSAMENTO	29
1.3 PROCESSOS DE SUBJETIVIDADE E PRÁXIS	36
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	46
2.1 A QUE CHAMAMOS REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	46
2.2 A CONSTITUIÇÃO DA “ORDEM PSIQUIÁTRICA”: POR QUE “NÃO” AO MANICÔMIO	62
2.3 AS PSIQUIATRIAS REFORMADAS E O <i>AGGIORNAMENTO</i> : CONHECER PARA NÃO REPETIR	71
2.4 ALGUNS CONCEITOS “OPERACIONAIS”	82
3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	93
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	96
3.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	104
3.3 A APS NO CONTEXTO DO SUS: A ATENÇÃO BÁSICA E O PSF	107
4. SITUANDO O PROBLEMA	116
4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SUS	116
4.2 UMA REALIDADE LOCAL.....	128
4.2.1 A Organização da Área da Saúde em Vitória	131
4.2.2 A Organização da Saúde Mental na Semus – Vitória	137
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	149
5.1 PARTICIPANTES	153
5.2 PROCEDIMENTOS.....	154
5.3 ANÁLISE	157
5.4 OBJETIVOS	158
6. O TRABALHO DE CAMPO	158
6.1 O CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	165
6.1.1 Semus: Um Campo de Desencontros.....	165
6.1.2 Sujeitos Afetados	180
6.1.3 A Equipe como um Mito	191

6.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU ENTENDIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE VITÓRIA	197
6.2.1 Saúde Mental: Expectativas e Confusão	199
6.2.2 Percepções acerca da Reforma Psiquiátrica	204
6.2.3 O Papel das Unidades de Saúde na Desinstitucionalização.....	207
6.2.4 Dificuldades e Possibilidades da Atenção Psicossocial nas USs	210
6.2.5 Desconforto e Desafio: Sentimentos, Dificuldades e Expectativas Quanto ao Trabalho com a Loucura	217
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
8. REFERÊNCIAS.....	232

APRESENTAÇÃO

Porque falar de atenção primária ao tratar da reforma psiquiátrica? Sabendo que a proposta brasileira da reforma faz uma crítica ao modelo preventivista e tem na idéia de desinstitucionalização italiana sua maior fonte inspiradora, a correlação desses dois termos pode parecer um contra-senso ou um retrocesso, uma vez que o que se pretende é desconstruir todas as formas de atenção que impliquem práticas manicomiais e/ou controle social e construir/inventar novas formas de cuidar.

Mesmo sabendo do risco de ter, de partida, possíveis críticas, manter esse termo no título foi uma opção consciente e resultante do fato de que este trabalho foi gerado a partir de um olhar e de uma experiência que não vêm só do campo acadêmico e conceitual, mas também do lugar de profissional de saúde e de gestora.

A partir desses lugares, pudemos constatar que o fato de se introduzirem novas conceituações sobre uma questão não significa, necessariamente, o avanço concreto sobre essa questão no campo das políticas e da rede formal de serviços de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta de construção de um novo modelo de atenção tem como base estruturante a reorganização da atenção primária, agora nomeada atenção básica, por meio da estratégia de Saúde da Família. E é de dentro de uma rede de serviços construída a partir dessa concepção que temos que nos mover, tendo que lidar com todos os determinantes decorrentes e com todas as regulamentações formais do sistema de saúde, ainda que com o objetivo de transformá-la.

Assim, sem desconsiderar o entendimento amplo da reforma como um processo complexo de desconstrução de práticas manicomiais e de invenção de uma nova relação da cultura com a loucura, este trabalho foi delimitado na investigação das possibilidades de implementação efetiva da reforma em todos os níveis da rede de serviços do SUS, focando, especificamente, as possibilidades e dificuldades para que as Unidades de Saúde funcionem dentro da lógica da desinstitucionalização.

De todo modo, as questões envolvidas neste trabalho tiveram início com a nossa experiência, particularmente a partir do contato com a loucura e com o trabalho no serviço público de Vitória/ES. Nessa instituição atuamos, por seis anos, no cargo de psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ilha de Santa Maria, na época recém-inaugurado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), onde desenvolvemos atividades de atendimento individual e grupal a usuários e familiares, além de coordenar oficinas terapêuticas e grupos operativos.

Lidar com os usuários do CAPS, com suas histórias de sofrimento, violência e exclusão, mas, ao mesmo tempo, capazes de superar as marcas dessa história e reconstruir uma relação produtiva e prazerosa com a vida, trouxe-nos o efeito de resgatar a sensação de vitalidade e a confiança na potência da vida, que parecem se manter presentes mesmo em condições tão adversas. Além disso, essa experiência nos deu a oportunidade de conhecer formas novas de lidar com a vida e seus problemas e de aprender que os caminhos formais e geralmente conhecidos não são os únicos possíveis para responder às dificuldades, havendo muitos outros a percorrer, a construir e a inventar.

O fato de ver os resultados desse trabalho, dessa instituição, mas, ao mesmo tempo, as carências existentes na rede de atenção que impediam um maior avanço, tanto do serviço como dos usuários, foi um aspecto importante que contribuiu para nossa transferência para o nível central da SEMUS, para a função de Coordenação Municipal de Saúde Mental, função que ainda exerço.

A experiência no campo da gestão, por seu turno, colocou-nos em frente à necessidade de lidar com os aspectos técnicos, formais e burocráticos da organização dos serviços de saúde. Esses aspectos nos pareceram trazer mais dificuldades que contribuições, tendo causado um efeito contrário ao da experiência no CAPS, pois em grande parte do tempo foi sentido como algo despotencializador e quase paralisante às vezes. Porém, ainda assim, o trabalho nesse nível mantém-se como uma via essencial para fazer acontecer efetivamente algumas das mudanças desejadas na área da atenção à saúde, cabendo-nos descobrir meios de escapar aos efeitos negativos já citados e encontrar caminhos para construir saídas produtivas em meio à burocracia.

Em todas essas situações – serviço público, privado e em outros momentos e espaços da vida – o que se mantém realmente presente é o constante contato com as pessoas e com o mundo, com suas contradições e paradoxos, aspectos inerentes à vida humana, porém, aparentemente mais presentes e destacados na contemporaneidade. E, principalmente, o contato com nossos próprios sentimentos e afetos, também contraditórios, paradoxais e constantemente mobilizados por tais experiências.

Muitas dessas contradições e paradoxos são mesmo inerentes à vida, mas acreditamos que parte delas decorre dos diferentes lugares de onde temos lidado com as questões provenientes do trabalho na área de saúde. Estar ao lado de um usuário numa oficina ou numa assembléia do CAPS; estar com esse mesmo usuário no Pronto-Socorro viabilizando uma internação num momento de necessidade; estar com os colegas promovendo eventos ou nas acaloradas e muitas vezes difíceis reuniões de equipe; estar lidando com planilhas de planejamento e orçamento; escrevendo, apresentando e defendendo projetos para a ampliação da rede de serviços; estar em reuniões com os profissionais da rede básica trabalhando na necessidade de implementação de novas práticas ou discutindo situações complexas de atendimentos trazidos por eles ou, ainda, em reuniões do movimento da luta antimanicomial... São muitos momentos e situações que nos levam a lidar com os mesmos problemas a partir de diferentes posições, o que gera atravessamentos diversos e muitas questões.

O campo da saúde no Brasil tem tido participação significativa na luta pela democracia, pelo exercício da cidadania e pela busca de melhores condições de vida para as pessoas. Dentro deste, as práticas resultantes da reforma psiquiátrica aparecem como exemplos de implementação e operacionalização do que se defende como princípios, pois algumas experiências têm podido mostrar que é possível fazer diferente e inventar novas formas de produzir saúde e vida (MERHY, 1994). Tais afirmações não são apenas frases de efeito, idealizações ou “ideologia”, como colocado por alguns críticos dos movimentos da reforma (CAMPOS, 1994). A leitura de autores da área, aliada à participação efetiva nos diversos âmbitos da reforma psiquiátrica, tal como já citado, traz-nos a certeza,

vinda da prática, de que é possível construir coisas novas, ou mesmo novos modos de operar com ações que já pareciam cristalizadas.

Porém, ainda assim, estando nesse campo não só como acadêmica, mas também como profissional de saúde e gestora, em muitos momentos, as contradições se impõem, não a ponto de anular o efeito do que acreditamos – o que nos levaria, inevitavelmente, a uma completa impotência – mas, com força suficiente para nos levar a questionar o modo como fazemos ou buscamos fazer acontecer aquilo que acreditamos possível.

Em certos momentos, ocorre a possibilidade de estarmos seguindo por caminhos equivocados e só no futuro perceber que estamos reproduzindo atitudes de tutela ou assistencialismo na forma de oferta de serviços. Em outros, experimentamos certo incômodo e constrangimento ao sentir soar um tom messiânico, militante e utópico em nosso próprio discurso e ações. São, ambas, situações que geram certa perplexidade e, nesses momentos, a lembrança das colocações de Capistrano (1995) surge permitindo-nos seguir apesar das incertezas.

[...] para o êxito da construção de cada sistema municipal de saúde, do SUS como um todo, para que os brasileiros tenham mais saúde e vivam mais, as paixões, a capacidade de indignar-se e de se emocionar, de ter rompantes de cólera (a boa, não a diarreia) contra os agravos à vida, é indispensável. A paixão que deve nos possuir na nossa atividade de dirigentes municipais de saúde aparece às vezes como uma espécie de *voluntarismo*. Não faz mal: é mesmo preciso uma férrea vontade, pertinácia, persistência, insistência, para vencer os inúmeros obstáculos postos a nossa frente. É preciso, além disso, coragem pessoal, política e intelectual para rever conceitos, pré-conceitos, enfim, idéias que não têm mais suporte na realidade. ***Não podemos ser escravos de nada, nem de nossas próprias idéias*** (CAPISTRANO, 1995, p. 4, grifos do autor)

Enfim, se nos alongamos assim em aspectos pessoais nesta apresentação, é porque tais questões têm relação direta com o trabalho que apresentamos, pois se trata de um trabalho que parte de uma implicação inegável e assumida, o que aparece desde a escolha do tema, passando pela metodologia do estudo, até a forma dos resultados e de sua apresentação e discussão.

Assim, a questão de partida surgiu de uma situação vivida e transformada em objeto de estudo ao nos deslocar para o lugar acadêmico. Essa questão teve início ainda na época de trabalho no CAPS, serviço de onde, a partir dos resultados alcançados, pudemos perceber – entre outras carências na rede municipal de atenção – a inexistência de ações que acolhessem os usuários em seus bairros. Com poucas atividades sociais ou de qualquer tipo, muitas vezes temidos e considerados estranhos pelos vizinhos e principalmente pelas crianças e jovens do bairro, os mesmos usuários que no CAPS se mostravam tão ativos continuavam isolados e ignorados em seu local de moradia; sem uma vida social, sem amizades, diversão ou qualquer outra forma de inserção efetiva no seu próprio meio social.

Ainda que discordemos da idéia de que esses usuários, já “estabilizados” devam, necessariamente, ser encaminhados para as Unidades de Saúde (USs)¹ de seu território (como preconiza a lógica da hierarquização dos serviços), permanece o fato de que sua vida corrente é em casa, em seu bairro, no local em que vivem, devendo este ser um dos locais trabalhados ao falarmos de inserção social, que não pode se restringir ao espaço interno de qualquer CAPS, ou estaremos criando novos modos de institucionalização ao invés de uma nova forma de atenção.

Sabemos que os CAPS, desde sua criação até sua regulamentação, são propostos para se constituírem como serviços ambulatoriais de atenção diária, devendo funcionar segundo a lógica do território. Todavia, em Vitória, devido à carência de serviços, os CAPS (um municipal e um estadual) não se constituem, até o momento, como serviços regionalizados, sendo referência não só para todo o município, mas também para toda a população da Grande Vitória e mesmo do interior do Estado (BASTOS, 2003), fato que cria grande dificuldade para o desenvolvimento de ações territoriais. Assim, a necessidade de criar dispositivos² de acolhimento e de inserção no território se mantém como um desafio.

¹Adotamos a sigla USs para englobar tanto as Unidades de Saúde da Família (USF) quanto as que ainda funcionam como Unidades Básicas de Saúde (UBS).

² Utilizando a teorização de Foucault como referência, falar aqui em dispositivo não significa falar em construção de novos serviços, mas sim em novos modos de lidar e se relacionar com a loucura nos espaços mesmo do território, a partir de uma nova utilização daquilo que já existe.

Pensando nessa questão e considerando as diretrizes do SUS que definem a organização do sistema de saúde a partir da atenção básica, as USs surgem como os serviços responsáveis pela atenção a toda a população adscrita a seu território, o que deveria levá-las, naturalmente, a incluir a atenção a esses usuários como parte de suas atribuições, principalmente quando falamos daquelas unidades que já atuam dentro da estratégia de saúde da família.

Por esse motivo, avaliamos que sua transformação em espaços de mobilização e de criação de outras formas da relação da população com esses usuários e, ao mesmo tempo, em espaço de referência para eles e para sua família, quando da necessidade de cuidados, é uma tarefa essencial, se quisermos avançar na proposta de desinstitucionalização.

Porém, o que constatamos, em geral, é uma grande dificuldade das USs em acolher pessoas com transtornos mentais graves. Tal como ressaltado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, nas Unidades de Saúde predomina a “[...] lógica de encaminhamento [...] de difícil modificação” (BRASIL, 2004).

No contato com a rede de serviços municipais de Vitória, observamos que as USs estão tomadas por uma demanda crescente de ações de saúde mental, porém grande parte delas voltada para a população com problemas diversos, que poderiam ser classificados entre os “transtornos mentais leves”. Em sua maioria, não há abertura para o atendimento dos usuários tidos como “portadores de transtornos mentais graves” que, quando aparecem ali, são logo encaminhados para outros serviços. De todo modo, ainda é pouco freqüente a presença desses usuários nas Unidades, possivelmente por estas não serem reconhecidas como um lugar que possa lhes oferecer auxílio, o que é um fato na forma como está organizado o serviço.

Assim, sem assistência nas Unidades e sem acesso aos serviços substitutivos, que ainda são em número muito reduzido neste município, muitos acabam ficando sem tratamento ou vão direto ao pronto-socorro quando necessitam de algum cuidado, o que geralmente ocorre em momentos de crise, resultando em novas internações.

Essa dificuldade, que se manifesta de ambas as partes, torna-se um aspecto que contribui para a criação de um circuito paralelo dentro do sistema de saúde. Nesse, as USs ficam tomadas pela demanda de usuários com transtornos leves – que podem, ainda, na verdade, ser resultado da medicalização³ do espaço social (BIRMAN; COSTA, 1998; CASTEL, 1987) – passando a ter, na agenda lotada dos profissionais, um suposto motivo “concreto” para encaminhá-los para outro serviço, quando porventura acabam chegando ali. Por sua vez, nessa realidade, os serviços “mais complexos”, por receberem e darem alguma resolutividade – ainda que só imediata – aos problemas, acabam sendo confirmados, no imaginário social, como os locais especializados e adequados para a atenção a esses usuários, criando-se uma visão que interdita as possibilidades de desinstitucionalização. Além disso, vemos que, nesse movimento, os próprios CAPS passam a ser colocados como serviços especializados junto aos prontos-socorros e aos hospitais, fato que também traz certa preocupação, pois, se eles se organizarem com essa característica, aumentará o risco de funcionarem mais como minimanicômios que como serviços substitutivos.

A importância de se desenvolverem ações voltadas para a reinserção social e serviços territoriais/comunitários é destacada dentro do conjunto das propostas da reforma psiquiátrica, aparecendo, ainda, em vários documentos referentes à organização da atenção em saúde mental, como no Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001, da Organização Mundial da Saúde (OMS), dedicado à saúde mental (OMS, 2001). Porém estas expressões – inserção ou reinserção social e serviços comunitários/territoriais – são utilizadas recorrente e naturalmente como se tratassem de propostas simples, evidentes por si mesmas e cuja compreensão para quem as ouve fosse clara e homogênea, o que não é um fato. A constatação da quase inexistência de ações de saúde mental voltadas para esses usuários fora dos CAPS e dos serviços especializados reflete a dificuldade de se efetivar tais propostas, parecendo haver um impasse no seu nível de operacionalização.

³Chama-se de medicalização ao fenômeno, iniciado nos século XVIII, quando a medicina passa a ocupar uma função política e administrativa a partir da qual, em nome da higienização e da salubridade do espaço social, passa a ter poder de ditar intervenções autoritárias e medidas de controle, além de fazer “[...] prescrições que dizem respeito não só a doenças, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação, a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat)” (FOUCAULT, 1984, p. 202).

Acreditamos que, para avançar diante desse problema, devemos buscar maior clareza quanto ao que se propõe com as expressões “reinserção social”, “atenção psicossocial”, “serviços territoriais”, entre outras, bem como com relação às possibilidades de sua concretização no SUS.

Além disso, sabendo que, para além das leis, o trabalho concreto é feito por pessoas, pelos profissionais de saúde, cabe-nos, também, buscar a compreensão sobre como as propostas da reforma estão repercutindo entre eles e como se vêem diante da perspectiva de uma nova prática em frente a esses usuários. No caso, os profissionais em questão serão aqueles que atuam nas Unidades de Saúde, serviços mais próximos do espaço territorial e proposto como “porta de entrada” do sistema de saúde.

O contato mais próximo com esses profissionais nos permitiu observar como ainda é pouca a informação que eles têm sobre as propostas da reforma e como se sentem pouco preparados para atuar de uma nova maneira e para lidar com usuários afetados pela loucura.

Mesmo considerando que existem experiências de sucesso, algumas pesquisas de avaliação sobre serviços/ações desenvolvidos na atenção básica, dentro dos princípios da reforma, demonstram que estas podem acabar por reproduzir os problemas do modelo tradicional, falhando em promover a construção de novas formas de cuidado no nível primário de atenção (AMARAL, 1997; BREDA; AUGUSTO, 2001; DANESE; FUREGATO, 2001).

Entre tantas outras dificuldades, as concepções pessoais dos profissionais, seus sentimentos e sua disponibilidade para enfrentar a mobilização causada pela iminência de algo novo, aspectos que irão repercutir na sua forma de trabalho, são fundamentais para possibilitar ou não uma mudança efetiva. A desconsideração ou a falta de compreensão sobre o que acontece aí, no cotidiano dos serviços, pode levar à reprodução de práticas reformistas e mesmo retrógradas, podendo até acontecer que se organizem assim simplesmente por falta de informações e suporte adequado.

O fato de estarem em serviços públicos, organizados segundo normas administrativas muitas vezes burocráticas e oriundas de uma racionalidade

tecnicista, somado ao desconhecimento e às concepções acerca da loucura, pode contribuir para que o sentimento de ameaça e resistência diante do novo predomine sobre as possibilidades de transformação, causando efeitos de repetição das atitudes excludentes.

Por esse motivo, acreditamos que conhecer os sentimentos, expectativas e angústias dos profissionais da atenção primária perante as propostas da reforma e de como estas podem repercutir em seu trabalho é fundamental se quisermos incluí-los de fato nesse processo complexo e avançar na invenção de práticas concretas de atuação em saúde mental, que sejam coerentes com a desinstitucionalização tal como proposta no País.

Assim, trabalharemos com o objetivo geral de analisar as possibilidades de construção/invenção de ações de saúde mental no nível primário de atenção à saúde, de modo que essas ações mantenham a característica de desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica brasileira.

A partir desse contato com o tema, desde diferentes lugares, vemo-nos, então, com três frentes de entrada para lidar com o tema da efetivação da reforma na atenção primária: uma ligada à busca de maior clareza sobre o que se propõe como ações ou serviços comunitários no âmbito da reforma (nível conceitual); outra referente ao que está previsto ou proposto como ações de saúde mental na atenção básica/atenção primária dentro da organização formal/legal do SUS (nível técnico-legal); e, por fim, mas extremamente importante, a investigação de como a reforma tem chegado ao nível primário de atenção e de como estão os profissionais envolvidos na operacionalização dessas ações (nível operacional).

Sabendo que se trata de diferentes níveis de análise, acreditamos que é no cruzamento destes que as mudanças efetivas podem ou não acontecer. Temos noção da amplitude do tema e das diversas questões e perspectivas que o atravessam, bem como quanto da própria experiência pessoal – que nos levou a atuar em cada um desses níveis, muitas vezes concomitantemente – se faz presente nessa maneira de colocar o problema.

Por fim, sabemos do risco envolvido ao ter a experiência como um determinante tão forte e tão presente na execução do trabalho acadêmico. Porém, trata-se de

um risco do qual não podemos mais escapar e procuramos lidar com ele buscando manter o máximo rigor no trabalho, com vistas a alcançar um resultado que possa contribuir para a efetiva transformação na realidade pesquisada.

Desenvolvemos este estudo com essa preocupação em mente, movida pelo desejo de participar do movimento necessário para a superação de impedimentos e entraves que se colocam no momento da operacionalização das propostas da reforma no contexto do SUS, em seu nível mais cotidiano e básico, no caso representado pelo espaço das ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

Com fins de levar a cabo esse objetivo procuraremos trabalhar o tema em seus diversos aspectos, apresentando-os progressivamente, até podermos fazer uma discussão final que consiga articular os diversos níveis envolvidos no tema em questão.

Assim, inicialmente apresentamos o universo conceitual e filosófico no qual nos movemos. Procuramos deixar claras nossas concepções teóricas e epistemológicas, pois delas é que deriva a forma como nossa questão de estudo foi apresentada e analisada. Em seguida, fizemos uma apresentação conceitual da reforma psiquiátrica brasileira a partir da referência à tradição basagliana, expondo, ainda, os demais movimentos de reforma que já foram propostos em nível internacional, além de termos tentado explicitar alguns conceitos com suas implicações operacionais.

Na seqüência, desenvolvemos uma investigação da proposta de atenção primária em saúde em seus aspectos históricos e conceituais, bem como suas determinações na organização do SUS, analisando as possíveis aproximações e incoerências da implementação da reforma nesse nível de atenção a partir da consideração dessas duas matrizes conceituais.

Buscamos ainda situar o problema que motivou este estudo apresentando questões ligadas ao momento atual de implementação da reforma psiquiátrica no contexto do SUS. Aqui, fizemos, também, a apresentação da realidade local de Vitória no que concerne ao campo da organização de seu sistema de saúde e das ações de saúde mental.

Na discussão metodológica fizemos a descrição dos participantes e dos procedimentos realizados e, na apresentação dos resultados, fizemos a descrição do trabalho de campo, retomando o objetivo maior desta investigação, qual seja, a tentativa de identificar as dificuldades e as possibilidades de implementação da desinstitucionalização da atenção em saúde mental desde o nível primário de atenção.

Por fim, nas considerações finais, procuramos trabalhar as (in) conclusões possíveis a partir do cruzamento das informações obtidas, fazendo uma discussão mais geral do que pudemos levantar sobre o tema e expondo nossa percepção sobre o mesmo após o percurso realizado.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E FILOSÓFICA

“Do que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”

Michel Foucault

1.1 UMA OPÇÃO EPISTEMOLÓGICA

A reforma psiquiátrica brasileira tem sido amplamente tematizada já há alguns anos e o conjunto dessas discussões evidencia seu caráter complexo e seu potencial transformador, ficando clara a amplitude e a multiplicidade de perspectivas pelas quais podemos abordar o assunto.

Trata-se de um tema complexo e, assim, por coerência com as concepções que adotamos e buscando uma abordagem que nos permita analisar a realidade em suas múltiplas e diversas dimensões, trabalharemos com a proposta da epistemologia complexa como referência.

Stengers (1990) nos alerta para o perigo da noção de complexidade por se tratar de uma noção que está na moda e que, em seu uso generalizado e descuidado, poderia constituir-se numa nova visão global de mundo que, apesar de trazer elementos novos como a instabilidade, a crise, os impasses e contradições para o campo do saber manteriam a idéia de que as ciências podem dizer a verdade de nossa história.

A autora aponta que o interessante nessa noção é, ao contrário, romper com a aparência de autonomia que a instituição científica sempre tentou manter e inventar novos tipos de problematização, entre as quais o questionamento da própria posição daquele que coloca o problema – o cientista, o teórico. Vista dessa maneira, a noção de complexidade nos permite reproblematicar questões supostamente já respondidas pelos conceitos globais, atualizando aspectos que eles ocultavam (STENGERS, 1990).

O que a noção de complexidade nos mostra, então, é que a simplificação que possibilita a construção de certos conceitos não é um gesto neutro, mas sim um procedimento reducionista que resulta na criação de um artefato, de um artifício, havendo risco de devido à própria maneira de colocar o problema, reduzir o fenômeno estudado ao conceito produzido. A objetividade da descrição científica fica em questão.

Lembramos, aqui, que uma das críticas fundamentais da desinstitucionalização se dirige à redução do fenômeno da loucura ao conceito de doença mental operada pelo saber psiquiátrico. A partir dessa crítica surge a proposta da “[...] reconstrução da complexidade do objeto” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30) que deixará de ser a doença para passar a ser a “existência sofrimento” da pessoa. Derivada daí, toda uma mudança no campo conceitual se opera, havendo, por exemplo, uma ampliação da noção de clínica, do tratamento, etc., temas que abordaremos em outros tópicos.

Importante é ressaltar que não se trata de negar o valor e a pertinência de alguns conceitos e procedimentos originários da concepção científica clássica, mas sim de tomar uma posição crítica que parte da afirmação da insuficiência dessa concepção para o entendimento da realidade humana, exatamente por se tratar de uma forma de lidar com o conhecimento a partir de uma simplificação dos fenômenos. Segundo Morin (1999, p. 30), trata-se de “[...] manter as regras da lógica clássica, aqui incluindo os princípios aristotélicos, mas ser capaz, em alguns casos, de transgredi-los e retornar. [...] não abrir mão da velha lógica, mas, ao contrário, integrá-la em um jogo complexo”. Ou seja, “[...] combinar o simples e o complexo. Quando a simplicidade não funciona mais, é preciso passar ao elo, à espiral, a outros princípios do pensamento” (MORIN, 1999, p. 31).

Em nosso caso específico, trata-se de esquecer as certezas ilusórias e forjadas pelo saber psiquiátrico e também deixar para trás a simplificação que sua lógica impunha às situações, para lidar com a real complexidade que envolve a questão da loucura e da atenção à saúde.

De todo modo, ainda no campo epistemológico mais geral, consideramos importante a referência a Boaventura de Souza Santos, que afirma que “[...]”

estamos no fim de um ciclo hegemônico de uma certa ordem científica [...]” (Santos, B. 2002, p. 9), referindo-se ao modelo de racionalidade que preside a ciência moderna. Tal como Morin (2001) e Stengers (1990), Santos apresenta fatos e descobertas do próprio campo da ciência que levaram à derrocada de seus princípios e fundamentos. Além disso, esse autor trabalha o fato de que a crise do que denomina como “paradigma dominante” não se reduz a aspectos teóricos, incluindo condições sociais entre aquelas que exigem que uma nova forma de conhecimento se estruture.

De modo geral, podemos dizer que esses autores apontam o fato de que a ciência moderna não só se viu atingida em seus fundamentos por descobertas de seu próprio campo que colocaram às claras a ilusão de seus princípios fundantes, como também ficou clara a sua insuficiência para dar conta das questões colocadas pelo mundo contemporâneo, não só pela sua pretensa objetividade, mas pela sua própria forma de organização em disciplinas especializadas, consequência do princípio da separação que leva a estudar os problemas em partes.

[...] criam-se disciplinas para resolver os problemas produzidos pelas antigas e por essa via reproduz-se o mesmo modelo da cientificidade. Apenas para dar um exemplo, o médico generalista, cuja ressurreição visou compensar a hiper especialização médica, corre o risco de ser convertido num especialista ao lado dos demais (Santos, B. 2002, p. 47).

Sobre o mesmo tema, Morin (2001, p. 12) afirma:

Há inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas, e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais ou planetários [...]. De fato, a hiperespecialização impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como o essencial (que ela dilui). Ora, os problemas essenciais nunca são parceláveis, e os problemas globais são cada vez mais essenciais. Além disso, todos os problemas particulares só podem ser posicionados e pensados corretamente em seus contextos; e o próprio contexto desses problemas deve ser posicionado, cada vez mais, no contexto planetário. Ao mesmo tempo, o retalhamento das disciplinas torna impossível apreender ‘o que é tecido

junto', isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo. Portanto, o desafio da globalidade é também um desafio de complexidade. Existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Ora, os desenvolvimentos próprios de nosso século e de nossa era planetária nos confrontam, inevitavelmente e com mais freqüência, com os desafios da complexidade.

Seguindo esse raciocínio, Morin (2001, p. 97) fala de uma reforma do pensamento e de um novo modo de pensar que seria capaz de solidarizar conhecimentos separados, desdobrando-se em "[...] uma ética da união e solidariedade entre humanos [...] apto a favorecer o senso de responsabilidade e o de cidadania. A reforma do pensamento teria, pois, conseqüências existenciais, éticas e cívicas".

Em Santos, B. (2002, p. 37), temos também a proposição de que estaríamos vivendo uma época de transição na qual já estaria se formando um paradigma emergente que o autor coloca como o "[...] paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente".

Optando por não utilizar a noção de paradigma, Abdalla (2002) também trabalha o tema da crise do mundo contemporâneo, porém indicando como sua fonte o eixo racional fundamentador e estruturante de nossa sociedade que o autor localiza na economia capitalista.

Esse autor aponta que, com a mudança do mundo feudal para a organização capitalista, um novo processo civilizatório se desenvolve, determinando uma nova organização, não só nos aspectos econômicos, sociais e políticos, mas também no aspecto cultural da humanidade, o que faz com que se afirme "[...] uma nova ciência, uma nova filosofia, uma nova axiologia, uma nova ontologia e novos eixos que mediarão o contato do ser humano com a natureza e com os demais seres humanos" (ABDALLA, 2002, p. 51).

Abdalla (2002) ainda destaca que, devido à historicidade e concretude do mundo, desde a revolução francesa a organização social teve formas diversas de se concretizar. Todavia, todas as mudanças ocorridas foram guiadas e justificadas

pela ordem capitalista que tem na troca competitiva seu eixo fundamental e no liberalismo e neoliberalismo sua expressão teórica. A essência dessa racionalidade se dá na dinâmica da exploração e a ética que a orienta é a “ética” do mercado. A liberdade, o individualismo, o humanismo burguês, a lógica dos direitos universais e, mais recentemente, dos direitos das minorias, as mudanças nas relações e na organização do trabalho, etc., todos esses princípios e os movimentos que os alteram a partir das contingências de cada época estão, na verdade, regulados pela e para a otimização do funcionamento social em função da ordem capitalista que vive hoje sua fase do mercado globalizado.

Para Abdalla (2002), a hegemonia da razão iluminista, na qual a ordem, o mecanicismo e o positivismo imperam, também pode ser atribuída ao fato de ser esse tipo de racionalidade o que confere coerência à organização social do capitalismo, além de ser a forma de cientificidade que obteve mais sucesso na produção de mercadorias a partir da transformação da natureza.

[...] o modelo metacientífico que predomina em determinadas épocas é sempre uma decorrência da racionalidade na qual estão fundados o conhecimento e a ação humanas. É a ciência que é decorrente de uma determinada racionalidade, e não o contrário (ABDALLA, 2002, p. 137).

Ou seja, trata-se de lembrar que na sociedade moderna, a partir da hegemonia do capitalismo e de seu sistema econômico, funda-se uma racionalidade que instaura também a hegemonia de uma determinada organização cultural e do discurso científico pautado no modelo cartesiano. Para o autor, apesar da naturalização utilizada para legitimar os princípios próprios dessa racionalidade científica, esta não tem sido suficiente para que o conhecimento produzido seja capaz de responder aos inúmeros problemas, conflitos, contradições e limites que a situação contemporânea apresenta. Estaríamos vivendo, ao mesmo tempo, a conquista global da racionalidade capitalista e a crise de sua civilização, havendo a sensação de um vácuo racional devido ao fato de que os problemas vividos não têm mais condição de serem resolvidos dentro dessa racionalidade e dos eixos fundamentais que lhe dão unidade.

Resta-nos, então, nos submeter e procurar sobreviver dentro dessa lógica ou buscar a via de uma nova racionalidade que, para esse autor, deve ter o caráter

de ruptura com a ordem capitalista, ou seja, deve se contrapor ao seu princípio fundamental que é o princípio da competição. Sua proposta é que a nova racionalidade tenha, então, o princípio da cooperação como eixo fundamental.

A história recente da atividade e organização de grupos sociais para a resolução de problemas fora da lógica de competição capitalista, como a organização de cooperativas, é citada como exemplo de ação que teria seu caráter revolucionário exatamente no fato de não se constituir apenas para a busca de resultados imediatos e pessoais, mas com base na cooperação coletiva e solidária.

Para Romualdo Dias (2002), essa proposta de uma racionalidade baseada na cooperação vai além do campo da ação política, tendo implicações éticas e estéticas, por esse motivo, esse autor a relaciona com as proposições de Boaventura Santos, quando este fala sobre experiências locais:

Entendo por localização o conjunto de iniciativas que visam criar ou manter espaços de sociabilidade de pequena escala, comunitários, assente em relações face a face, orientados para a auto-sustentabilidade e regidos por lógicas cooperativas e participativas (SANTOS, M. apud DIAS, 2002, p. 18).

“Solidariedade”, “ética”, “uma vida decente”, “cidadania”, “estética”, “cooperação”, “ação política”,... Chegamos, aqui, a esses termos, falando de uma posição epistemológica, porém, ao utilizá-los, podemos dizer que já estamos no campo da reforma.

1.2 UMA CERTA MANEIRA DE OPERAR COM O PENSAMENTO

Pensando nas considerações anteriores, tomemos Gastão Wagner de Souza Campos que nos apresenta um método para lidar com a diversidade presente na construção de um novo modo de atenção em saúde:

Descobriu-se que todo fenômeno é complexo, todo conceito polissêmico; e todo campo de saber, interdisciplinar [...] Muito bom, mas e daí? Nem a globalização, nem o fechamento fanático ao mundo, estes dois fenômenos simultâneos, têm fornecido elementos para caminhar-se adiante. Mais um paradoxo, entre outros, desse nosso tempo (CAMPOS, 2003, p. 9).

[...] não há como fugir ao contexto ou à história; então, procuro absorver todas essas influências de forma analítica (ou crítica), praticando o modelo sugerido pelos modernistas brasileiros já nos idos de 1922; a antropofagia. Que venham o estrangeiro, o desconhecido, a novidade: abrir-se a influências, porém, junto, analisar de modo crítico, assimilar parte delas e expelir o resto [...] (CAMPOS, 2003, p. 10).

Também compartilhamos com o autor sua consideração e respeito pela história e saberes acumulados que devemos conhecer para poder ultrapassá-los, sem negligenciar os ensinamentos que podem nos trazer.

Seguindo, então, Campos (2003) e também Capistrano (1995), nossa tentativa foi de lidar com os problemas da área de atenção à saúde “sem preconceitos e sem dogmatismos”, adotando certo pragmatismo pautado no compromisso com a “[...] defesa da saúde e da vida contra o rastro de sofrimento, miséria e fome com que o capitalismo brasileiro marca a existência de milhões de pessoas” (CAPISTRANO, 1995, p. 37). Mas, sem perder o rigor, diríamos, sob o risco de cairmos no voluntarismo ingênuo, que aqui poderia tomar a forma negativa de assistencialismo e tutela.

Nesse sentido, procuramos utilizar as teorias e os conceitos como “ferramentas”; “instrumentos de combate” (DELEUZE, 1984), que nos permitam atravessar as dificuldades encontradas.

Uma teoria é como uma caixa de ferramentas [...]. É preciso que sirva, que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras [...]. A teoria não se totaliza, a teoria se multiplica e multiplica [...] (DELEUZE, 1984, p. 71).

No percurso que temos feito para lidar com nosso tema, o encontro teórico com Deleuze tem sido essencial no sentido de nos permitir visualizar possibilidades de ação em tempos tão sombrios, quando cada movimento pode ser logo captado nos jogos do poder. Assim, será importante aqui acompanharmos algumas de suas idéias. Ainda falando sobre conceitos e conhecimento, o autor nos diz que:

Não se deve procurar se uma idéia é justa ou verdadeira. Seria preciso procurar uma idéia bem diferente, em outra parte, em outro domínio, tal

que alguma coisa **entre** os *dois* se passe, que não está nem em um nem em outro (DELEUZE, 1998, p. 18, grifo nosso).

Para esse autor, entre os diferentes conceitos, os diferentes domínios e, mesmo entre as pessoas, algo deve se passar, como intensidades, velocidades, forças que produzam efeitos de ressonância, permitindo movimentos múltiplos que “desterritorializem” os conceitos, ou seja, que os arranquem de seu domínio para “reterritorializá-los” em outra noção (DELEUZE, 1998). Desse modo, poderíamos criar linhas de fuga que nos permitam sair das amarras do pensamento hegemônico e multiplicar as possibilidades e sentidos dos fatos estudados. O autor utiliza uma interessante imagem para descrever esse processo: “[...] É preciso multiplicar os lados, quebrar todo círculo em prol dos polígonos” (DELEUZE, 1998, p. 27).

Assim, é preciso abandonar as construções circulares do pensamento, que se fecham após o percurso do “começo, meio e fim”, e pensar em novas dimensões, criando novos lados, novos ângulos, novas linhas de fuga, novas possibilidades, onde tudo já parece dado e respondido. As colocações de Deleuze (1998) nos levam a pensar nas muitas vezes em que nos deparamos com problemas que parecem sem saída, tal como acontece em grande parte das situações ligadas à atenção em saúde mental nos serviços públicos, principalmente quando se transita pelos “territórios urbanos *hard*” das cidades.

Esta expressão – “territórios urbanos *hard*” – foi usada por Lancetti (2003) para denominar os territórios brasileiros nos quais os problemas encontrados pelos profissionais de saúde vão além dos efeitos perversos do manicômio, mas incluem estupros, abuso sexual e outras formas de violência intrafamiliar, drogas pesadas, overdoses, tráfico, polícia corrupta e violenta, seqüestros, etc. E, lembremos, ainda fome e miséria encontradas aqui mesmo, nos morros de Vitória.

Franca Basaglia (1996, p. 11), utilizando-se da referência às experiências na Itália e no Brasil, mostrava que, apesar das resistências, as mudanças visadas pela reforma são possíveis. E dizia: “Isso traz à tona um dos nós problemáticos do

pensamento e da ação de Franco Basaglia: a primazia da prática [...] como produtora de outra realidade [...].”

A ênfase na prática, a crítica à racionalidade científica moderna por seus efeitos de poder – que acabaram por “autorizar” e legitimar a violência da psiquiatria sobre as pessoas a quem se propunha tratar – e a idéia de construção/invenção são aspectos da reforma que nos remetem, também, a Foucault, autor fundamental no pensamento da reforma psiquiátrica. Como nos apontam Torre e Amarante (2001), a importância de Foucault vai além dos efeitos de sua “História da Loucura” no questionamento do saber psiquiátrico, referindo-se, na verdade, ao conjunto de temas que aborda ao longo de sua obra que nos permitiram repensar as questões do poder, do saber, da subjetividade, da história e da própria maneira de lidar com o pensamento e com a produção teórica.

Foucault (1984) critica e abandona a idéia de uma história linear, assim como a possibilidade de um sujeito do conhecimento que pudesse fazer uma investigação objetiva de seu objeto, apontando uma história que comporta descontinuidades e que se organiza a partir das relações de força presentes em cada época. Não se trata de fazer um retorno ao passado buscando os sentidos da história, mas sim de fazer uma análise das condições que permitem a emergência dos saberes, dos discursos, das instituições e das configurações do poder em cada momento histórico.

Por sua vez, Deleuze (1992) lembra que, ainda que trabalhasse com longos períodos históricos, o que interessava a Foucault era a atualidade, o atual, pois sua pesquisa histórica se movia pelo interesse em conhecer as condições de possibilidade dos saberes, do poder e da própria forma de subjetivação próprias de cada época, sempre com o propósito de enfrentar os desafios do presente. Deleuze aponta que, se há continuidade, ela se dá na prática, na sustentação das problematizações que respondem a questões do momento atual. E se há história, esta seria história do pensamento, mas do pensamento como questão de vida, respondendo a questões de vida: pensamento como ato, como enfrentamento, como estratégia, como experiência, como máquina de guerra.

O pensamento jamais foi questão de teoria. Eram problemas de vida. Era a própria vida. [...] As formações históricas só o interessavam porque assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com que estamos em vias de romper. O que o interessa realmente é a nossa relação atual com a loucura, nossa relação com as punições, com o poder, com a sexualidade. [...] Pensar é sempre experimentar, não interpretar, mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer [...] (DELEUZE, 1992, p. 131-132).

A investigação intelectual abandona, então, os problemas universais para se dedicar a problemas específicos, a lutas concretas, locais e cotidianas, conformando o que Foucault chama de “intelectual específico”, figura que tem um caráter político já que trata de questões que são, elas mesmas, sempre políticas uma vez que inseparáveis das relações de poder. Para Foucault (1984, p. 71), uma teoria não expressa, não traduz ou representa uma prática: “[...] ela é uma prática”. Mas, esclarece, é uma prática local e regional, não totalizadora. Ela, a teoria, “[...] luta contra o poder, para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais invisível e mais insidioso [...]”.

E o próprio Deleuze (1984, p. 72), falando também da relação teoria-prática, chega a uma conclusão que surpreende pela ligação mais direta com nosso tema:

Desde que uma teoria penetra em determinado ponto, ela se choca contra a impossibilidade de ter a menor conseqüência prática sem que se produza uma explosão, se necessário em um ponto totalmente diferente. Por este motivo a noção de reforma é tão estúpida e hipócrita. Ou a reforma é elaborada por pessoas que se pretendem representativas e que têm como ocupação falar pelos outros, e é uma reorganização do poder, uma distribuição de poder que se acompanha de uma repressão crescente. Ou é uma reforma reivindicada, exigida por aqueles a quem ela diz respeito, e aí deixa de ser reforma, é uma ação revolucionária que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e da hierarquia.

Esclarecemos que, apesar de mantermos a expressão “reforma psiquiátrica”, aqui a estamos utilizando como sinônimo da desinstitucionalização proposta por Franco Basaglia. A nosso ver, a desinstitucionalização basagliana tem esse

caráter revolucionário descrito por Deleuze, pois, ao resgatar a cidadania e o lugar de direito das pessoas submetidas ao poder psiquiátrico, restitui seu papel de atores e protagonistas do processo de reforma, dando-lhes condições de fazerem por si mesmas suas reivindicações, de falarem por si mesmas. Tal condição é essencial para a sustentação das tensões e contradições em jogo, necessárias para evitar sua captação pelos mecanismos hegemônicos de poder. No próximo capítulo, realizaremos uma descrição mais detalhada do que estamos nomeando de reforma psiquiátrica, a fim de que o leitor possa situar-se melhor na presente abordagem.

Voltando a Foucault (1984), esse autor declara que o caráter local da crítica possibilita um retorno do saber, uma insurreição dos “saberes dominados”, ou seja, dos “[...] conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais [...]” assim como dos “[...] saberes que tinham sido desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores [...]” (FOUCAULT, 1984, p. 170). Sobre esses últimos, ressalta que se trata dos saberes “desqualificados”, como por exemplo, os saberes do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, etc., saber próprio das pessoas, que aqui não é entendido como um saber de leigos, mas sim como um saber particular, local, diferencial e incapaz de unanimidade.

Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são, portanto, retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anticiências. Não que reivindiquem o direito lírico à ignorância ou ao não-saber; não que se trate da recusa do saber ou de ativar ou ressaltar os prestígios de uma experiência imediata não ainda captada pelo saber. Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas [...] antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. [...] são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado

como científico que a genealogia deve combater (FOUCAULT, 1984, p. 171).

Enfim, fica claro que, para Foucault, o trabalho intelectual, como uma certa forma de operar com o pensamento, tem uma função de prática política, não sendo mero exercício acadêmico. Essa crítica ao saber formal, tradicional, que se converte em poder, deriva para uma discussão sobre o papel do intelectual, daquele que produz e opera em nome do saber.

[...] existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber [das massas]. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores de censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a idéia de que eles são agentes da 'consciência' e do discurso também faz parte desse sistema. O papel do intelectual não é mais o de se colocar 'um pouco à frente ou um pouco de lado' para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da 'verdade', da 'consciência', do discurso (FOUCAULT, 1984, p. 71).

Segundo Deleuze (1998, p. 21), o poder está na base da importância dada às noções de método, universalidade, julgamento e reconhecimento, por exemplo,

A história da filosofia sempre foi o agente de poder na filosofia, e mesmo no pensamento [...]. Uma formidável escola de intimidação que fabrica especialistas do pensamento [...]. O que é esmagado e denunciado como nocivo é tudo o que pertence a um pensamento sem imagem, o nomadismo, a máquina de guerra, os devires [...].

Observa-se nesse autor, uma forma de operar com o pensamento ligada ao procedimento de trabalhar/pensar *entre* idéias desterritorializadas, a partir de linhas de fuga, provocando multiplicação de sentidos e de possibilidades. “Nessas condições, a partir do momento em que há esse tipo de multiplicidade, é política, micropolítica” (DELEUZE, 1998, p. 21).

[...] eu tendo a pensar as coisas como conjunto de linhas a serem desemaranhadas, mas também cruzadas. Não gosto dos pontos, pôr os pontos nos is me parece estúpido. Não é a linha que está entre dois

pontos, mas o ponto que está no entrecruzamento de diversas linhas (DELEUZE, 1998, p. 200).

1.3 PROCESSOS DE SUBJETIVIDADE E PRÁXIS

Fazendo uma ligação dessas colocações com nosso tema, pensamos nas nossas ações cotidianas, no quanto elas estão carregadas de poder e no quanto temos que contar com o desejo micropolítico para sustentar o desemaranhar de tantas linhas que se cruzam. São situações em que somos solicitada, por exemplo, a “conseguir uma internação”; pedido de algum colega que relata ter um morador psicótico e agitado na região de sua Unidade, a quem até se propõe a atender “após a internação”, mas não agora, pois, no momento, a família diz que é agitado e violento. Num pensamento linear, a tendência seria analisar o fato da seguinte forma: paciente psicótico, agitado e agressivo; os “pingos nos *is*” seriam, realmente, conseguir um transporte, uma internação e depois, com o paciente já calmo, tentar outra abordagem do caso. Porém, se não nos apressamos, podemos ver quantas linhas se passam nessa história, vindo a saber, por exemplo, que se trata de uma situação “crônica”, que se repete e que já levou a várias internações e retornos, na qual essa agitação e agressividade são reativas. O problema está, de fato, no emaranhado de situações de abandono e solidão de uma família composta por esse “paciente”, crianças e de uma mãe/avó idosa, sozinha e doente de quem se espera que consiga cuidar de todos... Enfim, a forma de encarar o problema muda toda a situação e, a partir de um olhar ampliado, passa a ser possível a experimentação de outras saídas para a mesma situação.

Nicácio (2001), falando de uma ação em Santos/SP, relata uma situação semelhante em que a equipe, ao abordar uma moradora em crise, depara-se com uma miséria tamanha que passa pela cabeça de todos: “só resta enlouquecer”. Mas, numa prática desinstitucionalizada, não se trata de pôr “pingos nos *is*”... O modo de agir aí representa a diferença entre diagnosticar uma doença e conhecer uma história de vida. Trata-se, porém, de uma diferença difícil de ser

transformada em práticas e de ser sustentada num sistema de saúde tão pouco permeável à invenção.

O campo de incertezas que se abre, a necessidade de se reconstruir a história, de elaborar e criar múltiplas estratégias que não excluí, de superar as categorias pré - estabelecidas de análise e resposta, de a todo o momento se perguntar como fazer com essa história coletiva de abandono e miséria que emerge como sujeito e usuário, do novo modo de viver o papel de técnico como algo a ser construído, reconstruído, das crises geradas na construção de um serviço aberto, a responsabilidade de se colocar ao lado [...] o se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura, este campo que vai se abrindo [...] é sem dúvida rico e incerto. Às vezes parece impossível, impraticável. Produzir uma nova instituição; um cotidiano que fala da vida, da criação, da miséria, da política, da transformação do papel de técnicos, do encontro/desencontro com familiares, da aproximação com organizações do bairro, da construção de uma nova cultura [...] (NICÁCIO, 2001, p. 13).

No relato desse caso, contando que, para ir à casa da usuária, os técnicos tinham que atravessar o mangue, a autora fala: “[...] a imagem dos técnicos se equilibrando nas pontes sobre o mangue é tão real... nos faz lembrar da ‘esperança equilibrista’[...]” (NICÁCIO, 2001, p. 14).

De nossa parte, pensamos, também, na imagem da corda bamba em que parecemos ter que caminhar e nos equilibrar a todo o momento na construção deste pretendido novo modelo de atenção, que não se propõe a ser um modelo, mas sim a se inventar e se reinventar a cada momento, “fazendo o caminho ao caminhar”...

Ao mesmo tempo, temos que construir algumas rotinas, mas com cuidado para que não se transformem em pontes de concreto a substituir a móvel corda bamba, pois aí só haveria um único e rígido caminho, impedindo novas mudanças. Ao mesmo tempo, também, não dar passos em falso, movidos pela boa intenção que quase sempre resulta em assistencialismo ou tutela. Enfim, muitas linhas a desemaranhar, muito poucos pingos nos is...

Porém, essas situações nos indicam atos de atenção que mostram possibilidades, que revelam profissionais capazes e dispostos, envolvidos e comprometidos e que nos permitem manter a busca por formas de tornar essa prática comum nos serviços do SUS e manter em processo a desinstitucionalização.

A possibilidade de ação dos técnicos, de estar nos lugares de emergência, de enfrentar o desconhecido, de recusar a violência como forma de relação, de imaginar formas/falas/gestos no momento para se aproximar de Maria, faz por instantes esquecer o manicômio (NICÁCIO, 2001, p. 14)

Esquecer o manicômio é esquecer as ilusórias e forjadas certezas com que este pretendia orientar nossas práticas e também deixar para trás a simplificação que sua lógica impunha às situações. A partir da referência à perspectiva italiana de desinstitucionalização, diríamos que se trata de poder trabalhar sem a segurança de um modelo estável, sem o apoio de uma solução institucional definitiva ou de um quadro normativo, mas, ao contrário, sustentando o caráter dinâmico e conflitivo das situações para lidar com a construção permanente de soluções em frente aos problemas surgidos, mantendo “[...] dessa forma aberto um campo de incerteza no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, **as experimentações, as aprendizagens**, etc. [...] (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 35, grifo nosso)”.

Ações concretas, experimentações, aprendizagens, invenção... Com esses termos, podemos estar falando da reforma psiquiátrica/desinstitucionalização ou do pensamento tal como este se apresenta em Deleuze, em Foucault, em Guattari, entre outros. Escapa ao nosso objetivo – e às nossas possibilidades – um maior aprofundamento nesses autores. O que apresentamos aqui é apenas a exploração de algumas possíveis intercessões entre esse modo de operar com o pensamento e o modo de operar da reforma, pois são propostas de uma desinstitucionalização radical, o que nos permitiria falar de um “pensamento desinstitucionalizado”, ou seja, do pensamento livre dos “manicômios mentais”, como descritos por Pelbart (1989), o que discutiremos no próximo tópico. Dentro desse limite, julgamos haver alguns outros pontos de intercessão importantes que podemos trabalhar.

Por exemplo, Deleuze (1998) defende o pensamento a partir de linhas de fuga e explica que cada linha de fuga é uma desterritorialização, ou seja, um processo de retirada de algo de seu domínio/território próprio, o que abre possibilidades de novas conexões. O importante aqui é entender que o que é relevante, nesse processo, é fazer com que algo passe, não de um lugar para outro, não do início para o fim, mas no próprio processo, pois “[...] o que conta em um caminho, o que conta em uma linha é sempre o meio, não o início, nem o fim. Sempre se está no meio do caminho, no meio de alguma coisa [...]” (DELEUZE, 1998, p. 38).

Segundo o autor, “[...] os processos são devires, e estes não se julgam pelo resultado que os findaria, mas pela qualidade de seus cursos e pela potência de sua continuação [...]” (DELEUZE, 1992, p. 183). Não se pode pensar no devir a partir de um “de onde vem” ou “para onde vai”, pois o próprio do devir é manter aberta a possibilidade do movimento que permite sair das codificações dominantes que tendem a cristalizar-se em formas fixas, aprisionando a vida e a potência de criação. O devir refere-se a um constante “tornar-se”; tornar-se algo novo, mas que não se fixa em formas ou numa interioridade, algo que possa nos fazer sempre dignos dos fatos e dos acontecimentos, para além das contingências, permitindo-nos sair da posição de assujeitamento para assumirmos uma posição afirmativa, de criação e de invenção de novos modos de vida (DELEUZE, 1998).

Não possuíamos o gosto pelas abstrações, o Uno, o Todo, a Razão, o Sujeito. Nossa tarefa era analisar estados mistos, agenciamentos, aquilo que Foucault chamava de dispositivos. Era preciso, não remontar aos pontos, mas seguir e desemaranhar as linhas: uma cartografia, que implicava numa microanálise (o que Foucault chamava de microfísica do poder e Guattari, micropolítica do desejo) (DELEUZE, 1992, p. 109).

Sobre esse caráter microfísico do poder e sua relação com o saber, Deleuze (1991, p. 78) nos diz que o poder não passa por formas, mas apenas por forças: “A força não está nunca no singular, ela tem como característica essencial estar em relação com outras forças, de forma que toda força já é relação, isto é, poder: a força não tem objeto nem sujeito a não ser a força”. Por esse motivo se pode dizer que o poder não é uma posse de alguém e também não é essencialmente

repressivo, mas que ele se exerce e “[...] passa pelos dominados tanto quanto pelos dominantes” (DELEUZE, 1991, p. 78). Assim,

Ao mesmo tempo locais, instáveis e difusas, as relações de poder não emanam de um ponto central ou de um foco único de soberania, mas vão a cada instante ‘de um ponto a outro’ no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências (DELEUZE, 1991, p. 81).

Ainda segundo o autor, embora profundamente interligados, o saber e o poder são de natureza diferente e o fato de o poder ser microfísico é marca dessa diferença, pois o caráter micro não quer dizer uma miniaturização, mas remete a um outro domínio irreduzível ao saber, feito de ligações móveis e não localizáveis e operando no nível molecular. Porém, essas relações de força que constituem o poder são atualizadas, integradas, não de forma global, mas a partir de uma “[...] multiplicidade de integrações locais, parciais, cada uma em afinidade com tais relações, tais pontos singulares: o Estado, mas também a Família, a Religião, a Produção, o Mercado, a própria Arte, a Moral [...]”. Enfim, nas instituições que, embora não sejam consideradas como essência ou causas do poder têm a função de fixar as relações de força que o constituem. Assim, “[...] não existe Estado, mas apenas uma estatização, e o mesmo é válido para os outros casos” (DELEUZE, 1991, p. 83).

As instituições, então, organizam as relações de poder que são moleculares, dando-lhes consistência ao nível molar (“O” Estado, “A” Família, etc.). E são essas integrações molares que constituem os saberes, compostos, por sua vez, por formas discursivas e não discursivas (assim temos “a psiquiatria” como forma discursiva e “o hospital psiquiátrico” como forma não discursiva, ambas como formas constituintes do saber psiquiátrico).

Por isso, Foucault (1984, p. 160) diz que, para apreendermos os mecanismos do poder, não basta trabalharmos com a análise dos aparelhos do Estado, pois “[...] o poder em seu exercício vai muito mais longe, passa por canais muito mais sutis, é muito mais ambíguo, porque cada um de nós é, no fundo, titular de um certo poder e por isso veicula o poder”. Trata-se sim, de “[...] captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar, nas

suas formas e instituições mais regionais e locais”; de “[...] estudar o poder onde [...] está investido em práticas reais e efetivas [...] onde ele se implanta e produz efeitos reais” (FOUCAULT, 1984, p. 182).

Esse poder microfísico corresponde ao que Guattari (1987, p. 219) denominou de micropolítica do desejo, base das “revoluções moleculares”, definidas pelo autor como “[...] lutas relativas às liberdades, novos questionamentos da vida cotidiana, do ambiente, do desejo, etc.”. Trata-se de formas singulares de resistência ao poder, portadoras de “[...] coeficientes de liberdade inassimiláveis, irrecuperáveis pelo sistema dominante” (GUATTARI, 1987, p. 220), o que permite que não se limitem a lutas particulares de certos grupos, mas que atinjam também o nível molar, o que lhes confere potência para produzir mudanças na organização social.

Importante é lembrar que, se o poder não se exerce maciçamente de um indivíduo para outro, de um grupo ou uma classe sobre outros, não podemos pensá-lo como posse exclusiva de alguns, exercido sobre outros que, não o possuindo, seriam unicamente submetidos a ele. Ao contrário, Foucault nos alerta de que o poder circula e se exerce em rede e que os indivíduos estão sempre em posição de sofrer sua ação, mas também de exercê-lo. Assim, os indivíduos, não sendo nunca “[...] alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (FOUCAULT, 1984, p. 183).

Com relação a essa concepção, Foucault postula que o indivíduo não é uma essência, um núcleo sobre o qual o poder se exerce, submetendo-o; mas sim que o indivíduo é, ele próprio, um efeito do poder, é constituído pelo poder.

Para que essa afirmação fique clara, é importante lembrar que Foucault fala do indivíduo moderno, uma forma produzida de subjetivação, própria da organização social capitalista. Trata-se do indivíduo-cidadão do Estado Moderno, a quem se supõe as características universais de liberdade, igualdade e racionalidade. “[...] se o homem foi uma forma de aprisionar a vida, não será necessário que sob uma outra forma, a vida se libere no próprio homem?”. E essa outra forma tem relação com a noção de subjetivação ou de produção de subjetividade, um dos temas da fase final da obra de Foucault e que “[...] consiste essencialmente na invenção de

novas possibilidades de vida, como diz Nietzsche, na constituição de verdadeiros estilos de vida [...]” (DELEUZE, 1992, p. 114).

A subjetivação não se refere a uma interioridade, a uma essência, a um sujeito como pessoa ou forma de identidade, mas acontece como processo.

Trata-se de uma relação da força consigo (ao passo que o poder era a relação da força com outras forças) [...] trata-se da constituição de modos de existência, ou da invenção de novas possibilidades de vida [...] trata-se de inventar modos de existência, segundo regras facultativas, capazes de resistir ao poder, bem como de se furtar ao saber, mesmo se o saber tenta penetrá-los e se o poder tenta apropriar-se deles. Mas os modos de existência ou possibilidades de vida não cessam de se recriar e surgem novos (DELEUZE, 1992, p. 116).

“Invenção de novas possibilidades de vida”: novamente encontramos um tema da reforma no pensamento de Foucault e de Deleuze, o que nos permite manter a idéia de intercessão entre o modo de operar da reforma e o modo de operar com o pensamento desses autores, dos quais temos, ainda, dois pontos importantes a destacar.

O primeiro se refere às dimensões ética e estética da subjetividade. Distinta da moral, que “[...] seria constituída por um conjunto de regras coercitivas e valores transcendentais [...]”, Deleuze (1992) traz a noção de ética como regras facultativas, de homens livres para homens livres, que “[...] produzem a existência como obra de arte” (DELEUZE, 1992. p. 123) e permitem a invenção de novas possibilidades de vida, aspecto que a liga visceralmente a uma estética.

Segundo Deleuze (1992, p.142) a subjetividade “[...] se distingue de toda moral, de todo código moral, ela é ética e estética, por oposição à moral que participa do saber e do poder [...]”. A ética, como proposta aqui, implica um estilo que é também um estilo de vida, é a invenção de uma possibilidade de vida, de um modo de existência, é “[...] um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos e o que dizemos em função do modo de existência que isso implica” (DELEUZE, 1992, p. 125).

O segundo ponto refere-se à seguinte afirmação de Deleuze:

[...] esses processos de subjetivação são inteiramente variáveis conforme as épocas, e se fazem segundo regras muito diferentes. Eles são tanto mais variáveis já que a todo o momento o poder não pára de recuperá-los e de submetê-los às relações de força, a menos que renasçam, inventando novos modos, indefinidamente [...]. A subjetivação [...] é uma dimensão específica sem a qual não se poderia ultrapassar o saber nem resistir ao poder (DELEUZE, 1992, p. 123).

Se os processos de subjetivação variam devido às relações de poder, tal como este se configura em cada época, é importante atentarmos para a produção das estratégias do poder próprias de nossa época e lembrarmos que, se vivemos numa sociedade que ainda se utiliza bastante do poder disciplinar,⁴ essa é uma forma de poder que está deixando de predominar, pois “[...] Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (DELEUZE, 1992, p. 216).

Deleuze refere-se à crise ocorrida com relação a todas as instituições de confinamento – a escola, o hospital, a fábrica, a família... –, que gerou uma onda de reformas que visariam à gestão da transição para as novas formas do poder, derivadas, por sua vez, da nova configuração do capitalismo contemporâneo.

Guattari (2000) explica que as pessoas podem instituir subjetividades de formas diversas, oscilando entre dois extremos: submetendo-se aos modelos de subjetividade dominantes tal como os recebe, numa relação alienada e de opressão; ou de uma forma criativa, apropriando-se de seus elementos e produzindo processos de singularização (mutações subjetivas) que frustram a interiorização dos valores capitalísticos e que permitem a construção de referências próprias, de subjetividades originais e singulares.

⁴O poder disciplinar foi teorizado por Foucault que o descreve como forma de poder própria e fundamental para a constituição da sociedade burguesa industrial capitalista. O poder disciplinar se exerce não por repressão, mas por técnicas e discursos que incluem a vigilância, o adestramento, a docilização e a normalização dos corpos e comportamentos, espalhando-se pelo social de forma sutil, mas sempre presente. A disciplina tem efeitos também na subjetividade que se torna menos capaz de revolta e de resistência uma vez que normalizada e individualizada. Trata-se de “[...] métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, apud MACHADO, 1984, p. XVII). Na definição de Machado, trata-se de um “[...] diagrama de um poder que [...] trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista” (MACHADO, 1984, p. XVII).

Assim, se, por um lado, a produção de subjetividade capitalística tende à individualização, a serialização e a identificações; por outro, as mutações subjetivas podem se constituir em “[...] diferentes formas de resistência molecular, que atravessam as sociedades e os grupos sociais, contra as quais se choca essa tentativa de controle social em escala planetária” (GUATTARI; ROLNIK, 2000, p. 194).

Voltando à questão do poder, neste momento do capitalismo, em meio à crise das instituições disciplinares, “O que está sendo implantado, às cegas, são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento. Os hospitais abertos, o atendimento a domicílio, etc., já surgiram há muito tempo. [...]” (DELEUZE, 1992, p. 216). O controle é contínuo e se exerce em meio aberto, em esquemas nos quais nunca se termina nada: os tratamentos são contínuos, a educação é permanente, a produção é dispersa por várias empresas. Trata-se, em cada caso, da “[...] implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação” (DELEUZE, 1992, p. 225), diante dos quais é preciso encontrar novas armas.

Segundo Deleuze, com todas as crises que se enfrenta no contemporâneo, a única coisa que se mantém universal é o mercado, que está para além do Estado. Porém, aquém do Estado, estão “[...] as minorias, os devires, as ‘pessoas’ [...] os devires que escapam ao controle, as minorias que não param de ressurgir e de resistir” (DELEUZE, 1992, p. 190).

Chegamos novamente ao nível da micropolítica, das revoluções moleculares, das pessoas, pensadas não mais como individualidades privadas, mas como subjetividades que guardam possibilidades de resistência e mudança. Dessa perspectiva, tal como naquela aberta pela via da desinstitucionalização, de que falaremos a seguir, é possível escapar dos fatalismos e investir novamente na potência da ação, bastando, para isso, seguindo Deleuze, “acreditar no mundo”:

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo que pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempo, mesmo de superfície ou volume reduzidos. [...] É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, de submissão a

um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e de povo (DELEUZE, 1992, p. 218).

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA

“As pequenas invenções que constelam o cotidiano da vida fora do manicômio assumem o valor de um tipo de microrevolução”

Ernesto Venturini

2.1 A QUE CHAMAMOS REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Optamos por manter o uso da expressão “reforma psiquiátrica” em função da pregnância dessa expressão no discurso corrente da área, tanto quando falamos do público leigo, como entre os técnicos, profissionais e mesmo no mundo acadêmico. Todavia, como aponta Amarante (1996, 2003), temos consciência do caráter problemático contido nessa expressão, uma vez que ela tem sido utilizada para designar as várias propostas de mudança que já foram realizadas no campo da assistência psiquiátrica. Na verdade, a palavra reforma é por si mesma limitada e talvez mesmo inadequada por tratar de uma mudança de algo que pode, porém, permanecer o mesmo em seus fundamentos básicos. De todo modo, pelo motivo citado, ainda trabalharemos com esse termo.

Cabe-nos, agora, esclarecer que, por reforma psiquiátrica brasileira estaremos designando um processo complexo que inclui todo o movimento social, acadêmico, técnico e político, que acontece no País desde os fins dos anos de 1970, voltado para a transformação da relação da sociedade com a loucura.

Com pouco mais de vinte anos de história desse movimento no País, sabemos que não se trata de um período muito longo quando se fala de história e da construção de novas práticas sociais. De todo modo, considerando os diversos momentos vividos e as práticas que se têm construído, já é possível fazer algumas análises sobre como esse movimento tem evoluído no País.

Essas análises têm sido feitas por diversos autores, como Vasconcelos (2000), Campos, F. (2000), Lobosque (2001), Nicácio (1994) e Amarante (1998, 1996), cuja leitura nos mostra que a história desse movimento no Brasil pode ser feita de diferentes maneiras, pois, como declara Leal (1999, p. 12), “O movimento da reforma psiquiátrica brasileira não é homogêneo, está marcado por tendências,

contradições, impasses e práticas diversas”. Segundo essa autora, “[...] a diversidade é uma característica importante deste campo: diversidade de linhas teóricas, diversidade de objetos, diversidade de experiências de atendimentos e cuidados e diversidade dos temas considerados relevantes” (LEAL, 1999, p. 10).

Diante dessa diversidade, ao falar sobre a definição e os conceitos de referência da reforma, acompanharemos a leitura de Lobosque (2001), Nicácio (1994) e Amarante (1998, 1996) que apontam o final dos anos de 1980 como o momento em que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, após um percurso anterior, retoma o caminho de uma crítica mais radical à psiquiatria que caracterizou seu início.

Foge aos limites de nossa discussão entrar em detalhes sobre toda a trajetória do movimento,⁵ porém, apenas com a finalidade de contextualização, é importante lembrar que esse movimento acontece no contexto político de redemocratização do País, momento em que o Brasil vivia um período de intensa mobilização em vários setores da vida social. O debate político na área de saúde teve grande peso nesse processo e o movimento por melhores condições de saúde para toda a população, conhecido como movimento de Reforma Sanitária, alcançou uma importante conquista com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988,⁶ o que tem possibilitado muitos avanços na construção um novo modelo de atenção à saúde no País.

Nesse contexto, por algum tempo o movimento de reforma psiquiátrica brasileira fez uma maior aproximação com o movimento da Reforma Sanitária, período descrito por Amarante (1998) como “trajetória sanitarista”, caracterizada pela opção de ocupação de espaços de decisão e poder no aparelho do Estado, como tática para introduzir mudanças no sistema de saúde. Nessa aproximação, o movimento se embrenha nas malhas da burocracia estatal e, sob forte influência das diretrizes das agências internacionais (Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde), a utilização de instrumentos da saúde pública, como planejamento normativo e técnicas de administração, passa a

⁵Uma ampla discussão sobre esse assunto pode ser encontrada em Amarante (1998).

⁶A formalização do SUS se deu na Constituição Federal de 1988, no capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde, com regulamentação posterior nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142, de 1990.

imperar, levando a propostas de mudanças pela via da racionalização, modernização e organização técnica dos serviços, o que resulta em um afastamento do pensamento crítico que o caracterizava desde sua origem.

Porém, o jogo de forças entre essa postura e a vertente mais crítica e desinstitucionalizante persistiu, levando a um ponto de tensão maior e a uma autocrítica que resultou na retomada da condição de movimento social independente do Estado.

Esse novo posicionamento é explicitado no Manifesto de Bauru, documento histórico do movimento, elaborado e divulgado no II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental realizado em Bauru, em dezembro de 1987. Neste manifesto, que, segundo Silva (2003, p. 90), pode ser considerado uma “[...] espécie de documento de fundação do Movimento Antimanicomial”, os trabalhadores de saúde mental afirmam que a racionalização e modernização dos serviços não bastaria para produzir a transformação desejada e, afirmando a ruptura com a trajetória anterior, assumem a luta pela extinção dos manicômios como o caminho necessário para a construção de uma nova relação com a loucura.

Segundo Lobosque (2001, p. 15), aí o movimento “[...] politizou decididamente a questão da Reforma e levou às últimas implicações a crítica ao modelo representado pelo hospital psiquiátrico [...]”. Já Nicácio lembra que, neste momento, os atores do movimento “[...] colocavam a crítica à psiquiatria não mais no âmbito da falência terapêutica, mas no conjunto das questões sociais, tendo como fio condutor a exclusão e a cidadania” (NICÁCIO, 1994, p. III). Desde então, predomina no movimento de reforma psiquiátrica brasileira a luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”, lema lançado no Manifesto de Bauru.

A partir daí, o que nomeamos de modo simples e generalizado como “reforma psiquiátrica” ganha uma dimensão que vai além da proposta de mudanças no modelo de assistência em saúde.

[...] a idéia da reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica, mas coloca algo de uma outra ordem teórica de realidade, assumindo, então, feições políticas diferentes e

indicando outros campos possíveis de intervenção no espaço social. Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um de seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural [...] (BIRMAN, 1992, p. 72).

Trata-se, então, de propostas e de ações que significam muito mais que mudanças técnicas ou administrativas no campo dos serviços de saúde, constituindo-se em um movimento que tem como fundamento uma crítica epistemológica de todo saber constitutivo da psiquiatria, inserindo-se, também, no campo mais geral de contestação de toda a racionalidade cientificista clássica e de seus valores constituintes.

Diferentemente do movimento reformista, a nova proposição não se apresentava como solução e apontava uma reviravolta do pensar a questão da loucura, esboçando uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico (NICÁCIO, 1994, p. III).

Essa ruptura epistemológica implica transformações e inovações em diversas áreas, como na política, na cultura, na clínica, no campo técnico e jurídico, nos serviços e nos saberes que sustentavam a prática anterior. A reforma surge como um processo social complexo, que se desenvolve simultaneamente nas ações de desconstrução do manicômio e na invenção de novas formas de se lidar com a loucura ou dar-lhe um outro lugar social (NICÁCIO, 1994; TENÓRIO, 2001; AMARANTE, 2003).

Este processo que passa a predominar no movimento de reforma brasileira, a partir do fim dos anos 80, tem no trabalho de Franco Basaglia e na desinstitucionalização italiana sua maior inspiração. Por esse motivo, utilizaremos a denominação de reforma psiquiátrica ou desinstitucionalização “*de tradição basagliana*”, terminologia adotada por Amarante (1996).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, nasceu em Veneza em 1924. Ainda na época de estudante, milita na resistência italiana e é preso por vários meses, até o final da II Grande Guerra, quando ingressa na Faculdade de Medicina de Padova. Em 1961, após doze anos de vida acadêmica, deixa a universidade para dirigir o

Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Estudioso do existencialismo e da fenomenologia, após o contato com a realidade da internação, ignorada pela universidade, passa a conhecer a violência institucional e abandona a expectativa de lidar com a doença mental apenas a partir de uma abordagem mais humana, iniciando uma prática de transformação radical da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1996; BARROS, D., 1984).

Logo após assumir a direção do hospital de Gorizia, Basaglia inicia transformações eliminando as ações de contenção e criando espaços de reuniões e encontros entre profissionais e pacientes. Procura resgatar a sua dignidade e cidadania. Os pacientes passaram a poder se reunir e se organizar em grupos por meio dos quais pudessem influir nas decisões institucionais.

Tendo inicialmente adotado o modelo inglês da comunidade terapêutica⁷ como base para as transformações, Basaglia e a equipe de Gorizia acabaram por questioná-lo e superá-lo por entenderem que esse modelo promovia apenas uma humanização do manicômio, sem discutir as relações de tutela e custódia sobre os pacientes e nem a noção de periculosidade social dos doentes mentais, presente no saber psiquiátrico, aspectos que permitiam a continuidade das práticas de segregação e exclusão das pessoas internadas (BARROS, D., 1984).

Não podíamos limitar-nos a adaptar modelos já codificados e aplicáveis a qualquer circunstância. Por isso a escolha do modelo anglo-saxão de comunidade terapêutica tinha o sentido de ser um ponto de referência genérico, com condições para justificar os primeiros passos de uma ação de negação da realidade do manicômio [...] A referência ao modelo anglo-saxão permaneceu válida, portanto, até o momento em que o campo de ação começou a se transformar e a realidade institucional mudou de figura. No decorrer das etapas posteriores a definição de comunidade terapêutica revelou-se ambígua à nossa instituição, pois podia (e ainda pode) ser compreendida como proposta de um modelo acabado (o momento positivo de uma negação, propondo-se como definitivo) que, conforme é aceito e incorporado ao sistema, vai perdendo sua função contestadora. Seja como for, à medida que fomos vencendo,

⁷Segundo Amarante, esse termo é utilizado para caracterizar “[...] um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao Hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (AMARANTE, 1998, p. 28).

passo a passo, as diversas fases de nosso distúrbio institucional, foi-se tornando mais clara a necessidade de um contínuo rompimento das linhas de ação que, exatamente por estarem inseridas no sistema deviam ser, uma a uma, negadas e destruídas. Nossa comunidade terapêutica surgiu, portanto, da recusa de uma situação proposta como um dado ao invés de um produto [...] (BASAGLIA, 1985 p. 112).

Em novembro de 1962, o primeiro pavilhão do Hospital Psiquiátrico de Gorizia é aberto. O trabalho de transformação prossegue até 1968, quando Basaglia e a equipe técnica do hospital solicitam à administração local seu fechamento, afirmando que sua existência não se justificava do ponto de vista médico, sendo a falta de condições sociais e econômicas a razão de as pessoas continuarem internadas. A administração nega essa solicitação e a equipe dá alta coletiva aos pacientes e se demite em massa.

A experiência de Gorizia teve grande repercussão na Itália e em vários países, o que resulta num convite para Basaglia atuar como professor convidado num Mental Health Center nos Estados Unidos da América, onde conhece a experiência da psiquiatria comunitária. Em setembro de 1970, retorna para a Itália e, por algum tempo, dirige o Hospital Psiquiátrico de Parma onde propõe “fragmentar o manicômio em inúmeros núcleos autônomos”, o que é recusado pela administração provincial (AMARANTE, 1996). Assim, deixa Parma e, em 19 de agosto de 1970, assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste no qual, utilizando a aprendizagem da experiência de Gorizia, consegue avançar no processo de desconstrução do manicômio.

Em Trieste, é realizada plenamente a experiência de desinstitucionalização voltada à construção de possibilidades de vida fora do hospital. Com esse objetivo, o enfrentamento da exclusão inerente à internação psiquiátrica passa a se dar diretamente na cidade, envolvendo as pessoas e seus recursos. Em 1973, o Serviço Psiquiátrico de Trieste é credenciado pela OMS como referência em pesquisa no campo da saúde mental. Em 1976 o hospital é fechado oficialmente e a assistência passa a ser feita por serviços territoriais e outros recursos inteiramente substitutivos em relação àquele.

Como efeito das repercussões do trabalho em Trieste, em 13 de maio de 1978, é aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica italiana, Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia.

Segundo Kinoshita (1987), essa lei vem sancionar as inovações produzidas no processo de reforma italiano, ou seja, a eliminação da internação psiquiátrica e a construção de serviços territoriais substitutivos. O autor aponta, como um dos principais pontos dessa lei, a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental, da tutela jurídica, da internação compulsória e do tratamento compulsório. “O doente mental é considerado cidadão pleno para todos os efeitos, com seus direitos sociais e civis, que incluem o direito a um tratamento. Esses princípios são mantidos mesmo no caso do Tratamento Sanitário Obrigatório, que é previsto em lei” (KINOSHITA, 1987, p. 69).

Para Kinoshita, esse ponto representa o maior avanço em termos jurídicos e críticos da Lei, pois a abolição do estatuto de periculosidade do louco desvela a contradição inerente à psiquiatria, e que ainda vivenciamos no dia-a-dia do trabalho, relativa à tensão entre “[...] um tratamento e a custódia, entre um mandato social de controle e contenção e a demanda daqueles que têm um sofrimento psíquico” (KINOSHITA, 1987, p. 70).

Considerando o Tratamento Sanitário Obrigatório, vemos, com Kinoshita (1987), que sua instauração demonstra que a cidadania da pessoa é afirmada. Isso porque, uma vez tendo todos os seus direitos resguardados e não sendo mais considerada “perigosa para si ou para os outros”, a utilização desse recurso terá o objetivo de garantir o direito da pessoa de receber o tratamento, não mais se tratando de respaldar a exclusão social via internação. Assim, exige-se que os serviços territoriais cumpram sua responsabilidade de oferecer o cuidado necessário às pessoas de seu território, o que evita o quadro de dessassistência e de abandono que caracteriza certas propostas de reforma que se resumem à desospitalização, sem se preocupar em prover recursos de cuidado (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1998).

Esses aspectos, presentes no texto da Lei 180, tendem a criar situações conflitivas que só poderão ser resolvidas na prática concreta, uma vez que são

resultado do fato de se colocar em questão e de se manter em aberto as contradições próprias da vida e de uma sociedade em si mesma também conflitiva e organizada a partir de relações de poder sempre em curso, bem como da recusa da adoção de soluções administrativas que permitissem ignorar, legitimar ou anular essas contradições sob o respaldo de um conhecimento técnico, científico e pretensamente neutro.

Essas características são próprias da desinstitucionalização italiana, como desenvolvida nas ações conduzidas por Basaglia, refletindo um modo de ação, que respeita o caráter processual das transformações realizadas.

Nesse sentido, Basaglia (1985, p. 128) afirma:

A reconstituição que fazemos a partir da documentação do processo de transformação que ora se opera em nossa instituição não pretende ser a descrição de uma *técnica* e de um *sistema* de trabalho mais eficiente do que outro qualquer. A realidade de hoje não é a mesma de amanhã: desde o momento em que a fixamos ela se desfigura ou fica superada [...]. O problema e as maneiras de enfrentá-los foram-se modificando gradualmente, conforme se ia esclarecendo o campo em que se agia, com sua gradual dilatação para um terreno mais amplo. É isso o que interessa em nossa ação cotidiana.

Além dessa característica ligada ao processo de implantação da reforma, uma marca distintiva essencial, e base da desinstitucionalização italiana, é a negação do manicômio. Essa negação significa a recusa do princípio de exclusão fundante do hospital psiquiátrico e a não aceitação da desqualificação operada sobre os pacientes internados que ficam como objeto da violência institucional que acontece tanto sob a forma de medidas de contenção física como na forma da objetualização da pessoa a partir dos diagnósticos e das relações de poder dentro da instituição, ou seja, de sua transformação em objeto do saber psiquiátrico e das pessoas que o exercem na instituição.

Recorrendo às pesquisas de Foucault (1987; 1975) e de Castel (1978), lembramos que a psiquiatria tem nascimento posterior ao asilo. Este ganha estatuto de lugar de tratamento no momento mesmo em que a internação generalizada de todos aqueles que não se encaixavam na ordem social nascente

era questionada, o que levou ao esvaziamento das grandes instituições totalitárias nas quais ficaram apenas os loucos. Assim, o asilo surge exatamente como confirmação da necessidade de segregação dos loucos, o que é justificado tanto pela aceitação das noções de periculosidade e incapacidade para se responsabilizarem por suas ações numa sociedade regida pelo contrato social, como também em função do princípio do isolamento como necessário para o conhecimento e o tratamento da loucura. A existência do asilo é justificada, então, a partir da naturalização dessas noções e esse se torna a base que possibilita a constituição do saber psiquiátrico que se constrói pela sistematização das práticas e “tecnologias” desenvolvidas para gerir o espaço hospitalar e disciplinar os internados.

Assim, se o asilo e a psiquiatria têm sua existência pautada na necessidade de exclusão e isolamento, ao negarem essa necessidade, os italianos estavam negando a própria psiquiatria e desmontando todas as suas bases de sustentação. Por isso, a desinstitucionalização italiana alcança a radicalidade de se fazer como desconstrução, não apenas no sentido negativo, pois se afirma na construção/invenção concreta de novas formas de se lidar com a loucura na sociedade.

Com relação a esses aspectos, Basaglia (1985, p. 120) afirma: “O doente mental é um excluído que, nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença”. Essa declaração enfatiza o poder estigmatizante da classificação da pessoa como doente mental e da internação psiquiátrica, uma vez que assim a pessoa realmente perde seu valor social, tornando-se uma pessoa sem direitos e submetida a uma relação em que não há qualquer reciprocidade. No manicômio, “[...] a pessoa se torna automaticamente um cidadão sem direitos [...]” uma vez que aí “[...] aumenta vertiginosamente o poder puro do médico [...] exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente [...]” (BASAGLIA, 1985, p. 107).

Basaglia também critica a insuficiência do saber científico perante o sofrimento mental e aponta que, por sua impotência diante da doença mental, as instituições

psiquiátricas se limitaram a uma ação tutelar e a defini-la, catalogá-la e geri-la. Mais adiante afirma:

O psiquiatra dispõe, pois, de um poder que até agora não lhe serviu para compreender grande coisa do doente mental e de sua doença, mas que nem por isso deixou de usar para defender-se deles usando como arma principal a classificação das síndromes e as esquematizações psicopatológicas [...]. É por essa razão que o diagnóstico psiquiátrico assumiu inevitavelmente o significado de um juízo de valor, ou seja, de uma rotulação [...]. Isso significa, porém, que o doente foi colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível nos dedicarmos à definição abstrata de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de sermos desmentidos por uma realidade que já havíamos negado [...]. O psiquiatra, em seu diagnóstico, prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao sistema [...] (BASAGLIA, 1985, p. 125).

Importante ressaltar que seria um contra-senso esperar que da desinstitucionalização italiana resultasse um “modelo” de atenção que pudesse ser formatado e repetido em qualquer circunstância ou contexto, o que fica claro na fala de Lancetti (1987, p. 91): “Não há qualquer intenção de produzir um novo paradigma, pois se aprisionarmos essa prática em pretensas cópias, tiraríamos dela toda sua potência”.

Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001) destacam que, na desinstitucionalização, se trata de abandonar o paradigma racionalista que trabalha com causalidades lineares, “[...] desmontar a relação problema-solução (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 28-29). Todavia, enfatizam que essa atitude não significa uma renúncia da necessidade de tratar, de cuidar, representando, antes, uma mudança de perspectiva que faz com que o tratar não se identifique mais com a busca da “solução-cura”. Essa forma tradicional de se encarar o tratamento derivava do foco na doença como objeto e a mudança proposta resulta exatamente da crítica feita à psiquiatria pela simplificação que operou ao reduzir o sujeito à doença. Assim, “[...] a desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho

terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33).

Segundo Rotelli (2001), o projeto da desinstitucionalização, então, visa à “[...] reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar da violência para conseguí-lo)” (ROTELLI, 2001, p. 90). Essa atitude, por sua vez, permitirá retomar o contato com a existência concreta das pessoas afetadas pela loucura, o que passa a ser o novo objeto da ação. O trabalho terapêutico passa a ser encarado como “[...] um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso, porque são modificados pelo sujeito em jogo” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 34).

A ênfase do cuidado deixa de estar na cura e passa a se dar na proposta de invenção de saúde e de reprodução social do paciente. Entendendo-se, porém, que “[...] não existe uma saúde, mas existem mil [e que] é possível reproduzir-se de mil modos”, o que se busca é “[...] a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização de formas (de espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30-33).

Reconhecendo-se a relevância da questão social presente na segregação da loucura, a responsabilidade pelo cuidado se estende até a reinserção das pessoas na sociedade, havendo a preocupação de acompanhar e participar das questões que surgem após os momentos mais críticos do tratamento, no momento de retorno à vida. Trata-se de cuidar do que ocorre nesse momento: “[...] do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das outras circunstâncias que, em vez de contribuírem para sua reintegração, acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico” (BASAGLIA, 1985, p. 116).

Nessa abordagem, que não recusa a complexidade de seu objeto, as práticas de desinstitucionalização passam a se dar como um trabalho concreto e cotidiano, buscando-se construir/inventar mudanças a partir de cada situação singular. O espaço privilegiado para o trabalho terapêutico, passa a ser não mais o espaço

institucional, mas, sim, o espaço social, o território. A ação se territorializa e, a partir daí:

[...] as instituições de fora evidenciam a sua condição de instituições totais,⁸ aprisionadas em um isolamento que cria os circuitos da guetização, submetidas a procedimentos de expulsão sistemática de tudo aquilo que perturba o equilíbrio de seu funcionamento (BASAGLIA, 1991, p. 47).

Trata-se de um novo olhar, de uma nova perspectiva de trabalho que solicita de cada sujeito envolvido que se coloque como participante ativo, investido e mobilizado como ator/criador de mudanças, envolvendo, assim, os usuários, os profissionais e a sociedade.

A desinstitucionalização, nesse sentido, é mais que desospitalização, assumindo a dimensão de um processo de desconstrução. Não se trata de uma mudança simples, como descreve Jaques Delgado:

Alias, até hoje, mais de 20 anos após o início desta revolução, psiquiatras e psicólogos têm ainda graves dificuldades em aceitá-la, a meu ver provavelmente porque esta implique uma mudança considerável na relação curante-curado. Em outras palavras, no antigo modelo buscava-se diagnosticar, classificar, medicar e curar o doente mental. Tratava-se de um objeto de atenção médica. Na nova proposta, o médico se vê diante de uma existência que sofre e que pede ajuda, deve responder a esta demanda encarando a pessoa na sua plenitude, sem perder de vista a sua dimensão de cidadania (DELGADO, J., 1991, p. 13).

Essa pessoa que sofre, agora tratada como cidadã de pleno direito, passa a ter uma nova relação com os serviços de saúde e a proposta é que esses serviços e

⁸As instituições totais foram conceituadas por Goffman que as define como um “[...] local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1987, p. 11). Assim, têm como característica o fato de serem instituições em que há uma barreira ao contato com o mundo exterior e proibição à saída de suas instalações. Apesar dessa definição, ao considerarmos a ampliação da noção de instituição feita pelo movimento institucionalista e as modificações da configuração do poder e da ordem social, podemos proceder a uma ampliação de seu entendimento, ao ver que algumas de suas características, descritas por Goffman, hoje se encontram difundidas no espaço e nas práticas sócias, como a massificação de comportamentos e da própria subjetividade, a divisão de poder e a restrição de informações a partir dessa divisão, além da estigmatização entre grupos.

as ações desenvolvidas construam respostas inteiramente substitutivas com relação à necessidade dos hospitais psiquiátricos, tornando-os prescindíveis de fato e nisso garantindo o caráter antimanicomial da reforma.

Lembrando que nossa tentativa de apresentar alguns pontos importantes para o conhecimento da desinstitucionalização italiana teve por objetivo deixar claras as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, que nela teve sua maior inspiração, traremos, para finalizar, duas propostas de conceitualização mais recentes feitas por autores brasileiros.

Amarante (2003, p. 49) propõe a definição de reforma psiquiátrica como um

[...] processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Quanto às dimensões envolvidas, o autor propõe: a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual referente ao campo dos saberes e conhecimentos; a dimensão técnico-assistencial referente ao modelo assistencial; a dimensão jurídico-política, referente às relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais e, por fim, a dimensão sociocultural que, segundo o autor, constitui o objetivo maior, a saber, “[...] a transformação do lugar social da loucura” (AMARANTE, 2003, p. 49).

Já Costa-Rosa (2000, p. 151), com o objetivo de especificar os parâmetros fundamentais que orientam as ações de saúde mental contemporânea, propõe a denominação de “modo psicossocial ao paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica”. Para sua caracterização, define quatro parâmetros:

Sobre o primeiro, referente às concepções do objeto e dos meios de trabalho, o autor aponta que, no modo psicossocial, a problemática a ser tratada não é mais localizada no indivíduo, mas deslocada para a instituição e para o contexto. Assim, a loucura e o sofrimento não têm mais que ser removidos a todo custo, sendo vistos como parte da existência. O autor destaca que a reinserção social,

entendida como resgate da cidadania, como a produção de novas formas de sociabilidade e experimentação de novas possibilidades de ser, é uma dimensão enfatizada no tratamento.

Quanto ao segundo parâmetro, relativo à organização institucional, este se refere a mudanças tanto no âmbito dos macropoderes quanto no campo micro. Dessa forma, conjugam-se as mudanças que vêm também da reforma sanitária, como os princípios de descentralização e as propostas de participação popular, com aquelas mais específicas da reforma psiquiátrica voltadas para a horizontalização das relações de poder entre os próprios trabalhadores e entre estes e os usuários, o que é instrumentalizado, por exemplo, pela prática de assembleias de usuários, familiares e trabalhadores para discussão e organização dos serviços. Assim, “Participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas radicais no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p. 160).

O terceiro parâmetro refere-se ao relacionamento com a clientela. No modo psicossocial, a instituição e seus agentes passam a ter o papel de funcionar como espaços de interlocução, como pontos de fala e de escuta. “Interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e territorialização com integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma de relação da instituição com a clientela e a população [...]” (COSTA-ROSA, 2000, p. 162).

Por fim, quanto aos efeitos vistos do ponto de vista terapêutico e ético, ou seja, considerando-se os fins políticos e socioculturais visados, o autor destaca que a “Implicação subjetiva e sociocultural, e singularização são metas radicais quanto à ética das práticas no modo psicossocial, por oposição à adaptação que caracteriza o modo asilar” (COSTA-ROSA, 2000, p. 164).

A descrição desse Modo Psicossocial mostra-nos como a sua construção, como substituto e não apenas alternativo ao modo asilar, envolve dimensões amplas que nos permitem compreender que a importância da ação territorial não está ligada a uma simples mudança no formato dos serviços, mas à possibilidade de

ação local e de construção de respostas coerentes e cabíveis dentro de cada realidade singular.

Consideramos importante citar que, contrariamente ao que temos colocado até aqui, Campos, F. (2000, p. 61) afirma que a “[...] proposta de Reforma Psiquiátrica, levada adiante no Brasil, [...] tem sua base fundada no modelo OPAS, do preventivismo da Atenção Primária à Saúde [havendo a] hegemonia de uma psiquiatria bastante reformada”. Em outro trabalho dessa autora, lemos que,

Hoje existe um modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que vem se desenrolando desde meados da década de 1970: assistência extramuros hospitalares, com serviços inseridos na comunidade próximos às pessoas, mas hierarquizados em níveis de atenção – UBS, Ambulatórios, HDs, Enfermaria Psiquiátrica (em hospital geral) e até hospitais psiquiátricos de pequeno porte (CAMPOS, F., 2001, p. 48).

Acreditamos que a diferença dessa leitura com relação a que temos adotado, com base nos autores citados, deve-se ao fato de que Campo, F. (2000, 2001) toma como objeto de estudo algumas experiências efetivamente concretizadas de implementação da reforma no País, cuja análise lhe permite afirmar a predominância da implementação de serviços no formato de redes hierarquizadas, prática que se distancia das propostas da desinstitucionalização de tradição basagliana que sustentam a dimensão conceitual da reforma.

Consideramos que o estudo da autora aponta um aspecto de extrema importância ao demonstrar a distância que parece estar havendo entre o que se propõe conceitualmente e o que se tem alcançado na prática. Todavia, somos de opinião que o fato apontado não é suficiente para autorizar a afirmação de que a reforma brasileira “[...] tem sua base no preventivismo da Atenção Primária à Saúde” ou mesmo que seja uma “psiquiatria reformada”, pois, considerando a definição das quatro dimensões da reforma feita por Amarante, o estudo da autora se refere, apenas à dimensão tecnoassistencial dessa. Vimos, exatamente, que a reforma não pode ser resumida nessa dimensão, uma vez que a oferta de serviços, independente de seu formato, não garante a mudança na lógica da assistência, o que só acontecerá se as mudanças alcançarem as demais dimensões. Como a

própria autora coloca, dentro dos limites encontrados para sua implementação, a partir da reforma tem surgido no Brasil uma grande variedade de experiências inovadoras, que, em alguma medida, escapam do modelo preventivista, o que acreditamos que não seria possível se este fosse o referencial adotado pelo movimento. De todo modo, acreditamos que o estudo de Campos F. (2001) traz um importante alerta para o movimento, relativo à necessidade de se atentar para o campo da organização de serviços que, embora não represente a reforma como um todo, continua a ser um aspecto de fundamental importância já que é o espaço de garantia da oferta de cuidado, além de ser um dos aspectos de maior visibilidade para a população.

Tomaremos parte do texto de apresentação do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental para reafirmar o entendimento da reforma psiquiátrica brasileira como um processo social complexo que visa a “[...] transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais” (BRASIL, 2002a, p. 20). Nessa apresentação, os relatores afirmam que a III Conferência representou:

[...] um inequívoco fortalecimento do **consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica**, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental **totalmente substitutivo ao manicomial**. Todo este percurso vem reafirmar que o processo histórico da **Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais**, é marcado por tensões, desafios e conflitos (BRASIL, 2002a, p. 19).

O referencial da desinstitucionalização de tradição basagliana, como base da proposta brasileira, fica claro na definição de Costa Rosa (2000) para o Modo Psicossocial que se constitui nas práticas da reforma brasileira, do qual falamos acima. Apenas para reforçar nosso argumento, lembramos que o autor, após falar das mudanças que esse novo modo de atenção traz, afirma que essas mudanças têm implicações técnicas, pois, nessa perspectiva, “[...] já não basta que se estratifiquem as ações em prevenção primária, secundária e terciária. É necessária uma ação integral que vise ao sujeito como existência-sofrimento” (COSTA-ROSA, 2000, p. 156).

De todo modo, concordamos que há mesmo uma grande distância entre a dimensão conceitual e o que se tem conseguido realizar concretamente e, a nosso ver, o que essa distância nos mostra é o quanto tem sido difícil escapar do modelo sanitarista que ainda predomina no SUS.

Na verdade, nosso tema de estudo tem relação direta com essa discussão, pois se trata de dentro da dimensão tecnoassistencial da reforma, investigar as possibilidades de sua implementação e extensão até os serviços do nível primário de atenção, sem que isso signifique, porém, aderir de forma automática e burocrática aos critérios de hierarquização tecnocrática dos serviços e menos ainda ao ideário do preventivismo.

2.2 A CONSTITUIÇÃO DA “ORDEM PSIQUIÁTRICA”: POR QUE “NÃO” AO MANICÔMIO

A partir da obra de Foucault (1987, 1975) e de Castel (1978), sabemos que o asilo, como espaço médico voltado para o tratamento da loucura, vai surgir exatamente no momento em que, por motivos humanísticos e econômicos, se firma uma forte tendência à liberação do grande número de pessoas internadas, num movimento que reduziu bastante esse número, mas manteve os loucos nos hospitais.

Castel (1978) mostra que, apesar da pretensão de desospitalização total em favor da assistência oferecida na comunidade, os loucos ficam na categoria dos que representam perigo para a sociedade, devendo permanecer enclausurados. Aponta, ainda, que, no regime liberal, no qual a estrutura contratual da sociedade se generaliza, impõe-se a sua exclusão pelo fato de serem considerados incapazes de participar e de se responsabilizarem na relação de contrato social.

Esse autor descreve como, a partir das concepções do humanismo e do liberalismo, a noção e a forma de assistência se modificam nesse processo e investiga a razão pela qual, num momento de questionamento das instituições representativas do absolutismo, a medicina mental irá se moldar exatamente na instituição totalitária. Como resposta a essa questão, dirá que, “Se a psiquiatria

nascente vinculou seu destino ao da instituição totalitária [...] não foi só por razões técnicas nem somente por razões políticas, mas pela conjunção [...] dessas duas séries” (CASTEL, 1978, p. 71). Assim:

Na medida em que suas finalidades passam a visar somente os sujeitos que não possuem absolutamente lugar na sociedade ‘normal’, elas [as instituições totalitárias] aparecem, doravante, racionais. Sua organização interna deve também se racionalizar, de modo que possa gerir tecnicamente as tarefas para as quais é insubstituível (CASTEL, 1978, p. 75).

Desse modo, apesar de estar ligado a questões da ordem social desde seu nascimento como abrigo para todos os necessitados, tendo uma função política que, de certa forma, fica mais evidente na medida em que alcança sua especificidade, dentro da racionalidade moderna a instituição hospitalar totalitária que se constitui na “forma-asilo” ganha o *status* de uma instituição racional e que tem apenas a função técnica de tratamento.

Para Castel (1978, p. 78), “[...] A loucura, dessa forma, está pronta para ser exposta à observação médica. Ela encontrará no asilo o espaço específico onde poderão ser conduzidas, paralelamente, sua redução ao saber médico e seu domínio prático”.

Segundo Foucault, essa observação vai levar a um novo olhar que marcaria a objetivação da loucura na forma de doença mental e que seria, então, a marca da clínica moderna: “[...] ela [a loucura] se torna forma olhada, coisa investida pela linguagem, realidade que se conhece: torna-se objeto” (FOUCAULT, apud LOBOSQUE, 1997, p. 27).

Pelo viés do humanismo, por sua vez, a organização eficiente do hospital passa a ser uma obrigação moral devido à necessidade de superação dos traços da violência desumana própria do período absolutista. Para tanto, falta-lhe apenas um aparato técnico próprio que justifique sua especificidade como local de tratamento para a loucura, uma vez que esta passa a ser vista como uma doença que, apesar de impedir a manutenção dos que são por ela acometidos na ordem social, pode ser tratada de modo a restituir-lhes essa possibilidade.

É Pinel quem trará a tecnologia apropriada para o ordenamento do espaço hospitalar. Ele introduz uma racionalidade na doença a partir da distribuição metódica dos pacientes com base em seus sintomas. Segundo Castel (1978, p. 83), “Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses são, efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar”.

Porém, com essa observação que institui um novo olhar, toda uma rede de práticas se constrói: trata-se de isolar do mundo exterior; de segregar internamente em função do “[...] caráter e da variedade da alienação, seus diversos períodos de estado agudo, de declínio e convalescença; o que supõe profundos conhecimentos de seu processo [...]” (PINEL, apud CASTEL, 1978, p. 87) e, finalmente, de instaurar a relação de autoridade como via para a implantação da ordem.

Essa prática brevemente descrita resume a “tecnologia pineliana”: partindo do isolamento do mundo exterior, trata-se de proceder primeiramente à classificação do espaço hospitalar por meio da distribuição ordenada dos doentes; em seguida, a partir da observação de cada tipo, proceder à classificação nosográfica (o que inaugura o saber psiquiátrico) e, ao mesmo tempo, instituir uma prática eficaz que se funda na relação de autoridade do médico sobre o doente (o tratamento moral). Note-se que aí o isolamento tem tanto a função estratégica de permitir o conhecimento do “objeto em seu estado puro” permitindo proceder à classificação da doença, como preconizado pelas ciências naturais, como a função de ato terapêutico próprio do alienismo (AMARANTE, 2003).

Com Pinel e seu princípio do isolamento, a internação passa a ser condição necessária de qualquer terapêutica da loucura. Essa afirmação pode ser compreendida dentro de sua lógica, se lembrarmos que, para ele, toda terapêutica deve se propor como um “tratamento moral” com vistas à submissão do doente à ordem – ordem presente na relação com o médico, no ordenamento hospitalar e, finalmente, na ordem e norma social.

Lemos em Foucault (1987) que, a partir dessa nova perspectiva do tratamento moral, todo um conjunto de técnicas e práticas já executadas há muito na

terapêutica da loucura passa a ser utilizado agora com finalidade unicamente punitiva e disciplinarizadora, voltada à submissão e docilização dos corpos dos internos. Enfim, estamos, nesse momento, na época de florescimento do poder disciplinar, poder este que foi essencial para a nova ordem social que vem a se instaurar com o capitalismo industrial.

Foucault (1997, p. 55) cita de Esquirol os motivos dados por este para justificar o isolamento “[...] 1-assegurar sua segurança pessoal e de suas famílias; 2-liberá-los das influências externas; 3- vencer suas resistências pessoais; 4-submissão à força e ao regime médico; 5- impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais”. Assim, considerando esses princípios, Foucault (1997, p. 55) declara: “[...] Vê-se que tudo é questão de poder: dominar o poder do louco e [...] estabelecer sobre ele um poder de terapêutica e de formação - de ‘ortopedia’”.

Para Foucault (1987, p. 501), então, “O que se chama de prática psiquiátrica é uma certa tática moral, contemporânea do fim do século XVIII, conservada nos ritos da prática asilar e recoberta pelos mitos do positivismo”.

Assim, retomando a seqüência dos fatos, vemos que primeiro veio a exclusão geral das pessoas que não se encaixavam na nova ordem social; em seguida, a naturalização dessa exclusão na instituição hospitalar totalitária apenas para os loucos e só daí é que surge a necessidade de práticas que permitem administrar esse novo espaço hospitalar que agora se define como espaço de tratamento. E é do conjunto dessas práticas que se constituirá um saber sobre a loucura, que vai, então, ser enquadrada como alienação e doença mental.

Trata-se, desse modo, de uma instituição que surge após uma sobreposição de naturalizações que ocultam sua função política e que possibilitam a constituição da ordem psiquiátrica que vem instituir todo um aparato voltado para fazer o paciente se adequar à ordem social.

Portanto, se a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada. O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas **a organização**

hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser. Diante disso, é evidente que a introdução de uma nova *técnica terapêutica* no velho terreno institucional é uma medida precipitada, quando não nociva, no sentido de que, se pela primeira vez é desvendada a realidade institucional como um problema que se deve enfrentar, correr-se-ia o risco de voltar a mascará-la com uma roupagem que não faria mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática (BASAGLIA, 1985, p. 122, grifos do autor)

Dizer não ao manicômio, então, é dizer não à instituição concreta, aos hospitais em sua estrutura física, como lugar efetivo de exclusão e violência, bem como a todos os princípios que justificam e fundamentam sua existência, ou seja, aos princípios constituintes da própria psiquiatria tradicional.

Correndo o risco de nos repetirmos, destacamos o fato de que esse “não” se refere a uma recusa de dois pontos fundamentais, a saber: a) ao ato primeiro de exclusão da loucura da convivência social; e b) a todos os atos realizados para legitimar cientificamente e tecnicamente essa exclusão e para ocultar seu caráter político.

O efeito é o desvelamento da contradição constituinte da psiquiatria referente ao seu caráter político, ao mandato social que a institui, fato que não pode ser suplantado ou anulado por nenhuma forma de progresso científico.

Lobosque (1997) chama de “modelo manicomial”, ao pensamento da loucura que surge a partir das representações derivadas do asilo. Esclarecendo que a definição de tal modelo poderia ser feita de várias perspectivas, a autora opta por adotar uma mais próxima da questão da clínica e, em referência às formulações de Foucault, faz a seguinte definição do modelo manicomial: “[...] trata-se de um certo olhar, de um certo modo de saber sobre o louco”, que se nutre pelo olhar que o hospital determina (LOBOSQUE, 1997, p. 26).

Segundo essa autora, devido ao poder desse olhar (que é o poder do próprio saber psiquiátrico), torna-se necessária a recusa do modelo manicomial, o que significa a defesa do fim do manicômio, pois, a despeito de todo avanço da

psicofarmacologia e de qualquer modificação no formato dos serviços, mesmo quando estes se organizam de forma extra-hospitalar, o hospital psiquiátrico representa o “mirante privilegiado” desse olhar. Somente quando conseguimos prescindir dele é que esses recursos e toda nossa prática podem se desenvolver a partir de uma nova perspectiva.

A extensão dessa recusa significa que a negação do manicômio vai além da negação da instituição apenas como estrutura arquitetônica. Embora concordemos com toda a argumentação de Lobosque (1997), para dar conta dessa extensão, deixaremos a denominação de modelo e diremos que se trata da recusa de todo o dispositivo manicomial, entendendo dispositivo tal como conceituado por Foucault (1984, p. 244):

Um dispositivo é um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Falar de dispositivo manicomial, então, é falar de todo um modo de definir e compreender a loucura que tem o efeito de legitimar uma certa forma de relacionamento com a loucura. É também, e ao mesmo tempo, falar de um certo “manicomialismo”, termo utilizado por Kinoshita (1987, p. 74) para descrever a “[...] lógica interna à instituição que tende a sua auto-reprodução, anulando os atores enquanto sujeitos de transformação”.

É, ainda, falar do que Pelbart (1989, p. 134) chama de “manicômios mentais”, ou seja, da racionalidade carcerária que tende a burocratizar nosso pensamento e nossa ação, ou seja, a racionalidade hegemônica na modernidade, que procura levar nosso pensamento a funcionar sempre sob o “Império da Razão”, promovendo o encarceramento da desrazão⁹ e recusando qualquer diálogo ou contato com esta.

⁹Sobre a diferença entre loucura e desrazão, tema que não podemos explorar aqui, ver Pelbart (1989). A leitura dessa obra é importante para a compreensão do fato de que não se trata de categorias opostas e excludentes, mas de diferentes dimensões de um mesmo fenômeno. A partir dessa leitura, vemos que falar dessa dimensão da desrazão não equivale a fazer uma apologia da

A desrazão é descrita como “[...] uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (PELBART, 1989, p. 133). Abrir esse “manicômio mental” é deixar o pensamento ser invadido pela desrazão, é poder pensar loucamente, ou seja, é preciso permitir:

[...] o exercício, no seio do próprio pensar e das práticas sociais, de uma nova forma de relacionar-se com o Acaso, com o Desconhecido, com a Força e com a Ruína. Trata-se de não burocratizar o Acaso com causalidades secretas ou cálculos de probabilidade, mas fazer do Acaso um campo de invenção e imprevisibilidade, de não recortar o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa. Trata-se de não fazer da Ruína um momento de uma superação dialética, mas uma linha de fuga micropolítica (PELBART, 1989, p. 136).

Baptista (1999) fala-nos do “[...] desafio de explicitar e interpelar os possíveis *manicômios invisíveis* incrustados nas práticas sociais, no dia-a-dia, nos modos de funcionamento do pensar” (1999, p. 116, grifo nosso). Sobre esses “manicômios invisíveis”, o autor nos descreve como eles acompanham, ou perseguem, as pessoas que saíram dos manicômios, fazendo-se presentes no olhar tolerante ou condescendente dos habitantes da cidade que, com seu humanismo liberal, os aprisionam na identidade de ex-internos, necessitados de ajuda e cuidado permanente (cuidado que nesse olhar equivale à assistência e tutela), tornando-os invisíveis como pessoas singulares, com sua maneira própria de habitar o mundo, com seus afetos, com sua história. Essa mesma invisibilidade se produz no olhar indiferente que finge ignorá-los – ou que realmente não os vê – na tentativa de neutralizar toda a diferença, todo o imprevisível e todos os modos de ser que não acompanhem o ritmo acelerado da atualidade.

O próprio Basaglia, que defendeu e realizou o fechamento do manicômio, sabia da extensão do ato que propunha. “Abrir uma instituição, o manicômio, não é

loucura, pois, ainda que tênue, há uma diferença entre estas. Além disto, é importante lembrar que o aspecto do estranhamento e da ameaça presentes na desrazão está entre os fatores que levam à relação de distância e exclusão que a humanidade tenta manter com a loucura.

apenas abrir as portas, mas abrir a nossa cabeça em confronto com aquele que nos procura” (BASAGLIA, apud KINOSHITA, 1987, p. 74).

Se não se alcança a destruição do manicômio que persiste “na nossa cabeça” (dos manicômios mentais, da lógica manicomial, do manicomialismo, dos manicômios invisíveis), o poder manicomial pode persistir em qualquer tipo de instituição, em toda e qualquer ação de nossa prática – e de nossa vida – aprisionando-nos no intimismo, na individualização, na esfera privada e na corrida desenfreada para acompanhar as identidades sucessivas solicitadas pela modernidade contemporânea.

[...] a luta pelo fim dos manicômios transcende a simples superação de sua estrutura física. O anacrônico hospício se apresenta como um fardo quase insuportável, que faz curvar pacientes e operadores de saúde – que o carregam meio sem saber o porquê. Urge denunciá-lo, destruí-lo, superá-lo; urge extinguir a demanda convencional de crise/internação no hospital psiquiátrico. É vital ser criativo ao apresentar alternativas no território. Contudo, acima destes movimentos, urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio, superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa-de-força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da “solução” manicomial, pode-se chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico. Talvez este se apresente como um dos maiores “nós” a serem desfeitos (DELGADO, 1991, p. 17).

Deste ponto de vista, podemos considerar que não são apenas os serviços em si mesmos, em suas estruturas formais, que determinarão os efeitos a serem obtidos, mas é também a maneira como as pessoas irão se apropriar e se utilizar deles e, principalmente, a atitude que adotarão na relação com os usuários, o que permitirá que produzam efeitos de repetição ou de transformação.

Então, se a lógica manicomial pode estar presente em qualquer ação e em qualquer serviço, seria mesmo necessário manter a proposta de extinção do manicômio?

Sem dúvida diremos que sim, pois, se trabalhamos pela construção de uma nova relação com a loucura, que recusa a necessidade de sua exclusão do espaço social e do isolamento como instrumento terapêutico, já estamos afirmando o fim do manicômio, uma vez que esses são seus fundamentos.

Além disso, no aspecto operacional, sua manutenção na rede de serviços permitiria o recurso a ele como “serviço de maior complexidade”, supostamente mais adequado para lidar com situações de crise, mantendo o imaginário de que nele existiriam recursos mais avançados e profissionais mais habilitados. O efeito final seria a desresponsabilização dos demais serviços pela atenção às pessoas tanto nos momentos de crise como nos casos mais cronicados, nos quais os resultados da atenção podem ser sentidos como frustrantes pelos profissionais de saúde formados, predominantemente, para oferecer a “cura” como resultado de seu trabalho (DESVIAT, 1999, p. 81).

Esse mesmo autor realiza também uma valiosa discussão sobre as “dificuldades e erros da reforma psiquiátrica” e chega a fazer uma crítica do otimismo inicial desse movimento, pois, em sua análise, teria havido a crença de que acabar com o manicômio seria também acabar com a cronicidade, o que a experiência tem mostrado não ser um fato. Ainda assim, Desviat (1999, p. 89) defende e sustenta a necessidade do fim dos manicômios na medida em que “[...] a sobrevivência do manicômio distorce qualquer organização de serviços alternativos. Ele se mantém como um saco sem fundos, uma tentação permanente diante do incômodo ou da impotência técnica, um quarto escuro que perverte todas as reformas”.

Desse modo, concordamos com as proposições de Lobosque (1997) que afirma que o fim do manicômio não é condição suficiente para romper o dispositivo psiquiátrico, mas que seu fim é, sim, condição necessária para esse rompimento.

Analisando todos os argumentos apresentados, acreditamos poder dizer que o fechamento dos manicômios teria um efeito analisador¹⁰ sobre a realidade da relação da sociedade com a loucura e mais diretamente sobre o sistema de serviços de saúde, sendo por si mesmo um ato provocador de mudanças numa realidade que tende a se acomodar a cada tentativa de inovação.

2.3 AS PSIQUIATRIAS REFORMADAS E O *AGGIORNAMENTO*: CONHECER PARA NÃO REPETIR

Apesar da manutenção do manicômio até nossos dias, as críticas à sua existência se iniciam pouco tempo após seu nascimento. De acordo com documento da OPAS, que trata da reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, já em 1856 acontece a primeira denúncia pública contra uma instituição manicomial (OPAS, 1990).

Segundo Castel (1978), o próprio trabalho de Pinel, mais voltado para o ordenamento do espaço hospitalar que para a mítica libertação dos loucos das correntes, pode ser visto como reformador, considerando o contexto e o momento histórico em que se realiza.

Nessa leitura realizada por Castel (1978), porém, Pinel representaria a convergência de um movimento de emergência das instituições disciplinares que acontecia na época a partir de várias direções, representando um primeiro *aggiornamento*. Com esse termo, o autor denomina as mudanças aparentes do dispositivo psiquiátrico, nas quais as mesmas funções continuam a ser exercidas por meio de práticas totalmente renovadas e modernizadas que mantêm os mesmos interesses e os mesmos monopólios. Essas mudanças são resultado de uma renegociação das relações de poder que todavia se mantêm sem ser questionadas, ampliando seu domínio de ação. Nesse sentido, é interessante notar a observação de Castel (1978) sobre o fato de que o movimento que Pinel representava era composto pela corrente dos reformadores da assistência,

¹⁰ Conceito utilizado pela análise institucional francesa, tomado como “[...] um dispositivo, espontâneo ou construído, para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim pode-se valer de qualquer montagem que ponha de manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais” (BAREMBLITT, 1994, p. 152).

higienistas e filantropos, formada por médicos que conseguem manter seu prestígio apesar de todas as mudanças políticas da época, exatamente pelo fato de que sua proposta caminhava no mesmo sentido dos ideais burgueses da ordem e do progresso.

Esse primeiro *aggiornamento* das práticas institucionais – no qual o isolamento ganha *status* de critério de conhecimento e de medida terapêutica, e a instituição passa a ser lugar de tratamento – marca, para Castel (1978), o nascimento da medicina mental.

Nossa atenção, aqui, se dirigirá, porém, ainda que de modo breve, apenas para os movimentos de mudanças na prática psiquiátrica que acontecem no contexto da II Guerra Mundial, por se tratarem de influências mais próximas e que tiveram efeito mais direto na organização dos sistemas de atenção que constituem o foco de nosso trabalho.

As circunstâncias geradas pela guerra têm conseqüências de amplo alcance que irão atingir também o campo da saúde em geral e especificamente o da assistência psiquiátrica. Nesse contexto, a saúde passa a ser encargo e obrigação do Estado. “Daí surge o postulado, pretensamente universal, de que todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, e que este produto tem que ser possibilitado pelo Estado” (BIRMAN; COSTA, 1998, p. 46).

No campo da psiquiatria, a situação de carência de mão-de-obra, de necessidade de retomada do crescimento e de reconstrução dos países diretamente atingidos cria circunstâncias que exigem respostas mais eficazes e rápidas do tratamento, não sendo mais admissível a existência do grande número de homens, que poderiam estar produzindo, cronificando nos hospitais psiquiátricos. No pós-guerra, a essa necessidade econômica de recuperação da força de trabalho une-se a nova sensibilidade para as questões de opressão e violência resultantes da ocupação nos países da Europa e da consciência dos horrores cometidos nos campos de concentração, o que faz com que os governos, os profissionais e a sociedade em geral não vejam mais com naturalidade a situação desumana dos asilos.

Nesse momento inicial, a crítica se dirige à ineficiência terapêutica dos manicômios e consolida-se a visão do manicômio como produtor de sintomas e síndromes, o que leva a propostas de reestruturação de seu funcionamento com o objetivo de resgatar seu papel terapêutico. As reformas voltadas a esse objetivo se consolidam nas propostas da Comunidade Terapêutica na Inglaterra e da Psicoterapia Institucional na França.

Essas duas propostas trouxeram mudanças importantes, como a realização de grupos, oficinas artísticas e assembléias nas instituições, promovendo a democratização das relações e a participação dos internos nas decisões terapêuticas e institucionais. Todavia, seu limite permanece restrito a mudanças internas ao hospital que não é colocado em questão na sua função de segregação da loucura. Desviat (1999, p. 25) chega a dizer que a “[...] psicoterapia institucional é, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio”.

Birman e Costa (1994) apontam como, ao funcionarem como minissociedades, essas experiências abrem campo para a extrapolação de ações terapêuticas para o espaço social mais amplo, derivando inicialmente para as práticas de terapia familiar e, em seguida, para a “comunidade” externa propriamente dita. Para esses autores, essa prática tem um caráter pedagógico, preparando as pessoas para uma maior adaptação social e contribuindo para a promoção da “saúde mental”, que logo se tornará o novo objeto da psiquiatria. Além disso, apontam o efeito na expansão da idéia de utilização de técnicas grupais como forma de ampliar a produtividade dos profissionais.

Segundo esses autores, de todo modo, por razões econômicas, essas reformas hospitalares acabam se enfraquecendo, pois a cronificação se mantinha, os custos aumentavam e, como fator externo, a incidência de problemas mentais continuava a crescer com o surgimento de novos comportamentos classificados como patológicos, fatores que levaram à necessidade de se encontrar uma nova forma de assistência mais eficiente, ou seja, de menor custo.

Surgem, então, as propostas de reforma que buscam superar o papel central do hospital na assistência psiquiátrica: a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventivo Comunitária americana.

Essas experiências de reforma merecem uma atenção maior por resultarem na implantação de um circuito de serviços extra-hospitalares, o que faz com que, em seu aspecto formal relativo à rede de serviços, se tornem bastante parecidas com o que se propõe no Brasil a partir da reforma psiquiátrica e sua articulação com o Programa de Saúde da Família (PSF), embora se trate de propostas essencialmente diferentes em seus princípios e objetivos.

A Psiquiatria de Setor tem seus primeiros momentos por volta de 1945 e torna-se política oficial da França em 1960. Surgida da crítica de psiquiatras que não mais aceitavam a exclusão e violência dos manicômios, propõe a mudança do centro da assistência do hospital para a comunidade, dando ênfase aos serviços extra-hospitalares que deveriam ser distribuídos nos setores, áreas geográficas resultantes da divisão das cidades francesas, o que permitiria o tratamento dos pacientes no seu meio social. A essa divisão das cidades em setores deveria corresponder uma divisão interna dos hospitais, para que neles os pacientes fossem distribuídos também com relação à sua região de moradia, o que garantiria seu acompanhamento pelas equipes de saúde e a continuidade do tratamento em suas diferentes fases. Nesse sentido, propõe-se que o tratamento se dê nas etapas de prevenção, tratamento e pós-cura. O hospital continua a existir, sendo pensado, agora, como um serviço especializado para os momentos mais agudos da doença que demandem internação.

Nesse ponto reside a principal fragilidade desta proposta, pois, ao manter o hospital, mantinham-se os fundamentos do dispositivo manicomial, o que permitia sua reprodução e impedia a ocorrência de mudanças efetivas. Desviat (1999) traz dados para confirmar esse fato, ao relatar que, em 1988, foi feita uma visita ao Hospital de Saint-Anne, constatando-se as mesmas condições desumanas de vinte anos antes. Além disso, cita um relatório de 1992, encomendado pelas autoridades francesas, no qual se constatou que, naquele momento, 70% dos

setores de psiquiatria continuavam ligados a hospitais psiquiátricos, não tendo alcançado sua superação.

A Psiquiatria Preventivo Comunitária americana se institui a partir de um decreto assinado pelo presidente Kennedy, em 1963, definindo uma nova política para lidar com as doenças mentais nos Estados Unidos.

Segundo Desviat (1999), havia na época um claro consenso pela redução dos leitos dos hospitais psiquiátricos e pela oferta de serviços comunitários. Assim, o programa de atenção adotado previu a criação, em todos os EUA, de “[...] serviços para prevenção ou o diagnóstico da doença mental, para a assistência e tratamento dos doentes mentais e para a reabilitação dessas pessoas” (KENNEDY, apud DESVIAT, 1999, p. 58).

O termo desinstitucionalização surge nesse contexto de reorganização da assistência psiquiátrica, nos EUA, sendo utilizado para nomear o processo dessa reforma norte-americana que, todavia, se limita à desospitalização, ou seja, à retirada dos internos das instituições manicomiais com a proposta de oferta de tratamento externo. Segundo Desviat (1999), esse processo colocou em atendimento externo quase meio milhão de pessoas de 1955 a 1991, período em que houve redução de 558 mil para 110 mil pacientes internados em hospitais psiquiátricos nos EUA. Todavia, o autor informa que, embora o programa orientador da nova política previsse a construção de 2.000 Centros de Saúde Mental Comunitária, apenas 800 foram construídos, passando a haver carência de serviços de assistência para as pessoas que haviam saído dos hospitais.

Essa nova proposta de reforma tem sua principal formulação teórica no livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva”, de Gerald Caplan, fundamentado na História Natural da Doença de Leavell e Clark. Caplan (1980, p. 31), define a psiquiatria preventiva como um:

[...] corpo de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos, que podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir: (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (‘prevenção primária’), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (‘prevenção

secundária') e (3) a deterioração que poderá resultar desses distúrbios ('prevenção terciária')

Lemos, ainda, em Caplan (1980, p. 31): “[...] nosso enfoque é sobre o problema total com que a comunidade se defronte, e não apenas sobre os problemas de determinados indivíduos e grupos” e, mais adiante, “[...] creio que a psiquiatria preventiva deve incluir a prevenção primária como ingrediente essencial e promover a saúde mental entre os membros da comunidade”. E, por fim, “[...] **nossas atividades como psiquiatras preventivos também participam do sistema de segurança comunitária total**, por meio das quais se mantêm sob controle as respostas socialmente desviantes e a formação indevida de vítimas sociais” (CAPLAN, 1980, p. 32, grifo nosso).

Birman e Costa (1994) apontam como, nesse momento, a psiquiatria incorpora alguns conceitos básicos da Saúde Pública, fundamentalmente o de História Natural da Enfermidade, o que determinará a intervenção em três tempos: prevenção primária (intervenção nas condições e fatores passíveis de causar a doença), prevenção secundária (buscando o diagnóstico e tratamento precoces) e prevenção terciária (busca da readaptação após a melhora).

Para os autores, a grande novidade dessa proposta está na ênfase na prevenção primária, pois é a partir dessa idéia que é preconizada a intervenção em qualquer situação possível de causar distúrbio mental, buscando a adaptação e o equilíbrio das relações e do contexto social como forma de prevenir o desvio.

A ênfase na prevenção e diagnóstico leva à aplicação de questionários para a detecção precoce de pessoas passíveis de virem a sofrer de problemas mentais e, assim, como resultado das ações de captação e da extensão do que se entende como distúrbio, esses Centros passam a atender um número cada vez maior de pessoas agora vistas como necessitadas de tratamento. Desviat (1999), citando pesquisas americanas, relata que a maior parte desses serviços voltou-se para o atendimento de patologias menores, de “gente sadia, mas infeliz”, considerada como “populações de risco”, que poderiam contar com outras formas de cuidado ou com outras maneiras de lidar com seus problemas que não passassem pelo ingresso em serviços psiquiátricos especializados.

Pode-se dizer, então, que o que ocorreu foi uma “desospitalização selvagem” que levou à criação de um imaginário que persiste até hoje, identificando a desinstitucionalização com a desassistência, pois, sem serviços adequados – em quantidade e qualidade, uma vez que, além de serem poucos, os Centros de Saúde Mental Comunitária construídos não se voltavam para a atenção aos usuários com transtornos graves – as pessoas que foram liberadas dos hospitais acabavam sem assistência.

A noção de “saúde mental” que surgiu aí se identifica com o ajustamento social e as ações que, visando à sua promoção, se estenderam para todos os grupos e espaços sociais, sendo, na verdade, “[...] uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental” (BIRMAN; COSTA, 1998, p. 59). Esses autores apontam como, nessa visão, se define um novo espaço de ação para a psiquiatria: a comunidade; e um novo objeto para o qual esta deve se dirigir: a saúde mental.

A ação passa a se dar sobre problemas virtuais, o que, num primeiro momento, equivale a uma expansão do poder disciplinar, do tratamento moral, para o espaço social. Todavia, em pouco tempo, a sofisticação do discurso terapêutico que deriva daí chega ao ponto de permitir a gestão dos riscos sociais e pessoais, bem como a criação de tecnologias voltadas para a atuação terapêutica diante das fragilidades características dos modos de subjetivação próprios da organização social contemporânea, o que faz dessa “nova psiquiatria” um instrumento de poder adequado às sociedades de controle (CASTEL, 1987).

Rotelli (1990) denomina de “psiquiatria reformada” esse fenômeno no qual as mudanças representam apenas alterações na organização dos serviços, mantendo a estrutura do saber e da prática psiquiátrica. Aponta que, para os administradores, tais “reformas” tinham, sobretudo, um caráter de racionalização financeira e administrativa, sendo implantadas a partir de uma política de altas hospitalares e de redução de leitos.

Ainda que essas propostas trabalhem com a intenção de redução gradual das internações nos manicômios por meio da criação de serviços comunitários, da prevenção, da reabilitação e da multiplicação de recursos extra-hospitalares, o

que se constatou foi que, apesar da multiplicação de serviços, a internação psiquiátrica continuava a existir e os serviços comunitários conviviam com ela sem substituí-la.

Ao contrário, devido à psiquiatrização dos problemas sociais, o que aconteceu foi a criação de novas demandas, com novos contingentes de pessoas que passavam a “necessitar” de assistência psiquiátrica. Ao mesmo tempo, ocorreu a criação de novos serviços especializados como reposta para essas “demandas”, enquanto o hospital permanecia como o local adequado para o atendimento das pessoas diagnosticadas como doentes mentais graves.

Surgiu daí um circuito psiquiátrico com serviços diversos, cada um com sua área de competência, dentro do qual os usuários passavam a circular sendo encaminhados de serviço a serviço, de acordo com as especialidades, entrando e saindo das internações, no esquema conhecido como “porta giratória”, sem que seu cuidado fosse assumido como responsabilidade efetiva de nenhum deles (ROTELLI, 2001).

Campos, F. (2000), comentando sobre essas reformas, relata as três principais críticas que podem ser feitas a elas: a) não enfrentam o hospício que continua como centro de poder; b) o manejo desse poder que, em parte, sai de dentro do hospital, fica, porém, na mão dos profissionais, das corporações; c) a comunidade ainda permanece como objeto de intervenção, e não como protagonista.

Assim, como lemos em Barros, D. (1994, p. 46), essa rede difusa de serviços que surge da entrada da psiquiatria na saúde pública promove “[...] uma modalidade de contágio da cultura manicomial que reproduz a lógica da segregação mesmo fora do espaço asilar”. Nesse novo contexto, “[...] o controle que se espalha pelo tecido social, introjetado como valor, revela sua outra face, desdobrando-se em controle do imaginário e da produção da subjetividade”.

Deleuze (1992) também faz um alerta sobre a utilização desses mesmos serviços, hoje propostos como promotores de transformações, como novos instrumentos de poder tal como exercido nas sociedades de controle. Nestas, ao invés de disciplinar e confinar trabalha-se com o controle contínuo que se exerce em meio

aberto, o que pode ocorrer nos tratamentos também contínuos, sem fim e dispersos em todos os espaços.

Castel (1978) fala sobre essa nova configuração da medicina mental como sendo um novo *aggiornamento* da psiquiatria, correlato de uma transformação profunda das formas de imposição do poder dominante que se manifesta, por sua vez, por meio de novos dispositivos de controle. A psiquiatria, assim, consegue modificar bastante sua forma de exercício, mantendo, porém, sua tradição de controle.

Trata-se, então, de estarmos atentos, pois, como já dissemos, a rede de serviços que podemos vir a ter no Brasil, ao implantar serviços territoriais articulados com o PSF, pode ter um formato bastante semelhante ao dessa rede constituída a partir da proposta da Psiquiatria Preventivo Comunitária, sendo a diferença entre elas derivada “apenas” da clareza das matrizes conceituais próprias de cada projeto de reforma. Por essa proximidade aparente, detalharemos, ainda, alguns elementos constituintes dessa proposta.

Primeiro, cabe lembrar que a proposta americana, a partir da aceitação de uma suposta história natural da doença mental, organiza-se pela lógica da simplificação do problema, o que permite uma organização burocrática da assistência na forma de uma rede de serviços hierarquizada na qual a assistência irá se organizar a partir do momento e do grau da doença diagnosticada pelos técnicos.

Além desse aspecto mais operacional, devemos lembrar que é a noção de prevenção que preside as ações propostas na Psiquiatria Preventivo Comunitária, e ficarmos atentos para a pregnância que o preventivismo ganha a partir daí.

Para Amarante (1998, p. 41), “O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”.

Costa (1987) aborda o discurso preventivista como uma das três formas tomadas pelo discurso psiquiátrico na modernidade e o descreve como aquele que reduz o indivíduo à massa, atuando sobre todo o espaço social. Trata-se de um discurso que se dirige ao Estado, ganhando legitimação a partir de práticas que dão reconhecimento à importância social da psiquiatria. As outras duas formas

tomadas pelo discurso psiquiátrico seriam o discurso organicista, que resulta na valorização do uso dos psicofármacos e de outras práticas médicas, como a lobotomia e o ECT, e o discurso psicoterápico, que visa ao indivíduo e à família prometendo o equilíbrio e a normalidade. Todas as correntes psicoterapêuticas poderiam ser aqui incluídas.

Foucault (1984, 1997) aponta essas mesmas duas vias tomadas pela psiquiatria moderna, descrevendo-as como processos de “despsiquiatrização” que não anulam o poder médico, mas que o deslocam, dando-lhe novos pontos de aplicação e novas medidas. O caráter despsiquiatrizante estaria ligado ao fato de que essas novas medidas, supostamente, não estariam mais submetidas ao mandato de controle social, mas sim a um saber mais exato e asséptico baseado no organicismo ou, ainda, a técnicas terapêuticas que não anulam o poder do médico, mas que pretendem livrá-lo da cumplicidade com os obscuros saberes e mandatos que circulavam no asilo.

Voltando ao preventivismo, Lancetti (1989) aponta que, na psiquiatria preventiva, as ações propostas têm a característica de “provisão de suprimentos” (físicos, psicossociais e socioculturais), o que lhes dá a característica de ações supletivas. Ou seja, as pessoas são vistas como carentes de educação e cultura tanto quanto de recursos materiais, o que leva à valorização das ações educativas como forma de prevenção. Esse tipo de prática, tendo como base o discurso preventivista, “[...] visa à neutralização do conceito de classe social, a despolitização dos movimentos comunitários”. Assim, “[...] sua intencionalidade e eficácia consistem na captura dos movimentos autogestivos e a *produção de sujeitos carenciados*” (LANCETTI, 1989, p. 84, grifo nosso), tratando-se de uma prática perversa na qual o profissional fica como um “multiplicador de carências”, produzindo indivíduos desvitalizados e dependentes.

Acreditamos poder aproximar essa leitura de Lancetti do que Baptista (1999) formula sobre os “manicômios invisíveis” relativos ao olhar humanista liberal, próprio da era moderna, que, em geral, só vê carência e necessidade na singularidade de certos modos de existir. Com relação ao tema da reforma psiquiátrica e das pessoas que deixam os manicômios, esse olhar acaba por

resultar na invisibilidade da singularidade própria de seu modo de ser, que fica coberto pela identidade de ex-pacientes psiquiátricos, além de que esse olhar não pode ver nada.

Lancetti (1989), embora assuma que a prevenção pode e deve ser realizada em algumas áreas (saúde do trabalhador, pediatria, etc.), afirma que, no campo da saúde mental, devemos pensar na prevenção em dois planos: a prevenção do manicômio e a prevenção da própria prevenção. Da mesma forma, Rotelli (2001, p. 71), declara que “[...] ‘prevenção’ não pode ser outra coisa senão prevenção da instituição e do seu poder de etiquetamento, seqüestro, expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade”.

Quanto à organização de serviços, a crítica de Lancetti (1989, p. 86) vai no sentido de que as equipes da atenção primária, com suas ações estandartizadas, acabam por produzir novas demandas. Para o autor, uma prática inovadora exigiria “[...] menos estandartização e sistematicidade e mais invenção”.

Ainda sobre o preventivismo, Campos, F. (2000) afirma que, também na Inglaterra, esse modelo predominou sobre as comunidades terapêuticas. Porém, a autora destaca que, enquanto na Europa os projetos de reforma trabalhavam com a responsabilização do Estado, nos EUA a “comunidade” é que era responsabilizada pelos problemas ou dificuldades individuais. Trata-se do modelo da Psiquiatria Preventivo Comunitária que ganha força a partir do reconhecimento das organizações mundiais para a saúde, a OMS e a OPAS, passando a ser disseminado pelo mundo.

Para Lancetti (1989), tanto no preventivismo americano como na proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), a idéia de comunidade harmônica, equilibrada e sem conflitos está presente. Entre os autores do campo da reforma brasileira, esse não nos parece ser o único ponto de aproximação entre as duas propostas. Para eles, a concepção de atenção primária, no que concerne ao campo da saúde mental, em geral passa a ser identificada com o discurso preventivista derivado da Psiquiatria Preventivo Comunitária americana. Esse discurso resultaria necessariamente em um modelo burocrático de organização de serviços em redes hierarquizadas por níveis de complexidade, com rígida definição de

competências para cada nível, o que impediria a oferta de atenção integral necessária para se alcançar a superação do manicômio. Daí a crítica radical e a recusa de qualquer proposta que tivesse algum desses princípios como referência, devido à absoluta incompatibilidade entre os fundamentos do discurso preventivista e o corpo conceitual da desinstitucionalização.

Concordamos plenamente com essa crítica nas situações em que de fato as propostas de serviços partem da convergência dessas duas perspectivas: a da APS e a da Psiquiatria Preventivo Comunitária. Todavia, acreditamos que no presente tal postura pode gerar alguns impasses considerando o fato de o SUS, tal como foi instituído e regulamentado, trazer a hierarquização como um de seus princípios, além de ter na reorganização da atenção primária o eixo estruturante para a construção do novo modelo de atenção que preconiza. E é na tentativa de encontrar caminhos em meio a esse possível impasse, que este trabalho se constituiu. Para tanto, no capítulo seguinte, faremos um resgate histórico e conceitual da doutrina da APS, visando especificamente a esclarecer sua influência como um dos determinantes da organização do SUS.

2.4 ALGUNS CONCEITOS “OPERACIONAIS”

Denominamos operacionais a alguns conceitos que têm efeitos diretos na operacionalização das propostas da reforma, devendo ser considerados com cuidado e rigor no momento da organização de serviços e ações voltados ao objetivo da desinstitucionalização, tarefa importante, inevitável e necessária, pois –ainda que a proposta da reforma vá além da reestruturação da assistência –, persiste a exigência ética de nos responsabilizarmos pela oferta de cuidado. Assim, trata-se de nos deixarmos afetar pelos princípios da reforma sem perder nosso lugar de ação, sem nos perder e sem nos deixarmos captar pela tendência à repetição e/ou à dominação do outro.

E portanto não há por que se iludir. Existe ainda necessidade de uma instituição para prosseguir a desinstitucionalização, de um poder/saber para desmontar os poderes e os saberes do território; do próprio papel profissional para desmascarar a normatividade codificante das especializações e sua cumplicidade na reprodução da miséria e na

ampliação da lógica do suspeito. Continuar a se fazer reconhecer como autoridade terapêutica (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc...), a dar medicação, a internar quando necessário: correr o risco de produzir 'psiquiatrização', se isso quer dizer continuar a direcionar a instituição para procurar aderir, entretanto, a qualquer tipo de demanda e necessidade (sem selecionar, distribuir, expulsar em nome de pertinência às normas e competências especializadas do próprio papel) (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 83).

Assim, se pretendemos oferecer o cuidado necessário, rejeitando a proposta hospitalar e evitando reproduzir sua lógica nos serviços substitutivos, é necessário tentar esclarecer algo sobre a lógica que irá orientar a estruturação desses novos serviços, motivo que nos leva a tratar do conceito de serviços territoriais. Como essa lógica tem por função fazer cumprir um objetivo que é o de promover ou possibilitar uma nova relação social com a loucura, também trataremos do conceito de inserção/reinserção social. Por fim, considerando que a atenção construída dentro dessa proposta vai além da tradicional assistência médico/clínica que se dirigia à doença, preocupando-se com a "existência sofrimento" das pessoas, abordaremos o conceito de atenção psicossocial.

➤ **Serviços territoriais**

Como vimos, desde que o hospital psiquiátrico entra em questão como lugar de tratamento, a comunidade surge como o espaço ideal de intervenção e os serviços passam a ser descritos como "serviços comunitários". Já na desinstitucionalização de tradição basagliana, falamos em "serviços territoriais" ao nos referirmos à rede de serviços de atenção propostos com o objetivo de substituir o hospital.

O foco na "comunidade" surge na década de 1960, com o advento, nos EUA, da Medicina Comunitária. Segundo Franco e Merhy (2003, p. 74), essa proposta surge a partir de um discurso de combate à pobreza, "[...] como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso a eles, de amplas camadas da população". Foi nesse mesmo contexto que surgiu a Psiquiatria Preventivo Comunitária de Caplan, da qual já falamos acima.

Como apontam Birman e Costa (1998), o conceito de comunidade aí adotado é o da “comunidade cooperativa” proposta por Tönnies, estilo de comunidade em que predominariam os laços de solidariedade e uma harmonia que a tornaria potencialmente terapêutica e propensa a se engajar num projeto de promoção coletiva da saúde mental de seus membros. Os autores argumentam que se trata de um tipo de comunidade praticamente inexistente no caso das médias e grandes cidades brasileiras, sendo, então, um conceito inadequado à nossa realidade.

Na verdade, acreditamos que se pode dizer que essa pretensa comunidade harmônica e natural de fato já não existe na sociedade industrial moderna. Segundo Bauman (2003), essa comunidade descrita por Ferdinand Tönnies seria portadora de um “entendimento compartilhado por todos”, natural e espontâneo, tácito “por sua própria natureza”, “recíproco e vinculante”, possibilitando a união de todos “a despeito de todos os fatores que os separem” (BAUMAN, 2003, p. 16). Para o autor, tendo em vista as condições da sociedade moderna, esse tipo de comunidade só seria possível em sonhos. Mesmo se pensarmos numa comunidade harmônica, na modernidade esta se distinguiria por se constituir a partir de um entendimento consensual, “democraticamente” negociado, considerando-se os diferentes interesses presentes. Isso porque a modernidade, embora por um lado produza a massificação das populações, se constrói com base nos valores capitalistas do individualismo e da competição, o que resultou numa civilização em que “[...] a população não é um conjunto homogêneo, uma ‘comunidade’, mas um composto social diversificado de classes e camadas sociais, em que as necessidades e os interesses econômicos, político e sociais são diversos” (LUZ, 1994, p. 86).

Além disso, na proposta da Psiquiatria Preventivo Comunitária, essa comunidade permanece como objeto passivo de uma intervenção voltada a adaptar os possíveis desviantes. Qualquer discordância dos valores comuns já poderia entrar para o campo dos desvios e/ou das doenças mentais. Trata-se mais de disciplinar o funcionamento social, responsabilizando as pessoas pelos problemas, que de contar com as pessoas da “comunidade” como protagonistas na construção de seu destino.

Essa ilusão de harmonia comunitária é negada na perspectiva da desinstitucionalização que trabalha com a complexidade conflitiva das relações humanas e sociais. São essas características que estão presentes na concepção de território, concepção fundamental no novo campo de atenção que se constitui a partir da desinstitucionalização.

Segundo Giovanella e Amarante (1994, p. 145), “[...] a substituição da idéia de comunidade pela de território não visa apenas estabelecer uma distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária”. Trata-se de concepções diferentes sobre o social, sobre as pessoas e sobre os objetivos da ação, que deixam de ser os de adaptação a uma ordem dada e considerada natural e passam a ser os de invenção de formas de vida mais justas, solidárias e criativas.

O conceito de território é comum ao campo da saúde pública, no qual se propõe também a territorialização dos serviços como um dos princípios para a organização dos sistemas de saúde. Dentro dessa concepção, Mendes (1995) destaca que existem ao menos duas formas de entender o território: na primeira, este é entendido como espaço físico, naturalizado e geográfico, o que estaria dentro de uma perspectiva mais tradicional de saúde; na segunda concepção, derivada da obra de Milton Santos, o território é definido “[...] como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento” (SANTOS, apud MENDES, 1995, p. 265). Em Mendes (1995, p. 166) o território é visto:

[...] como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução. Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos.

Voltando ao campo da desinstitucionalização, vemos que os serviços devem se organizar com a característica de inserção territorial, o que implica:

[...] conhecer a região globalmente, as necessidades dos usuários, o percurso da demanda psiquiátrica; conhecer e intervir nas organizações institucionais, descobrir recursos, potencialidades. Diferente do serviço extra-hospitalar, da presença física na região, ou da concepção de comunidade como espaço de prevenção, a prática territorial requer permeabilidade entre instituição e região, estabelecer pontos de contato, construir alianças, implicar-se nos conflitos, articular alternativas de inserção dos usuários, produzir e elaborar conjuntamente respostas à demanda. Ou seja: ao mesmo tempo se constituir em espaço de referência e desenvolver/potencializar no território momentos de garantia, redes de relações, de possibilidades, de sustentação e de tutela. O trabalho territorial é lento, processual e vem sendo construído na articulação entre diferentes ações (NICÁCIO, 1994, p. 96).

Operacionalmente, a prática territorial permite:

‘Estar com’ os sujeitos nos momentos agenciadores de encontro, nas festas, na rua, nas situações-limite, nos passeios no Horto, na Rádio Rap, nos conflitos existentes. Enfim, acompanhá-los em um intenso processo de propiciar a entrada nas redes sociais, mediar relações, estimular outras formas de leitura do sofrimento, de contato com os loucos (NICÁCIO, 1994, p. 96).

Nessas citações, podemos ver que se trata de toda uma nova forma de trabalho, que só se concretiza se, além da territorialização, for adotado também o princípio da “tomada de responsabilidade”. No contexto da desinstitucionalização italiana, essa expressão é utilizada para denominar um princípio que define que o serviço e cada profissional deve se comprometer com o acolhimento de *todas* as demandas que chegarem até ele, “[...] eliminando todos os filtros burocráticos e administrativos, favorecendo as mais variadas e informais modalidades de acesso, sem colocar qualquer intenção seletiva e, portanto, de encaminhamento” (DELGADO, 1991, p. 56).

Trata-se da disposição – e do compromisso – de acolher a pessoa que sofre nas diversas formas e momentos desse sofrimento, reconhecendo que a complexidade da vida dessa pessoa a levará a demandar do serviço ações diferenciadas, coerentes com os diferentes momentos de sua vida e de seu sofrimento. Assim, um mesmo serviço deve oferecer atenção desde os momentos

de crise até as ações de reinserção social, abolindo a lógica do encaminhamento própria dos serviços que se organizam de forma hierarquizada. Nestes, mesmo com os profissionais e o serviço como um todo atuando de forma responsável, sua atuação deve se limitar à realização do diagnóstico, à avaliação sobre se a situação apresentada está dentro da competência (ou do nível de complexidade) do serviço e ao encaminhamento da pessoa a outro serviço, caso o problema não se encaixe no perfil do primeiro serviço procurado. Ainda que tecnicamente essa lógica pareça correta, o que em geral acontece é que as pessoas acabam circulando por vários serviços, cada um realizando uma parte do tratamento, sem se comunicar entre si, o que pode significar que, mesmo que cada serviço cumpra sua responsabilidade, no fim, nenhum deles se “responsabiliza” de fato pela atenção integral e pela resolução dos problemas das pessoas.

Saraceno (2001) chama de “integração externa” à postura de abertura aos recursos do território, apontando a necessidade de esses serviços conseguirem lançar um olhar transformador sobre os recursos existentes, não se limitando a reproduzir os usos estabelecidos, escapando da tendência ao ocultamento e simplificação presentes na tradição psiquiátrica. Diante da complexidade das situações surgidas, trata-se de conseguir enxergar, transformar, criar recursos que permitam a invenção de estratégias para responder a essas questões.

[...] Quando falamos de integração externa nos referimos à forte permeabilidade do serviço a saberes e recursos circundantes a este, existentes e não vistos, e tampouco utilizados. O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos (SARACENO, 2001, p. 98).

Aqui cada pessoa, cada profissional, cada família – a comunidade – se tornam uma grande fonte de recursos, não sendo mais pensados/vistos como custos ou como objetos passivos de intervenção. “‘Gente’ que se transforma em recurso e deixa de ser ‘custo’ gera conflito e do conflito pode se defender” (SARACENO, 2001, p. 106). Assim, as pessoas passam a ser vistas como protagonistas, capazes de ter sempre uma participação ativa na construção de estratégias de enfrentamento dos problemas que as atingem.

Trata-se, então, de entender a territorialização não apenas como “Processo de definição das áreas de abrangência dos serviços de saúde locais [...]” (SAMPAIO; LIMA, 2002, p. 74), mas sim de compreendê-la como uma nova forma de trabalho na qual a ética da responsabilização e da invenção compareça.

Destacamos que é apenas na conexão da territorialização com o princípio da “tomada de responsabilidade” que poderemos tornar efetiva e operacional essa noção de “serviços territoriais”, pois, mesmo com uma definição precisa de território, se a utilizarmos sem falar em responsabilização total pela atenção às pessoas que nele vivem, com a conseqüente flexibilização e diversidade dos serviços/recursos, estaríamos apenas refinando nosso arsenal de conceitos, sem que deles resultassem mudanças concretas no campo da assistência.

➤ **Inserção/reinserção social**

No campo da reforma, alguns termos são por vezes utilizados de maneira indiferenciada, como reinserção social, ressocialização e reabilitação psicossocial. Não nos deteremos na discussão das diferenças ou origens de cada uma dessas denominações, pois, ainda que consideremos de essencial importância a clareza quanto às matrizes conceituais que dão seu fundamento, aqui nosso objetivo estará limitado à busca de uma maior clareza quanto ao que as práticas descritas por essas diferentes denominações visam ao serem utilizadas dentro da proposta da desinstitucionalização. Essa questão se torna importante dentro de nosso objetivo, pois, em seu limite, trata-se de compreender o que esperamos dos serviços no contexto de reforma.

No relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), no capítulo 12, referente aos direitos dos usuários, a ressocialização é definida como “[...] direito à cidadania e às condições humanas de vida e de tratamento” (BRASIL, 1994, p. 56).

Sobre a cidadania do paciente psiquiátrico, Saraceno (2001, p. 18) diz que esta “[...] não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível”.

Nota-se, desde já, que a questão da cidadania marca de modo pregnante o entendimento do que se propõe como ressocialização ou reabilitação psicossocial. Essa não é entendida como a “[...] substituição da desabilitação pela habilitação, mas [como] um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” (SARACENO, 2001, p. 112).

Trata-se, então, de um processo que visa a abrir espaços de negociação nos quais sejam reconhecidos os recursos que cada um possui para participar das trocas sociais, garantindo a participação de todos como cidadãos plenos e viabilizando o aumento do poder de contratualidade real dos sujeitos envolvidos.

Essa contratualidade ou capacidade contratual equivale à produção de valor social, ou seja, à capacidade de negociar, de se colocar e se conduzir nos espaços sociais. “Esta é a grande troca afetiva e material do ser humano; a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas. O processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania [...]” (SARACENO, 2001a, p. 16).

Kinoshita (2001, p. 55) declara que falar em reinserção social remete sempre à questão da:

[...] produção de valor, referido aos pacientes. Partimos do pressuposto que no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que lhe daria o seu *poder contratual*.

Nesse sentido a reabilitação/reinserção não é uma técnica que vise à adaptação entendida como normalização ou disciplinarização, nem também é habilitação pedagógica voltada à conformidade com modelos ideais. A reinserção é processo, é “exigência ética”, é construção, é uma “estratégia global”, que “Implica uma mudança total de toda a política dos serviços de saúde mental” (SARACENO, 2001a, p. 14). Para Pitta (2001, p. 21), “*Reabilitação Psicossocial* é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidado para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados”.

Entendida dessa maneira, a reabilitação/reinserção social deixa de ser uma técnica aplicada dentro dos serviços, passando a se constituir na própria lógica que deve regê-los. Os serviços devem ter como fim, como compromisso ético, promover a reinserção social, a cidadania, oferecendo cuidados que alcancem essa dimensão e que possibilitem a conquista de valor contratual pelos seus usuários. A multiplicidade das redes de relações deve orientar os serviços para fora, para o social, para seu entorno, o território, não se contentando com uma prática que mantenha seu padrão de excelência limitado em avanços/mudanças nas condutas internas.

➤ **Atenção psicossocial**

Venâncio, Leal e Delgado (1997) falam de “Campo da Atenção Psicossocial”, apontando duas noções que lhe dão identidade: a noção de atenção, e a noção psicossocial.

A primeira noção – ‘atenção’ – parece vir substituir palavras mais correntes como ‘clínica’, e dar uma nova dimensão ao tipo de ‘cuidado’ que se pretende - um cuidado que não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas que se propõe a compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado. Estar alerta ao que estes sujeitos podem nos dizer e que não conhecemos ainda torna-se um exercício de extrema relevância para a construção desse cuidado, visto que ele não se sustenta sobre pressupostos de universalidade e essencialidade absolutas da subjetividade humanas (VENÂNCIO, LEAL E DELGADO, 1997, p. VII).

Já a noção “psicossocial”,

[...] vem da percepção de que qualquer cuidado que se pretenda ‘atenção’ deve tentar lidar com duas dimensões de nossa moderna existência, numa tentativa incessante de vê-las de modo mais complexo, de integrá-las uma à outra e de conceber o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que passa a ser comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade (estética, artística); e a dimensão social, que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a idéia inespecífica de ‘sociedade’, passando a contemplar espaços importantes como o do lazer. Com este novo significado dado ao ‘social’ as próprias concepções de família ou

trabalho com que nos deparamos podem aparecer modificadas, mais abrangentes, menos exclusivas (VENÂNCIO, LEAL E DELGADO, 1997, p. VII).

Além disso, os autores apontam o fato de esse campo se constituir a partir de uma diversidade de temas, de perspectivas teóricas, de experiências, etc., próprias da reforma psiquiátrica brasileira, além de uma diversidade de vozes que falam em seu nome: profissionais, usuários e familiares. Assim, situam nessa diversidade a riqueza do campo da atenção psicossocial que tem se constituído como um “novo paradigma do cuidado em saúde mental”, surgido da superação do antigo paradigma asilar.

Costa-Rosa (2000), autor que desenvolve a noção de “Modo Psicossocial”, já descrito anteriormente, fala do campo da atenção psicossocial que deve ser entendido “[...] como um novo paradigma, [que] inclui, como seus componentes necessários, os conceitos e as práticas englobadas nas políticas de Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial” (COSTA-ROSA, 2003, p. 13).

Em sua descrição, o conceito de atenção psicossocial pode ser considerado representativo do conjunto das práticas substitutivas ao modelo asilar, incluindo tanto as práticas descritas como de reabilitação como as de apoio psicossocial, além de manter a abertura necessária para a inclusão de inovações que venham a se constituir no processo da desinstitucionalização.

Consideramos importante destacar um ponto trabalhado por Costa-Rosa (2003), relativo à utilização do termo “psicossocial”. Trata-se da passagem desse termo da categoria de adjetivo à força de um conceito. Como adjetivo, o termo psicossocial já vinha sendo utilizado pelas experiências de reforma psiquiátrica que trabalham pela via da união ou articulação de seu objeto original (a doença mental) com aspectos psicológicos e sociais. Acrescentamos que, em algumas áreas da psicologia, esse termo se faz presente numa perspectiva semelhante no sentido de ser utilizado como designação de fatores constituídos na articulação do psicológico com o social, o que mantém sua característica de adjetivo.

A hipótese levantada é de que, a partir das contribuições do pensamento crítico da reforma, que na sua amplitude significam a desconstrução do paradigma

asilar/manicomial, o termo psicossocial – que passa a ser utilizado para “[...] designar os novos dispositivos institucionais (CAPS e NAPS) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética [...]” – pode aspirar ao estatuto de conceito, descrevendo as “[...] práticas de saúde mental coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria” (COSTA-ROSA, 2003, p. 19).

Discutidos esses três conceitos, podemos verificar que a articulação entre eles se dá no ponto em que todos falam da produção de uma nova forma de cuidado na qual o foco é na pessoa, na existência e no sofrimento presente e não na doença. O objetivo é a produção de novas possibilidades de vida nas quais cada um possa participar da rede social com seu próprio estilo e modo de ser, o que é expresso na noção de cidadania.

Para que essas proposições não existam apenas como discurso, é necessário que os novos serviços se insiram no território não apenas como recursos técnicos para responder aos problemas de saúde, mas que também assumam seu papel político sempre presente, tornando-se dispositivos de produção do novo: novas formas de trabalhar em saúde, novas formas de cuidar, novas formas de vida e de viver.

Como os serviços não existem por si mesmos, ganhando concretude apenas a partir das pessoas e práticas nele desenvolvidas, a mudança só ocorrerá se essas pessoas, os profissionais de saúde, se voltarem para as chamadas novas práticas, tornando-se, assim, novos trabalhadores sociais. É por essa razão que definimos o nível micropolítico como nosso nível de análise.

Porém, uma vez que dirigimos nossa investigação não para serviços específicos de saúde mental, mas para as Unidades de Saúde do SUS, antes de chegar a esse nível, faz-se necessário trabalhar também uma outra série de conceitos que incidem sobre esses serviços, o que será discutido no próximo tema.

3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

“[...] com que contamos: em primeiro lugar com o PSF que não é o partido socialista francês, mas o Programa de Saúde da Família, no dizer de David Capistrano, ‘o caminho brasileiro concreto para construção do SUS’”

Antonio Lancetti

A atenção primária à saúde (APS) firma-se como doutrina em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Seus princípios e diretrizes foram registradas no documento final da Conferência, a Declaração de Alma-Ata (Anexo A).

Disseminada pela OMS e pela OPAS como base para a reforma e organização dos sistemas nacionais de saúde e como principal estratégia para alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, definida na Assembléia Mundial de Saúde de 1977, a APS ganha ampla divulgação e, a despeito das grandes mudanças ocorridas no mundo desde seu surgimento, mantém-se em pauta até o presente como tema essencial no que se refere à organização dos sistemas de saúde. A atualidade da APS pôde ser confirmada nas várias manifestações comemorativas dos 25 anos da Conferência de Alma-Ata, em 2003, quando o compromisso com essa proposta foi renovado pela OMS (OMS, 2003) e também em várias instâncias da OPAS (OPAS 2003, 2003a, 2003b, 2003c)

No Brasil, a APS mantém-se em pauta e se faz presente como eixo estruturante para a organização do novo modelo de atenção preconizado pelo SUS. “A expansão do PSF/PACS, reconhecidos como estratégias para o fortalecimento da atenção básica nos sistemas municipais de saúde aconteceu como parte do processo de **fomento ao nível primário de atenção** [...]” (BRASIL, 2000, p. 5, grifo nosso).

Consideramos que talvez essa presença da APS como base da organização do SUS nem sempre fique tão explícita pelo fato de haver algumas particularidades com relação à sua adoção no Brasil.

A reforma da atenção primária é uma realidade em todo o mundo [...]. No entanto, a estratégia brasileira guarda suas particularidades como a busca da universalidade do acesso, a composição das equipes e o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, a descentralização da gestão e a política de incentivo e suporte do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde, o que em encontros internacionais tem despertado interesse dos participantes e autoridades estrangeiras, sendo reconhecido como o 'modelo brasileiro' de atenção primária (SAMPAIO; LIMA, 2002, p. 20).

Não foi apenas no Brasil que a APS ganhou características particulares em função do contexto nacional e da proposta político-sanitária do País. Na verdade, a diversidade nas formas de implementação da APS tem sido reconhecida pela OMS, que a coloca como característica inerente dessa proposta. No documento de 2003, em que analisa as perspectivas e estratégias da APS para o futuro, a OMS declara que, "Dada esta variedade, as soluções da APS não podem ser estandartizadas, o que se reflete na considerável diversidade encontrada nos modelos locais de APS ao redor do mundo" (OMS, 2003, p. 17, tradução nossa).

Independente das formas de implementação, que podem variar sem comprometer os princípios da APS, David Tejada de Rivero (2003), subdiretor da OMS em 1974 e um dos principais organizadores da Conferência de Alma-Ata, afirma que o sentido original da proposta em geral tem sido mal interpretado e distorcido a partir de simplificações conceituais e questões conjunturais geradas pelo modelo hegemônico mundial que "[...] confunde a saúde e seu cuidado integral com uma atenção médica refrativa e centrada quase que exclusivamente na enfermidade" (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 3).

De fato, segundo Mendes (1996), hoje podemos constatar a existência de diversas interpretações do significado da doutrina da atenção primária, sendo mais comuns a compreensão da APS como: a) uma estratégia para o reordenamento do sistema de saúde que afetaria todo o sistema e toda a população suprida por este; b) um programa, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos, com objetivos restringidos à satisfação de algumas necessidades elementares de grupos humanos em situação de extrema pobreza e

marginalidade; e c) uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Embora declare haver uma superioridade da primeira interpretação sobre as demais, o autor considera que, para fins práticos, seus resultados são discutíveis, uma vez que sua decodificação e aceitação entre políticos e administradores é difícil, tornando pouco viável sua aplicação. Quanto à segunda, Mendes (1996) expõe que é a mais comum nos países do Terceiro Mundo, em que a APS é entendida como programa marginal, dirigido a populações marginalizadas de regiões periféricas, tratando-se, portanto, de uma política compensatória que cristaliza as desigualdades sociais existentes. Para o autor, essa interpretação se materializa na proposta político-ideológica da APS seletiva e complementar dentro da medicina tradicional, oferecendo tecnologias simples, de baixo custo, com pessoal pouco qualificado e sem referências aos níveis secundário e terciário, além de incluir a “[...] retórica da participação comunitária” (MENDES, 1995, p. 272).

Considerando os problemas ligados as duas interpretações anteriores, Mendes (1996, p. 273) declara adotar a definição da APS como nível de atenção, “[...] concebendo-a, contudo, como estratégia que já não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mas seu nível de atenção primária”. De todo modo, a APS assim entendida é considerada a base de um sistema nacional de saúde e acaba por possibilitar a reordenação dos níveis secundário e terciário, alcançando o objetivo de reorganizar todo o sistema.

Tendo em vista os aspectos da atualidade da APS no SUS, a diversidade de interpretações existentes e as muitas críticas que a ela se faz, consideramos importante buscar um resgate histórico e conceitual dessa proposta, de modo a podermos ter maior clareza ao investigar o tema na sua relação com as propostas da reforma psiquiátrica.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tejada de Rivero (2003), expondo a situação que levou à organização da Conferência de Alma-Ata, relata que, nas décadas de 1960 e 1970, a OMS dedicou maior atenção ao estudo de experiências desenvolvidas em países pobres ou em desenvolvimento que demonstravam a possibilidade de se construir outras respostas para os problemas de saúde, diferentes das oferecidas pelo modelo médico hegemônico.¹¹ Dessas experiências, destacavam-se as desenvolvidas na Índia, na China e em alguns países da África e da América Latina.

Com essa finalidade, em 1973 e em 1974, foram enviadas duas missões à China, país que desde 1965 desenvolvia, por meio dos Comitês Comuns e orientadas por responsáveis pela saúde conhecidos como “médicos descalços”, um conjunto de atividades que envolviam a:

[...] organização da comunidade local; atenção aos anciãos; promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras; ajuda a escolas e serviços em geral; organização do povo para cuidar da saúde ambiental; realização de cuidados preventivos e tratamentos que incluíam o uso de ervas medicinais; apoio à ordem social no tráfego, policiamento e incêndios e promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para movimentos de massa contra as ‘quatro pestes’, limpeza das casas, quintais e ruas, orientação de hábitos higiênicos, manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples (utensílios, pílulas e poções) e controle da limpeza de locais públicos (FERREIRA; BUSS, 2001, p. 8).

¹¹ Segundo Franco e Merhy (2003, p. 72), esse modelo “[...] desenvolve-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado – equipamentos/máquinas e fármacos – seguindo a trilha de extraordinário desenvolvimento tecnológico nessas áreas”. Esse modelo é também denominado de modelo flexneriano, uma vez que tem suas bases no Relatório Flexner, documento produzido nos EUA, em 1910, e que organizou um modelo de prática médica que se tornou hegemônico no mundo. Para Mendes (1995) esse modelo conforma um “paradigma clínico” que “[...] estrutura uma lógica tecnoassistencial baseando-se na doença e de intervenções através de processos de trabalho informados pela clínica” (MENDES, 1995, p. 141). Esse autor coloca como elementos desse modelo: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, o especialismo, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa.

Em 1975, sob influência dessas experiências, a necessidade e a urgência de novos enfoques do cuidado à saúde já se colocam, e o diretor geral da OMS lança a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” (SPT-2000), oficialmente adotada pelos Estados Membros em 1977.

Segundo Tejada de Rivero (2003), a proposta da SPT-2000, que, para ele, também foi mal interpretada, teve o caráter de uma meta social a ser perseguida e que “[...] tratava de alcançar um nível de saúde que permitisse a todos, sem exceções nem marginalizações, levar uma vida social e produtiva economicamente”. Quanto à referência ao ano 2000, o autor relata que essa seria uma data em que “[...] todos os países do mundo já teriam desenhado suas estratégias políticas a respeito e já estariam em processo claro de execução de medidas concretas tendentes a alcançar esta meta social em prazos variáveis” (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 4, tradução nossa).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, identifica a atenção primária como a principal estratégia para atingir a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”.

Todavia, esse autor considera que a proposta tem sido mal interpretada e mesmo distorcida e apresenta alguns fatores que podem estar entre os responsáveis por essa distorção. Assim, declara que a denominação de “atenção primária de saúde” veio de uma percepção errada de alguns componentes das experiências que inspiraram as propostas de SPT-2000, principalmente da experiência chinesa dos “médicos descalços”, que foi compreendida de forma superficial e simplista, o que teve efeitos na interpretação do conceito de APS.

Além disso, lembra que o termo original em inglês era “cuidado” e não “atenção”, sendo que o primeiro, de conotação mais ampla e integral,

[...] denota relações horizontais, simétricas e participativas, enquanto que atenção é vertical, assimétrica e nunca participativa em seu sentido social. O cuidado é mais intersetorial e, em troca, a atenção vem facilmente não só como setorial, senão como institucional ou de programas isolados e serviços específicos (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 5, tradução nossa).

Já sobre o termo “primário”, o autor esclarece que existem várias acepções, havendo duas delas que são quase opostas: “[...] uma relativa ao ‘primitivo, pouco civilizado’; e outra ao que é ‘principal ou primeiro em ordem de grau’”. Devido à compreensão simplista das experiências que inspiraram a proposta, o primeiro sentido tornou-se mais pregnante, a despeito do fato de que o “[...] espírito de Alma-Ata se referia ao segundo” (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 5, tradução nossa). O autor destaca, ainda, que

- [...] a declaração reitera a definição de saúde da OMS e agrega os conceitos de que a saúde ‘é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é um objetivo social muito importante em todo o mundo’. Ademais, o texto diz que sua realização ‘exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde’ [referência ao item I da Declaração de Alma-Ata];
- Na declaração [...] a atenção primária ‘forma parte integrante tanto dos sistemas nacionais de saúde como do desenvolvimento social e econômico global (em um sentido multissetorial e não mundial)’, e é ‘a função central e o núcleo principal’ de ‘todo’ o sistema. [Referência ao item VI da declaração, UNICEF-BRASIL, 1979, p. 3] (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 5, tradução nossa).

A partir desses pontos, defende que APS “[...] não foi nunca uma parte isolada do sistema, nem muito menos circunscrita à atenção mais periférica e de baixo custo para os pobres” (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 5, tradução nossa). Em sua concepção, a melhor forma de expressar a genuína APS seria: “Cuidado Integral da Saúde para Todos e por Todos” – multissetorial e multidisciplinar, promocional e preventivo, participativo e descentralizado.

Para o autor, a impaciência para alcançar resultados tangíveis suplantou a necessidade de se lidar com as dificuldades inerentes aos processos de mudanças, e, assim, “[...] algumas agências internacionais, das Nações Unidas e privadas, contribuíram para as distorções do conceito e para práticas alheias à proposta original da atenção primária de saúde” (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 7, tradução nossa).

A chamada 'atenção primária de saúde seletiva', os 'pacotes' de algumas 'intervenções de baixo custo' como GOBI e GOBI-FFF (siglas em inglês para monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, lactância materna, suplementos alimentares, alfabetização de mulheres e planificação familiar), assim como outras formas contrárias ao espírito e conceitos de Alma-Ata, constituíram um desvio que contribuiu para aumentar as distorções (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 7, tradução nossa).

Por fim, referindo-se à contemporaneidade, afirma que:

[...] as condições que deram origem à meta social e política de "Saúde Para Todos" e à estratégia também social e política da APS não só subsistem mas têm se aprofundado. [...] No mundo globalizado de hoje, unipolar e com a ameaça de uma perda crescente das soberanias nacionais, uma das poucas medidas que existem para se ter algum controle sobre o destino é a construção de democracias autênticas, descentralizadas e participativas. Hoje é imprescindível transferir – ou melhor dizer – devolver o poder político para tomar decisões que afetam às sociedades a seu ponto de origem, que é a cidadania (TEJADA DE RIVERO, 2003, p. 7, tradução nossa).

A importância da proposta da APS e seu desvirtuamento são referidos, também, por Mattos (2001, p. 383, grifo nosso), que afirma:

A famosa Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, foi sem dúvida um marco nos debates internacionais acerca das políticas de saúde. A conferência se debruçou sobre um relatório conjunto dos diretores dos dois organismos: a OMS e o UNICEF. Para muitos, as conclusões de Alma-Ata significaram um avanço na construção de um consenso, entre a maioria dos governos do mundo, quanto à importância das estratégias de expansão dos cuidados primários de saúde, a serem conduzidas com ampla participação do Estado. De fato, os ideais defendidos por Alma-Ata parecem ter orientado a posição da OMS e de suas agências regionais até bem recentemente. Mas ela também *pode ser vista como o último suspiro de um padrão de cooperação internacional. Talvez tenha sido a última vez em que a voz dos países em desenvolvimento foi levada a sério num fórum internacional.*

Esse autor aponta como as mudanças ocorridas na década de 1980 tiveram peso na área da saúde, alterando as possibilidades de implantação do que havia sido proposto na Conferência. Trata-se do momento em que as idéias neoliberais tiveram ampla difusão, tornando hegemônico o discurso segundo o qual os governos deveriam promover ajustes estruturais, preconizados pelas agências econômicas internacionais como reformas “indispensáveis” para que os países em desenvolvimento se ajustassem à nova dinâmica da economia mundial. Essa nova postura teve como efeito reduzir a disposição dos governos de investir nas áreas de saúde e social, gerando um novo movimento que, segundo o autor, não era o mesmo do “espírito de Alma-Ata”. Nesse movimento, logo no início dos anos de 1980, o UNICEF produziu uma significativa ruptura com o consenso estabelecido em Alma-Ata, quando seu diretor “[...] convencido de que o custo da expansão dos cuidados primários de saúde numa perspectiva universal não poderia ser suportado por muitos países, passa a defender o uso de um pacote mais seletivo [...]” (Mattos, 2001, p. 383), propôs que os governos definissem pelo financiamento de um pacote mínimo de ações voltadas para a saúde das crianças.

Pessoto (2001), analisando as políticas de saúde da OPAS e do Banco Mundial, refere que, nos anos 1970, havia um discurso de suposta generosidade das agências internacionais que expressavam preocupação com o meio ambiente e com a proposição de uma ordem econômica mais justa com os países em desenvolvimento. Na sua leitura, a proposição da meta de Saúde para Todos no ano 2000 e a proposta da expansão dos cuidados primários como estratégia para sua consecução, foram consequência desse clima. No entanto, aponta que as mudanças no cenário econômico – citadas acima – repercutiram, também, nos discursos e no relacionamento dessas agências, quebrando o clima de cooperação entre elas. Segundo o autor, instaura-se, então, uma polêmica entre a OPAS e o Banco Mundial, uma vez que esse último passa a preconizar a priorização da busca da eficácia e da eficiência dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a necessidade de investimentos por parte do Estado. Nesse discurso, a APS passa, mesmo, a ter o caráter de programa seletivo voltado apenas à redução de custos com a saúde. A OPAS, por sua vez, tematiza a APS

como eixo organizador do sistema de saúde que propõe como universal e integral, organizado em níveis distintos de complexidade, incluindo a atenção secundária e terciária como elementos indissociáveis desse sistema.

Nesse terreno, próprio ao seu domínio discursivo, a OPAS consegue manter estável a idéia de cobertura universal e integral à saúde. Recusa, nos seus próprios termos, a interpretação da atenção primária como um programa específico para grupos pobres e marginalizados e configurada por um nível de atenção simples. Sua visão é de que a atenção primária deve ser uma estratégia válida e aplicável a toda população, contemplando os três níveis de atenção.

Nessa estruturação discursiva, onde a saúde é entendida como direito humano essencial, as idéias de universalização e integralidade da atenção devem ser associadas à idéia de gratuidade, uma vez que a saúde se comporta enquanto bem público. Em nenhum momento de seu discurso, quando versava sobre as particularidades do próprio sistema de saúde, a OPAS dissociou estas idéias (PESSOTO, 2001, p. 66).

Para o autor, a resposta para a dificuldade de conciliar essa meta com as características de eficácia e eficiência se deu pela proposta da organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) que permitiriam articular as ações de saúde sem desperdícios de recursos, incorporando, assim, às metas de universalização e integralidade, a preocupação com as questões relativas à equidade, eficiência e eficácia.

A proposta dos SILOS, segundo Mendes (1995), consta na Resolução XV da XXXIII Reunião do Conselho diretivo da OPAS, aprovada na décima sessão plenária por todos os ministros de Saúde das Américas, em 20 de setembro de 1988. Essa proposta surge a partir da necessidade de acelerar os processos de transformação dos sistemas nacionais de saúde, visando a favorecer a aplicação da estratégia de atenção primária e tornar realidade a meta SPT-2000. Sua formulação se deu a partir da consideração das restrições impostas ao desenvolvimento da área da saúde pela crise econômica da década de 1980, bem como da influência do processo de descentralização política que já se impunha aos governos (OPAS/Oficina Sanitária panamericana, Oficina Regional de la OMS, 1989).

Nesse contexto, no campo da reforma psiquiátrica, a OMS e a OPAS, com o apoio técnico do Instituto Mário Negri (Milão) e sob os auspícios de várias organizações da área de saúde mental, convocam a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, na perspectiva dos Sistemas Locais de Saúde, evento que aconteceu em Caracas, Venezuela, em 1990.

Em documento relativo ao tema, é relatada que a situação dos serviços de assistência psiquiátrica na América Latina era considerada bastante insatisfatória, o que gerava o “[...] temor de que a situação se agravasse na década seguinte, inviabilizando a consecução da meta acordada em Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000” (OPAS/INSTITUTO MARIO NEGRI, 1990, p. 3). Desta conferência resulta a Declaração de Caracas, importante documento de orientação e referência para os governos na reestruturação dos serviços da área.

Essa declaração propõe a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, porém, suas proposições podem ser consideradas limitadas com relação à proposta brasileira de reforma psiquiátrica uma vez que o Brasil já trabalhava com a perspectiva de extinção dos manicômios, propondo um processo complexo de desinstitucionalização que não se resume na reorganização administrativa dos serviços.

Ferreira e Buss (2001, p. 7), situam a proposta da APS no debate mundial como um discurso que realça a determinação econômica e social da saúde, tendo aberto caminho para a construção de sua abordagem positiva e possibilitado a superação da visão negativa predominante, pautada apenas no controle das enfermidades. Para esses autores, há “[...] uma clara inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis [...]” (FERREIRA; BUSS, 2001, p. 11). Todavia, apontam contradições na proposta de atenção primária, mostrando que, apesar de o texto da Declaração final trazer uma importante ampliação da noção de saúde e de seus determinantes, ao definir o que está compreendido no campo dos cuidados primários, foi concedida prioridade às atividades mais ligadas aos problemas

básicos de saúde, aí considerada em seu sentido clássico de ausência de doença.¹²

Na leitura dos autores citados até aqui, predomina uma visão favorável da proposta da APS, que aparece como uma estratégia de organização de sistemas de saúde caracterizados pela universalidade e integralidade. O entendimento de sua proposta como política compensatória, direcionada para a população carente, seria efeito de uma distorção produzida pela conquista da hegemonia do discurso neoliberal propagado pelas agências internacionais que passam a produzir recomendações para a área da saúde, visando à redução do investimento dos governos nesta área.

Pela via mais crítica, podemos situar a leitura feita por Franco e Merhy (2003, p. 80), que entendem que as propostas da APS “[...] partem de uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, pretendendo responder aos investimentos necessários à assistência à saúde, com menores custos possíveis”. Além de entender que a APS surge em resposta à demanda neoliberal, esses autores criticam o fato de essa proposta trabalhar com o conceito de saúde da OMS, tratando o fenômeno saúde/doença pela ótica da História Natural da Doença e propondo a organização de um sistema nacional de saúde idealizado na sua organização por níveis de complexidade crescente. “Fica clara, na proposta, a inscrição ao ideário preventivista como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo (FRANCO; MERHY, 2003, p. 82).

De todo modo, vista como um movimento progressista e solidário no campo da saúde pública, voltado para uma nova organização de sistemas de serviços de saúde que garantam a universalidade e a integralidade, ou como política compensatória imposta pelos países desenvolvidos, por meio de orientações das

¹² Esse ponto se refere ao parágrafo VII -3, onde se lê que os cuidados primários: “Compreendem, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptidão de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil com inclusão da planificação familiar; a imunização contra doenças infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)”.

agências internacionais, a APS se firmou como principal orientação para a organização dos sistemas nacionais de saúde e está presente como diretriz para a estruturação do SUS. Assim, além de sua história e das possíveis leituras e interpretações, é importante conhecermos suas principais diretrizes.

3. 2 ASPECTOS CONCEITUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Já vimos que, para Tejada e Rivero (2003), a melhor forma de expressar a genuína APS seria “Cuidado Integral da Saúde para Todos e por Todos” – multissetorial e multidisciplinar, promocional e preventivo, participativo e descentralizado.

Na Declaração de Alma-Ata, o que encontramos é a definição dos Cuidados Primários à Saúde, que pode ser vista no texto da Declaração, no Anexo A deste trabalho.

Segundo Starfield (2002), o consenso alcançado na Conferência de Alma-Ata foi confirmado pela Assembléia da OMS de 1979, na qual a atenção primária foi definida como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente acessíveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do País, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, apud STARFIELD, 2002, p. 30).

Starfield (2002, p. 28), numa declaração que consideramos mais operacional, afirma que a atenção primária é:

[...] aquele nível de um sistema de serviço saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece

atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros [...]. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde [...].

A partir dessa definição, Starfield (2002) aponta como principais componentes da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência e a coordenação (ou integração).

A característica do primeiro contato está ligada à idéia de que deve haver um lugar específico no sistema de saúde ao qual as pessoas possam recorrer a cada vez que um novo problema se apresente. Trata-se da definição de uma “porta de entrada” no sistema, que deve funcionar como garantia de acesso para todos os usuários.

A longitudinalidade, no contexto da APS, refere-se a “[...] uma relação de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes nas unidades de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 247). Trata-se da garantia de continuidade da atenção ao longo do tempo, independente da existência de problemas ou enfermidades, significando que o serviço passa a ocupar o lugar de referência para as pessoas de sua região. Por esse princípio, as pessoas podem contar com os serviços de saúde como fonte de atenção certa em caso de necessidade, além de poderem participar das diversas atividades desenvolvidas, para além do tratamento de doenças, tais como aquelas ligadas à promoção de saúde, por exemplo.

A abrangência, também descrita como integralidade, implica que as unidades devem se organizar de modo a poder garantir a seus usuários todos os tipos de ações de atenção à saúde, mesmo que algumas delas não sejam oferecidas na própria unidade. Considerando a característica da integralidade, os serviços devem “[...] reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais [...]” (STARFIELD, 2002, p. 63).

Por fim, a coordenação se coloca como um componente essencial para garantir a efetividade das propostas da APS, principalmente a integralidade. Trata-se da disponibilidade de informações a respeito dos problemas apresentados pelas

peças que buscam os serviços de saúde e dos serviços procurados e necessários, de modo a permitir a integração da atenção nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços, rompendo com a fragmentação característica da medicina moderna.

A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* de responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde. Entretanto, a atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares (STARFIELD, 2002, p. 314).

Starfield (2002) aponta o fato, que já expussemos, de que há formas diversas de se organizar a atenção primária. Essa autora comenta que a forma convencional é aquela na qual a atenção se dá a partir da perspectiva médica clínica, ou seja, a partir do atendimento às pessoas que procuram livremente os serviços de saúde. Trata-se, aí, do modelo médico hegemônico sem qualquer alteração, apenas com a ampliação da oferta de serviços em nível comunitário.

A proposta de organização que aparece como mais capaz de alterar esse modelo é a atenção primária orientada para a comunidade – Community-Oriented Primary Care, COPC –, definida por Starfield (2002, p. 537) como “[...] uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida”. Segundo a autora, essa abordagem utiliza métodos derivados da medicina clínica, da epidemiologia, das ciências sociais e da área de pesquisa e avaliação de serviços de saúde para realizar as tarefas de: a) definição e caracterização da comunidade; b) identificação dos problemas de saúde desta comunidade; c) modificação dos programas para abordar esses problemas; e d) monitoramento

da efetividade das ações dos programas. Porém, apesar desta ser a proposta de APS realmente capaz de promover mudanças no modelo de atenção à saúde, Starfield (2002) afirma que esta ainda não é a forma que predomina na maioria dos países.

Todavia, pelas características já citadas acima, que descrevem a APS voltada para a comunidade, e também pelas observações feitas pela autora, que referem que esta opção de organização da atenção primária envolve, por exemplo, a definição de trabalhar com médicos generalistas ou médicos de família, a definição de áreas de abrangência para os serviços e a inclusão de profissionais não médicos nas equipes, podemos dizer que essa é a forma de organização que tem sido adotada no Brasil, o que discutiremos a seguir.

3.3 A APS NO CONTEXTO DO SUS: A ATENÇÃO BÁSICA E O PSF

Afirmamos, em vários momentos, que a APS está presente no Brasil como diretriz para a estruturação do SUS. Todavia, como já dissemos, em nosso País essa proposta apresenta particularidades que permitem falar de um “modelo brasileiro” de atenção primária. Tais particularidades parecem ter a intenção de superar algumas das críticas feitas à proposta original da APS, fazendo dela uma opção que não represente a submissão absoluta ao ideário neoliberal.

Há críticas à forma como a APS tem sido historicamente implantada em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos. Isto, provavelmente, influenciou o Ministério da Saúde ao criar a expressão Atenção Básica, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção à saúde, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na Conferência de Alma Ata, em 1978, com a adoção do enfoque promocional da saúde. O PSF, com seus princípios estabelecidos e reconhecidos, é entendido como o formato operacional dado à implementação da *atenção básica, nomenclatura brasileira atual para a atenção primária* (SAMPAIO; LIMA, 2002, p. 23, grifo nosso).

Esses autores citam, como particularidades do modelo brasileiro de APS, “[...] a busca da universalidade do acesso, a composição das equipes e o papel

desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, a descentralização da gestão e a política de incentivo e suporte do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde” (SAMPAIO; LIMA, 2002, p. 20).

Na apresentação do livro de Starfield (2002) que tomamos como referência para a discussão conceitual da APS, o então ministro da saúde e o diretor da UNESCO no Brasil, afirmam que a forma brasileira de organização do sistema de saúde, a partir da atenção básica, possui características similares às propostas formuladas pela autora, mas destacam haver “[...] particularidades como a riqueza da contribuição do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, o pressuposto do trabalho multiprofissional nas equipes, o vínculo entre equipe, população e território, e o estímulo à participação da comunidade” (NEGRI; WERTHEIN, 2002, p. 14).

Na verdade, as orientações de Alma-Ata já eram determinantes dos movimentos de organização do sistema nacional de saúde anteriores ao SUS, o que deve ser considerado, ainda que brevemente, para podermos ter uma melhor noção tanto do que é proposto como mudança a partir do SUS, como da importância das Unidades de Saúde na rede de serviços do País.

Sobre este aspecto, Mendes (1995) relata que, ainda na década de 1970, sob a hegemonia de um modelo médico assistencial privatista, que excluía da atenção um grande contingente da população, começa a desenvolver-se no Brasil a proposta da atenção primária seletiva, visando a oferecer algum tipo de assistência, de baixo custo, para essa parcela da população. Para esse autor, é a partir da crítica tanto ao modelo médico assistencial privatista, quanto a essa política compensatória, que começa a se conformar um movimento contra-hegemônico da saúde que irá se configurar, mais tarde, no movimento da reforma sanitária brasileira. Segundo o autor, é desse movimento que surgem, inicialmente nas Universidades, projetos de medicina simplificada que, com a entrada de técnicos provindos do nascente movimento sanitário, acabam por levar ao surgimento, em 1976, do primeiro programa desse tipo em nível federal: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Esse programa foi estendido para todo o território nacional em 1979,

“[...] o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública. No período 1975/84, o número dessas unidades passou de 1.122 para 13.739, num crescimento de 1.225%” (MENDES, 1995, p. 28).

Ainda pela análise de Mendes (1995), vemos que a década de 1980 se inicia já sob a influência do esgotamento do modelo médico assistencial privatista, vindo a ter, ainda, a influência da crise econômica nacional e internacional que coincide com o processo de redemocratização do País. No campo da saúde, temos, então, a tensão entre o discurso e a pressão do neoliberalismo que se impõe no cenário mundial e o discurso e a pressão do movimento brasileiro de reforma sanitária que se consolida nesse período.

No início da década de 1980, acontece a VII Conferência Nacional de Saúde, que tem como tema a implantação de uma rede básica de saúde. Com respaldo dessa conferência, e baseado no PIASS, surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde, que objetivava a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Mendes (1995) expõe que esse programa trabalhava com as diretrizes da hierarquização, da regionalização, da participação comunitária, do uso de técnicas simplificadas, da utilização de pessoal auxiliar e de inclusão do setor privado no sistema.

Ainda no início dessa década, em 1981, como medida para debelar a crise financeira da Previdência Social, cria-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que visava a alcançar a adequação da prestação de assistência à saúde no País. Segundo Mendes (1995, p. 37), esse plano, na prática, desdobrou-se em vários projetos, entre os quais o Plano de Racionalização Ambulatorial que “[...] tinha por objetivo propiciar condições para o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada que pudesse aliviar, relativamente, a demanda hospitalar”. Esse plano acaba por levar, em 1983, às Ações Integradas de Saúde (AIS), que, com a emergência da Nova República, passam a ter maior influência dos técnicos do movimento da reforma sanitária. As AIS trabalhavam com a diretriz da descentralização e desconcentração das ações de saúde e propunham-se como via para a estratégia de um Sistema Unificado de Saúde, o que veio a ser alcançado no percurso que passa pela 8ª Conferência

Nacional de Saúde, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), chegando, enfim, em 1988, à aprovação do SUS.

Lemos em Franco e Merhy (2003), que essa tradição da saúde pública no Brasil resultou na existência de uma ampla rede de serviços ambulatoriais: “No Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito menor que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 mil habitantes” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 105). Para esses autores, uma vez que esses serviços surgiram a partir dos modelos da medicina comunitária e dos cuidados primários à saúde, que, como já dissemos, na sua visão têm um forte viés preventivista, há grandes limites para que alcancem sucesso com relação à finalidade de promover uma mudança no modelo assistencial de saúde no País. Assim, colocam a questão:

[...] o que fazer com esta ampla e capilar rede de serviços? [...] Essa rede, construída ao longo da história da saúde pública no país, oferece um equipamento importante para operar a assistência à saúde e deve necessariamente ser considerada para a organização de um novo modelo assistencial (FRANCO; MERHY, 2003, p. 105).

Desde sua implantação a proposta do SUS é de priorizar a atenção básica com estratégia para a mudança no modelo de saúde. Para tanto, caberia aos municípios assumirem a gestão desses serviços, organizando a nível local a atenção à saúde da população. Nesse sentido, o:

[...] processo de descentralização se acelera a partir de 1996, quando são implementadas medidas de incentivo, expressas, sobretudo, na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), para que os municípios assumam a gestão da rede de serviços locais de saúde, numa política deliberada do governo central em prol da municipalização (BOLDSTEIN, 2002, p. 406).

Para incentivar e garantir a priorização do atendimento básico em saúde, em 1998, o governo federal cria o Piso de Atenção Básica (PAB), através do qual as prefeituras passam a receber diretamente os recursos para investir na organização da atenção básica. O PAB é calculado com base na população dos municípios, tendo um valor fixo per capita, além de um valor variável de acordo

com a incidência de incentivos instituídos como forma de incentivar a organização da atenção. A expectativa é que, no médio e longo prazo, essa política de descentralização e incentivo à organização da atenção básica cause impacto na oferta de serviços e na mudança no modelo assistencial. Para Boldstein (2002, p. 406), o:

PAB traz algumas inovações importantes na medida que incentiva que uma parcela dos recursos federais, ainda que muito pequena, seja diretamente alocada para o custeio de procedimentos básicos em atenção primária, em uma clara tentativa de organizar a porta de entrada da rede municipal de saúde. O resultado esperado é a capacitação das secretarias municipais para responderem pelo desenvolvimento de programas, ações e procedimentos de atenção básica e de medidas de promoção e prevenção em saúde, ampliando o acesso à saúde. Assim, a expectativa é que o PAB pode alavancar uma lenta e gradual mudança no modelo assistencial, introduzindo melhorias nas condições de acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública.

Paralelo à instituição do PAB, outras medidas de incentivo/indução para a implantação de serviços de saúde pública são tomadas. Assim, criam-se incentivos para a implementação de ações vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, entre outros, destacando-se o incentivo para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tidos como estratégicos para o alcance do objetivo maior de mudança no modelo de atenção à saúde no País.

A partir de 1994, num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, o governo federal assumiu a implantação do PSF como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento. As inovações trazidas pelo PACS/PSF parecem residir na vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. É esta equipe que identifica, mediante diagnóstico, as necessidades e organiza a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios, prestando assistência integral

e realizando atividades de informação, de orientação e de promoção da saúde.

O desafio aqui é mostrar em que medida os dois programas vêm sendo implementados dentro desse modelo ideal vis-à-vis a um processo rápido de expansão para todo o país. Além disso, cabe indagar se de fato constituem uma estratégia bem-sucedida de promoção à saúde, de mudança do modelo assistencial de base "biomédica", de melhoria do acesso e, enfim, de inclusão social. Isto é, será que o PACS/PSF está de fato mais sintonizado com as políticas de combate à pobreza, de promoção da cidadania e de envolvimento dos setores excluídos? (BOLDSTEIN, 2002, p. 407)

Para Franco e Merhy (2003), a resposta para essa questão é negativa. Para esses autores, o PSF não tem tido potência para realizar essa mudança no modelo assistencial, exatamente pelo fato de ser uma proposta atualizada da APS, pois, em sua visão,

[...] essa proposta se mostra insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, tal como estes se colocam no espaço social [...]. Isso ocorre pelo fato de que a resolução saída de Alma-Ata não propõe alterar a micropolítica do processo de trabalho médico no que diz respeito aos atos do cotidiano. Suas propostas não se mostram potentes para alterar o modelo assistencial (FRANCO; MERHY, 2003, p. 82).

Especificamente com relação ao PSF, Franco e Merhy (2003) apontam uma série de contradições do programa que, na sua visão, fazem com que se desarticule sua potência transformadora, aprisionando seu processo de trabalho em normas e regulamentos que tendem a automatizar e burocratizar as práticas, retirando a possibilidade de autonomia e criação dos profissionais e, por conseguinte, do próprio programa. De modo geral, as críticas feitas pelos autores têm relação com o fato de que o programa propõe mudanças na estrutura da organização dos serviços, mas não garante que a relação dos profissionais com os usuários seja modificada no sentido de proporcionar acolhimento, vínculo e responsabilização. Em sua visão, embora esses aspectos estejam contemplados nas diretrizes e mecanismos de funcionamento, o fato de estarem pautados em normas de funcionamento e não na efetiva forma de trabalho dos profissionais de saúde

tende a gerar apenas repetição mecânica de procedimentos, sem alterar a lógica cotidiana do trabalho e a relação dos profissionais com os usuários dos serviços.

Entre outros problemas apontados por esses autores como elementos que tornam difícil o PSF alcançar sucesso como estratégia para a mudança do modelo assistencial, destacamos um ponto concernente à própria estrutura da proposta do programa que, como apontam os autores, nos parece ser um erro de partida: o fato de o PSF se organizar para atender a população dentro de programas específicos (programa de combate à hipertensão, ao diabetes, etc.), sem previsão para o atendimento da demanda espontânea. O controle ou organização total da demanda parece ser uma perspectiva ilusória, e o fato concreto de que a população continua a procurar os serviços em situações de sofrimento tende a gerar dois possíveis efeitos: ou o serviço realmente não os atende e cria, ao mesmo tempo, um descrédito sobre si mesmo e uma demanda para os pronto-atendimentos, ou o serviço acaba incorporando, também, essa demanda espontânea, mas como um excedente com relação ao que foi programado, pressionando os profissionais a dar conta de tudo.

Como aspecto positivo do PSF, Franco e Merhy (2003) apontam a adscrição da clientela, que permite que os usuários criem referência com relação à Unidade ou à equipe, além de fazer com que esta se responsabilize pela atenção a essa população. De fato, essa é a característica que permite que os profissionais conheçam seus usuários e criem vínculos com estes, aspecto essencial para a mudança de práticas.

Lancetti (2001) considera que o *modus operandis* do PSF traz novidades importantíssimas relativas ao fato de as equipes terem como referência um grupo da população e, principalmente, pela existência do agente comunitário de saúde:

A existência de um membro da equipe, morador do mesmo território atendido; o número limitado de famílias atendidas por cada equipe, e sua dinâmica de funcionamento, davam ao programa novas potencialidades se comparadas com outras modalidades já experimentadas [...]
(LANCETTI, 2001, p. 18)

Entre os fatores que garantem essas novas potencialidades, Lancetti cita o fato de o usuário ser atendido no território onde está, com os atendimentos se

orientando pela necessidade e não pela demanda; o fato da equipe poder conhecer efetivamente cada pessoa e família que atende; a responsabilização pelo atendimento do máximo de problemas na região, evitando encaminhamentos desnecessários; a coletivização das ações de saúde e a centralização do trabalho na equipe e não só no médico. Cabe ressaltar que, além dessas características inerentes ao PSF, Lancetti (2001) propõe, com relação à atenção em saúde mental, uma forma radical de desinstitucionalização que se concretiza no funcionamento de equipes volante que atuam diretamente no território, sem utilizar nenhum dos recursos tradicionais de funcionamento (consultas, atendimentos individuais ou mesmo visitas domiciliares planejadas). O trabalho é feito a partir da necessidade e construído a cada situação surgida.

Campos, G. (2003), afirma que a atenção básica é um direito universal e que a instalação de uma rede básica eficaz é condição necessária para o sucesso e viabilidade do SUS. Quanto à organização dessa rede básica eficaz, o autor trabalha com a proposta do PSF, mas introduz algumas inovações com vistas a aumentar a capacidade de resolutividade das equipes e também como forma de ampliar as possibilidades de sucesso no objetivo de se alcançar a mudança no modelo de atenção.

Sua proposta é de que se reformule o processo de trabalho nos serviços desse nível de atenção, adotando-se a prática da clínica ampliada que define como a “redefinição (ampliada) do ‘objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos’” (Campos, G. 2003, p. 157). Para a efetivação desse tipo de clínica, esclarece que o vínculo continuado no decorrer do tempo e a interação personalizada entre equipe e usuários é essencial, características que podem ser mantidas na atenção básica organizada via PSF.

Além disso, o autor propõe que se ampliem as ações da atenção básica e que se adote os conceitos de acolhimento e responsabilização, além de propor que as Unidades sejam gerenciadas num sistema de co-gestão visando democratizar o poder, motivar e educar os trabalhadores. Para alcançar essas mudanças, Campos, G. (2003) propõe que se organizem Núcleos de Saúde Coletiva em todas as USs, que teriam a função de funcionar como apoio às equipes. Também

propõe o apoio matricial na área específica de saúde mental, o que significa que as equipes do PSF contariam com apoio para a atuação nessa área, além de terem acesso a um processo de capacitação tipo educação continuada visando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho.

Como em Franco e Merhy (2003), também aparece a necessidade de mudança no processo de trabalho como forma de garantir e viabilizar a proposta de mudança na forma de atenção à saúde no Brasil. Assim, vemos que para este grupo de autores, o que pode garantir a potência do PSF como estratégia para promover a mudança no modelo de atenção não está nas suas características de organização de serviços, ou seja, não está nos aspectos estruturais que são alterados com PSF. A ênfase estaria, então, no processo de trabalho, na forma de fazer e de se relacionar com as pessoas e seu sofrimento.

É nesse ponto que surge a proposta de clínica ampliada, da invenção como elemento essencial do método de trabalho do PSF e da valorização da micropolítica do trabalho vivo em oposição à organização administrativa e burocrática característica dos serviços de saúde. Trata-se de proposições que, ou são derivadas diretamente, ou são bastante semelhantes e totalmente coerentes, com as práticas do campo da reforma psiquiátrica brasileira, o que já aponta para a fertilidade da interlocução entre esses dois campos.

Assim, se há críticas ao possível caráter preventivista da proposta original da APS, neste momento de sua implementação no Brasil, com a manutenção e ampliação das conquistas do SUS e a partir do PSF, parece haver uma maior aceitação da possibilidade de que o trabalho nesse nível possa conter uma grande possibilidade de mudança. Todavia, o que é apontado pelos autores citados é que a potência de transformação não está exatamente no fato de estarmos falando de serviços da atenção básica, mas sim na necessária mudança no processo de trabalho nos serviços de saúde.

De todo modo, acreditamos que o fato de se tratarem de serviços da rede básica permite que esta mudança tenha seu alcance ampliado, uma vez que nesses se pode contar com o vínculo continuado com as pessoas ao longo do tempo, permitindo que se trabalhe com a construção de projetos terapêuticos junto com

as pessoas envolvidas, levando-se em conta a singularidade de cada situação específica.

Assim, tal como falamos com relação ao fechamento do hospital psiquiátrico, aqui podemos dizer que a organização da atenção primária/atenção básica não é condição suficiente para mudar o modelo de atenção, mas que a garantia de uma rede básica bem organizada continua como condição necessária para que está mudança ocorra.

4. SITUANDO O PROBLEMA

“Não é mais possível transformar delineando apenas os fins e minimizando os meios: é possível o ‘como’, o ‘hoje’, o ‘para quem’, é a concretude da prática que finalmente dá sentido à palavra”

Ernesto Venturini

4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SUS

Até aqui trabalhamos com definições e com algumas concepções que fundamentam tanto a reforma psiquiátrica como a atenção primária. Cumpre-nos, agora, dirigir nossa atenção para o que constitui nosso foco específico de interesse, ou seja, para a questão da efetiva implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, buscando investigar as possibilidades de ter a APS/AB como um espaço para práticas desinstitucionalizantes.

Segundo Desviat (1999) mesmo havendo, em vários países, um certo consenso sobre a necessidade da mudança ou extinção do hospital psiquiátrico,

As características sociopolíticas de cada país – e, mais particularmente do seu sistema sanitário – juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica. O tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e seu grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento à saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental (Desviat, 1999, p. 23).

Como já dissemos acima, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira aconteceu no contexto do processo de redemocratização do país, ao mesmo tempo em que ocorria o movimento de Reforma Sanitária, movimento que, como

lemos em Paim (1997) e em Fleury (1997) passou por conflitos de ordem diversa no seu processo de consolidação, perdendo parte de seu potencial crítico em consequência da necessidade de ampliar as alianças e alcançar consensos que permitissem sua legitimação.

Essa situação é característica dos processos de mudança que implicam em superação de valores hegemônicos e que envolvem a necessidade de legitimação político-institucional, constituindo-se, segundo Fleury, num “dilema reformista, enfrentado como tensão durante todo o processo [...]” (FLEURY, 1997, p. 28). Frente a este dilema, cabe agir estrategicamente de modo a realizar as negociações possíveis para alcançar a legitimação, sabendo que quase sempre a formalização legal opera uma redução do que é proposto, resultando numa defasagem entre as propostas e o formato final que se atinge na lei. Exemplo disto é a própria lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conhecida como Lei Paulo Delgado, que iniciou sua tramitação no Congresso Nacional em 1989 e só foi sancionada em 2001, mesmo assim após sofrer alterações substanciais que tiraram boa parte de seu impacto¹³ com relação à proposta de desinstitucionalização.

De todo modo, independente dos dilemas enfrentados nos processos de reforma e das restrições impostas pelas leis, quando há vontade política e pessoas envolvidas com potência suficiente para sustentar o desejo de transformação, a invenção e produção do novo são possíveis.

Assim aconteceu a implementação dos primeiros serviços surgidos no Brasil como resultado direto do movimento da reforma psiquiátrica: o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), criado em 1987 em São Paulo, e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Zona Noroeste, de Santos, criado em 1989. Estes serviços surgiram antes de haver no país qualquer

¹³No projeto original, Projeto de Lei nº 3657-B, apresentado ao Congresso Nacional em 1989, o texto de apresentação dizia: “Dispõe sobre a *extinção progressiva dos manicômios* e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Já na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, lemos: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A expressão ‘extinção progressiva dos manicômios’ desaparece, retirando grande parte do impacto que esta lei poderia produzir, marcando mudança necessária para garantir sua aprovação (TENÓRIO, 2001).

legislação que os legitimassem e, ao contrário, sua criação contribuiu para que esta modalidade de atenção fosse regulamentada transformando-se em procedimento do SUS através das Portarias 189/91 e 224/92, que, por sua vez, viabilizaram a criação de muitos outros novos serviços de saúde mental voltados à proposta da desinstitucionalização. Nessa portaria, esses serviços foram nomeados, indiscriminadamente, de “NAPS/CAPS”,¹⁴ mas desde 2002, a partir da Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro, são denominados apenas de CAPS e definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território (Brasil, 2002, p 111-120).

Cabe lembrar que, diferente do CAPS que integrava a rede regionalizada e hierarquizada de serviços de São Paulo, o NAPS de Santos surge no contexto de uma ampla transformação na administração da cidade, com impacto em todas as áreas das políticas públicas, onde, na área de saúde mental se procedeu à intervenção no manicômio da cidade numa experiência de efetiva desconstrução desta instituição e invenção de novas formas de atenção. O NAPS, dentro desse projeto amplo de desinstitucionalização que se operou naquela cidade, constituiu-se como um serviço efetivamente substitutivo ao manicômio, funcionando 24 horas, sete dias por semana e assumindo a responsabilização pela demanda em todos os momentos, inclusive nos momentos de crise, ou seja, prescindindo de fato da internação psiquiátrica.¹⁵

Campos, B. (2000), destaca que, das experiências de reforma concretizadas no Brasil, apenas em Santos se construiu uma forma de atenção que escapou e ultrapassou o formato de redes hierarquizadas de serviços, sendo que nos outros municípios do país construíram-se formatos diversificados, criativos e mesmo ‘híbridos’ entre a proposta de desinstitucionalização e o modelo sanitarista, porém sempre organizados dentro da lógica da hierarquização..

¹⁴ Sobre denominação de “NAPS/CAPS”, que anula a diferença entre os dois serviços pioneiros e os coloca como modelos, ver Amarante et al (2001). Neste trabalho os autores destacam, ainda, que os NAPS/CAPS, tal como regulamentados nestas portarias, foram definidos como serviços ‘intermediários entre o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar’, o que também anulava a proposta de serem serviços substitutivos ao manicômio.

¹⁵ Para detalhes sobre o NAPS e sobre a experiência da reforma em Santos, ver NICÁCIO, 1994.

De todo modo, ainda que não nas dimensões do que se alcançou em Santos, desde o final dos anos de 1980 o país já vivia as primeiras experiências de implementação da reforma, com alguns municípios construindo diferentes formatos de serviços e criando novos recursos de assistência e socialização.

Como orientação oficial para a implementação de ações de saúde mental no sistema de saúde, em 1990 a Divisão Nacional de Saúde Mental lança um Manual de Orientações para Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental, no qual declara a necessidade de se repensar os pressupostos preventivistas e educativos em saúde mental, mas, ainda assim, trabalha com níveis de prevenção. Assim, define como nível preventivo indireto o nível que:

[...] abrange todos os investimentos referentes à acumulação social, à promoção da qualidade de vida do cidadão e a proteção da saúde individual e coletiva tais como: transporte, alimentação, salário, condições de trabalho, habitação, educação, lazer, controle sanitário, vacinações e cuidados materno-infantis. Depende das políticas globais da sociedade e da organização da atenção primária do sistema de saúde (BRASIL, 1990, p.17)

Como nível preventivo direto, após repetir o abandono das ideologias preventivas são colocadas as ações programadas e a participação dos técnicos em debates ou programas sobre uso de drogas, crises vitais, condições de trabalho, etc.

As Unidades de Saúde de maior complexidade e os ambulatórios de saúde mental aparecem como serviços componentes do nível “terapêutico ambulatorial” e são propostos, ainda, os níveis terapêutico emergencial, terapêutico hospitalar, reabilitador e tutelar penal.

Na introdução desse documento, afirma-se a necessidade de se multiplicar a assistência ambulatorial aos enfermos mentais nas Unidades de Saúde e nas Policlínicas. Também é colocado que “[...] os agentes que operam nas Unidades Básicas de Saúde devem ser preparados para desenvolver ações de saúde mental, ao menos no que se relaciona ao encaminhamento e ao seguimento de casos egressos de hospitais ou ambulatórios especializados” (BRASIL, 1990, p.8).

Em 1992, já sob maior influência das experiências de desinstitucionalização em curso no País, tivemos, com a Portaria 224/92, a regulamentação de vários novos procedimentos e serviços de saúde mental de nível ambulatorial e hospitalar. Foram definidos como serviços para o atendimento ambulatorial em saúde mental, as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Saúde e os Ambulatórios.

Segundo essa Portaria, a atenção aos pacientes nas Unidades de Saúde deve incluir as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. Estas atividades devem ser executadas por equipe multiprofissional que poderá contar com profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou ser composta por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde). As atividades de atendimento em grupo (orientação, sala de espera), visita domiciliar e as atividades comunitárias podem ser realizadas por profissionais de nível médio. Apenas no ambulatório especializado a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

Essa portaria ainda é válida e, como vimos, possibilita a organização de serviços em todos os níveis do SUS. Porém, suas orientações são de caráter administrativo, não havendo um direcionamento referente à população que deveria ser priorizada, no sentido de incentivar a atenção aos usuários com transtornos graves nas Unidades de Saúde. Esta população em geral é atendida nos Ambulatórios Especializados que, todavia, apenas realizam consultas de psicologia e/ou psiquiatria, sem haver um trabalho interdisciplinar de acompanhamento ou um efetivo compromisso com a desinstitucionalização.

Tenório, Oliveira e Levcovitz (2000, p. 8), falando sobre este tema, afirmam que, em certa medida, “Os CAPS surgiram no cenário da assistência para dar conta da insuficiência do ‘ambulatório de consultas’ em impedir que os casos mais graves vivessem a internação como destino”. Para esses autores, porém, o ambulatório

continua tendo um papel importante na rede de serviços, atuando na atenção a pessoas que não necessitam da frequência aos CAPS, assim como com pessoas que, necessariamente, não precisam nem de tratamento ambulatorial, mas que buscam este tipo de serviço e que podem acabar se tornando “pacientes” da psiquiatria em função do tipo de assistência oferecida.

Nesse sentido, se a reestruturação da assistência tem como estratégia a criação de estruturas de tipo CAPS, ela não prescinde do ambulatório [...] A substituição asilar depende, enfim, da construção e do bom funcionamento de uma rede de atenção em saúde mental, rede que tem os CAPS e NAPS como unidades estratégicas, mas que inclui uma série de outros dispositivos, como unidades hospitalares em hospital geral, ambulatórios, bom atendimento de saúde mental nos postos de saúde e unidades de saúde como um todo, programas de moradia terapêutica, um bom sistema de emergência e controle de internações, etc. (TENÓRIO, F.; OLIVEIRA, R.; LEVCOVITZ, S., 2000, P. 8)

Quanto aos CAPS, estes serviços tiveram um grande crescimento, passando de três em 1990 para 520 em 2004 (Brasil, 2004). Contudo, embora sejam dispositivos privilegiados para a desinstitucionalização e cuidado dos usuários com problemas graves, já surge a preocupação com a institucionalização destes, o que pode ser lido textualmente em duas das propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em 2001: “Compreender os serviços substitutivos como meios e não como fim, visando a permanente reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico” (proposta 91) e “Repensar o perfil dos serviços prestados pelos CAPS existentes, no sentido de que eles não se tornem um modelo reprodutor da exclusão. Os CAPS devem promover, efetivamente, a diminuição do número de internações” (proposta 93) (Brasil, 2002a).

A colocação dos serviços substitutivos como ‘meios’ e não como ‘fim’, significa lembrar que eles devem funcionar como dispositivos facilitadores e promotores da reinserção social dos pacientes, reinserção esta que deve se dar na cidade, no local de moradia, na vida, o que novamente reforça a importância dos serviços se organizarem na lógica territorial.

Nesse sentido, consideramos que se trata de buscar formas de levar a reforma para além dos CAPS e mesmo das instituições, alcançando o pleno sentido do que se pretende como desinstitucionalização. Aqui retomamos as palavras de Basaglia que dizia que, depois de passado o momento inicial de humanização das relações e destruição dos aspectos mais violentos e alienantes dos manicômios, “[...] para que o manicômio não venha a se transformar em um asilo risonho de domésticos agradecidos [...]” (BASAGLIA, 1985, p. 115), era necessário sustentar o ato de negação ativa e manter a tensão que surgia nas relações quando os usuários deixavam de ser pessoas resignadas e passivas frente ao olhar técnico e objetalizante e passavam a falar por si mesmos na luta por seus direitos como cidadãos.

Acreditamos que este alerta cabe também com relação aos CAPS, e nossa intenção de investigar as possibilidades de efetivar práticas ‘desinstitucionalizantes’ nos serviços que funcionam no nível primário do SUS vem do sentimento de que é necessário ampliar a reforma para além dos CAPS, escapando do risco de que estes se cristalizem como o lugar final de inserção das pessoas afetadas pela loucura.

Encontramos uma preocupação semelhante no relato que Bichaff faz dos resultados da pesquisa realizada no CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira sobre a percepção dos usuários quanto às mudanças ocorridas em sua vida desde ingresso naquele serviço. Dentro dos resultados, a autora destaca o fato de que apesar do serviço “contar com dispositivos terapêuticos e projetos voltados para a ampliação da rede de relações sociais, verificamos que na percepção dos usuários não há referência de que o serviço estaria facilitando esta circulação” (BICHAFF, 2001, p.151).

Segundo seu relato, a entrada no CAPS foi considerada como um marco na vida dos usuários pesquisados que passaram a se sentir cuidados, tratados e tendo um lugar de referência para onde se dirigir cotidianamente. Além disso, relata, foram criados vínculos e ampliaram-se as relações de convivência, tratando-se, todavia, sempre de relações desenvolvidas na própria instituição. A autora aponta que o exercício de inclusão na instituição se deu fortemente para os usuários

pesquisados e levanta a hipótese de que esse momento de predomínio da vinculação institucional pode ser uma etapa necessária no processo de inserção. De todo modo aponta que os usuários “vislumbram possibilidades de encontrar lugares ‘verdadeiros’ de inclusão”. Assim, coloca algumas questões:

Sem dúvida o CAPS contribui para a organização da vida desses usuários, oferecendo um campo de vivências e experimentações importante, porém, ficam as questões para a reflexão: como podemos ir além dos limites da instituição: Como podemos ajudar nossos usuários a conquistarem um outro lugar social, apesar de suas diferenças e dificuldades? Sendo assim, não podemos perder de vista nosso maior objetivo, como profissionais de saúde mental: a inclusão social e, portanto, é de nossa responsabilidade um constante repensar de nossas práticas. Superamos o manicômio, inventamos novos serviços e agora temos a sociedade como um grande desafio (BICHAFF, 2001, p. 153).

Trata-se de buscar a efetivação de práticas mais territoriais, ou seja, sair mais dos serviços de saúde mental e buscar novas estratégias de inserção no tecido social. Nesse sentido, devemos considerar o contexto do SUS e, com relação à reforma psiquiátrica, ao lado da necessidade de ampliação da oferta de serviços tipo CAPS, buscar, também, a inclusão das ações de saúde mental –construídas dentro da lógica da desinstitucionalização – no nível da atenção básica, especialmente onde o PSF já está sendo implantado.

Essa necessidade é destacada no relatório final da III CNSM no qual, no texto de introdução às deliberações relativas a atenção básica, lemos que “[...] atendendo ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também, de incorporar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família” (Brasil, 2002a, p. 48).

A importância de uma investigação neste âmbito fica confirmada quando vemos que, dos poucos estudos que trabalham a avaliação de programas ou cuidados prestados dentro da proposta da reforma no nível básico ou ambulatorial, alguns mostram que a mudança não aconteceu de fato, o que leva a um dos grandes riscos da proposta de desinstitucionalização relativo à inadequação da assistência

oferecida fora do circuito hospitalar que pode resultar em abandono do tratamento por parte dos usuários e conseqüente retorno a este circuito.

Citamos aqui a pesquisa de Breda e Augusto (2001), realizada em Maceió, na qual a partir do relato dos usuários, dos familiares e dos profissionais de saúde, as autoras concluem que o cuidado oferecido aos portadores de transtornos graves continuava medicalizado, hospitalar e fragmentado, apesar de se dar em um território de abrangência do PSF.

Amaral (1997), após análise da implantação da política de saúde mental para a rede básica de Campinas/SP, também conclui que a ação das equipes da rede básica na assistência de pacientes egressos de hospital psiquiátrico revelou-se ineficaz para o alcance dos objetivos de desinstitucionalizar nos aspectos de aceitabilidade, eficácia e equidade, pois os usuários não reconheciam estes serviços como alternativa para a resolução de seus problemas, ao mesmo tempo em que os profissionais também não direcionavam suas ações para esta clientela.

Da mesma forma, Danese e Furegato (2001) em estudo sobre usuários de psicofármacos num Programa Saúde da Família de São Paulo, concluíram que a demora, a falta de resolução do problema, a falta de vínculo e de compromisso, entre outras causas, levavam ao descrédito e a uma precária adesão ao tratamento sendo que os usuários, ainda que mantivessem o uso da medicação, buscavam na religião um espaço onde se sentiam auxiliados no enfrentamento de seus problemas.

Estes resultados, que apontam a possibilidade de uma certa inadequação dos serviços do nível básico para a assistência a este tipo de usuários, não apontam, em nossa leitura, um fracasso efetivo, porém abrem a necessidade de uma investigação maior das razões envolvidas.

Visando mudar essa realidade, que se tornou explícita com o trabalho do PSF, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, iniciou desde 2001, uma série de oficinas voltadas para a definição de formas de integração das ações de saúde mental na atenção básica:

2001 - Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica - Brasília

2002 - Seminário Internacional “Saúde Mental na Atenção Básica: reorganização dos serviços e formação de RH” - Rio de Janeiro

2003 - Oficina “Desafios da Integração com a rede básica” - VII Congresso da ABRASCO – Brasília (BRASIL, 2003).

Segundo levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 56% das equipes do PSF referem realizar “alguma ação de saúde mental” e 9% da população com transtornos menos graves são tratados de alguma forma pelas equipes de PSF/PACS - queixas psicossomáticas, abuso de álcool e outras drogas, dependência a benzodiazepínicos e transtornos afetivos (BRASIL, 2003)

A proposta é que se desenvolvam conjuntamente – entre equipes do PSF e equipes de saúde mental – projetos terapêuticos na busca de autonomias possíveis, aumentando a resolutividade no território, evitando os encaminhamentos e priorizando os casos mais graves e as famílias com maior dificuldade.

Como diretrizes para a viabilização dessas propostas são colocadas a composição de equipes de apoio matricial de saúde mental para as equipes do PSF e a priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica (PSF, ACS, médico generalistas e enfermeiros). Como situações de risco a serem priorizadas para a assistência, são definidos os: transtornos mentais graves, os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a violência e as situações de exclusão social (pacientes crônicos em Hospitais psiquiátricos, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social).

No que se refere à investigação necessária relativa às possibilidades de inclusão da atenção básica nas ações da reforma, acreditamos que esta deva seguir ao menos duas vias: a via conceitual, investigando as possíveis incoerências e aproximações entre premissas da reforma e as da atenção primária, e a via da pesquisa micropolítica visando conhecer, no cotidiano dos serviços, o nível de apropriação e de adesão dos profissionais dos serviços da atenção básica a essas premissas.

Autores como Merhy (1994, 1997, 2003) e Campos (1994, 1997, 2003), entre outros, têm defendido que este nível, da micropolítica, deve sempre ser considerado no momento de se passar das propostas a sua implementação concreta; do plano conceitual ao plano operacional, pois no trabalho em saúde há uma grande margem de autonomia que permite que o ato de saúde em si possa se dar de maneira independente do que é proposto pelas políticas e programas.

De nossa parte, consideramos que conhecer este nível, no qual deve acontecer, por parte dos profissionais, a desconstrução de conceitos e práticas e a reconstrução/invenção de novas formas de entendimento e de ação será essencial se quisermos alcançar mudanças efetivas. Talvez inicialmente mais importante até do que o provimento de recursos técnicos, materiais ou assistenciais.

Além de ser aí onde se concretizam os atos de saúde, a atenção básica corresponde mais diretamente à realidade local na qual vivem as pessoas, coincidindo com o espaço do território, tão importante na proposta de desinstitucionalização, além de ser, ainda, neste nível onde deve acontecer a inserção social dos usuários uma vez que se trata do espaço onde a vida cotidiana se dá.

Ressaltamos que, se os nomes nível primário e atenção básica dão a idéia de se tratar do nível mais simples do sistema de saúde, é, todavia, neste nível que se dá o contato mais direto com a população, em situações mais próximas dos momentos de “normalidade” na vida. As Unidades de Saúde são os serviços aos quais a população se dirige em busca de atenção por ocasião de queixas mal definidas e de problemas diversos que não são vistos/avaliados como graves, pois, de outro modo, a busca seria pelo “pronto socorro”.

Cesarino (1989), problematizando o papel das Unidades Básicas na atenção em saúde mental, também fala da ingenuidade do pensamento que acredita que, nesses serviços, se realizam ações mais simples e afirma que justamente nas USs os problemas são mais complexos. Sobre essa afirmação, declara que ali ainda não se configurou propriamente a situação designada de doença, nem se deu a exclusão e o isolamento da pessoa, sendo importante manter a integração

social existente e criar um espaço de continência, encontrando formas de lidar com o problema sem recorrer ao encaminhamento.

Na nossa visão, de fato essas características tornam a atuação neste nível bastante complexa, justificando a importância de dedicarmos nossa atenção para o como as propostas da reforma têm se efetivado, ou não, aí, nos serviços da rede básica de atenção à saúde do SUS.

Neste ponto lembramos que os serviços de saúde são instituições e podemos acompanhar Costa-Rosa (2000, p. 145), quando define a instituição como uma “formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (lacunar)”. Para a discussão que pretendemos desenvolver neste momento esta definição é adequada e suficiente, sendo importante lembrar a pontuação do autor para o fato de que o que este discurso tenta articular não são simplesmente saberes e práticas, mas sim “saberes contraditórios e práticas contraditórias entre si”. Ou seja, considerando-se o aspecto inerentemente contraditório e conflitivo presente em toda realidade social, a instituição fica como uma tentativa de se constituir em um meio para alcançar ‘fins’ necessariamente sociais, sendo um espaço que sofre a determinação de interesses divergentes da sociedade.

Assim, não caberia uma leitura simplista/mecanicista que colocasse as instituições como simples instrumentos de determinação econômica, sempre e necessariamente reprodutoras das relações dominantes. Ou melhor, o que não cabe é considerá-las como tendo/exercendo *apenas* este papel. Ainda que sejam sempre um dos espaços de reprodução e produção de controle social, o que queremos apontar é que este aspecto não esgota os efeitos possíveis de se produzir a partir da atuação dentro de qualquer instituição.

Luz (1981, p. 26-27), guiando-se pelas formulações sobre o poder feitas por Foucault, sustenta que as instituições de saúde são um “lugar privilegiado de luta política”, articulando interesses divergentes e contendo fissuras internas oriundas das contradições que ali se manifestam. Tal característica permite a alternância das forças em embate constante, podendo haver momentos de dominância das

forças instituintes apesar da forte tendência de manutenção/repetição do instituído.

Ainda neste ponto, faz-se necessário esclarecer que não estamos aqui negando a existência ou a importância das macrodeterminações, mas apenas querendo lembrar que, na forma como consideramos as relações de poder, estas não são tão poderosas a ponto de impedir qualquer movimento que as conteste e se encaminhe para a produção de transformações sociais. Se assim fosse, estaríamos no campo da pura impotência e pouco nos restaria a não ser aguardar mudanças estruturais para só então nos sentirmos livres para produzir algo de novo.

Nesse sentido, não trabalharemos com leituras estruturais, optando por investigar o nível da micropolítica que abordaremos ao tratar o problema a partir da vivência dos profissionais que estão envolvidos diretamente na construção de novas práticas no nível primário da rede pública de saúde do município de Vitória, o que será discutido a partir do trabalho de campo.

4.2 UMA REALIDADE LOCAL

Vitória, Capital do Estado do Espírito Santo, é um município constituído por uma pequena área continental e 34 ilhas, possuindo uma superfície total de 104,26 km² e área demográfica de 84km². Fundada em 1551, a data de emancipação política do município é 24 de fevereiro de 1823, quando um Decreto-Lei Imperial concedeu fórum de cidade a Vitória.

Em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Guarapari, Viana e Fundão, Vitória integra a Região Metropolitana da Grande Vitória. A ocupação da cidade e seu perfil demográfico sofreram influência direta das mudanças ocorridas na economia capixaba a partir de meados da década de 60, quando o Estado passa do complexo cafeeiro para o complexo industrial-exportador. De acordo com o diagnóstico da cidade, realizado para o projeto Vitória do Futuro, em 1996:

A Grande Vitória, e Vitória em especial, registrou um alto crescimento populacional nos anos 60, 70 e início dos 80, fruto do movimento

migratório provocado pela desestruturação do modelo primário exportador e pela implantação dos grandes projetos [instalação de grandes empresas tais como a Cia. Vale do Rio Doce, Cia. Siderúrgica de Tubarão e outras] no Estado. Entretanto, desde 1980 o município de Vitória não é mais um destino importante do processo migratório, estando este se direcionando para os outros municípios da Grande Vitória (PMV, 2004).

Nessa mesma fonte, vemos que, devido à taxa de natalidade declinante, à mortalidade estabilizada e ao arrefecimento do processo migratório, Vitória apresenta tendência ao envelhecimento populacional. Somados à geografia do município, tais fatores resultam na redução do índice de crescimento da população, o que aproxima Vitória de sociedades mais desenvolvidas, onde a transição demográfica geográfica já ocorreu, o que gera novos desafios para a administração da cidade.

Não se trata mais de atender à pressão de uma população rapidamente crescente por mais infra-estrutura e serviços, mas sim de melhorar a qualidade dos equipamentos e dos serviços existentes, no sentido de melhorar a qualidade de vida da população como um todo e reduzir, se não eliminar, a exclusão social (PMV, 2004).

Na atualidade, a cidade tem uma população de 302.633 mil habitantes e possui 76 bairros, espalhados pela ilha e região continental.¹⁶

Do ponto de vista da administração municipal, desde 1996, o crescimento da Capital é orientado pelo Projeto Vitória do Futuro, “[...] planejamento estratégico da cidade que define os projetos e ações a serem implementados na busca da melhoria da qualidade de vida” (PMV, 2004). Em sua versão original, o projeto trabalhou com projeções de 1996 a 2010. Em 2002, sua atualização foi realizada, ocasião em que os técnicos envolvidos elaboraram planos globais até 2015.

Na apresentação do projeto, em sua versão 2002, os técnicos declaram ser o momento de “avaliar os caminhos percorridos e acertar o rumo”, além de afirmar que “O projeto é também uma reafirmação da consciência da cidade quanto à

¹⁶ Fonte: SEMUS/NPS (Estimativas realizadas a partir da contagem do Censo/00 do IBGE), dados relativos a 2003.

importância do uso de novas técnicas de planejamento e gestão” (PMV, 2004). O projeto apresenta diagnósticos por área de ação e traça estratégias e propostas a serem seguidas pelo município para que este supere os problemas levantados e alcance um cenário mais favorável no futuro.

Como se trata de documento resultante do planejamento estratégico, que é base para as decisões da administração municipal desde 1996, consideramos importante conhecer algumas colocações que possam nos dar idéia das concepções políticas que vêm orientando esta administração, uma vez que essas mesmas concepções se refletem na área da saúde e na sua organização.

Em sua versão atualizada, são descritas “[...] as principais mudanças que vêm ocorrendo no ambiente político, econômico e tecnológico que afetam o futuro das cidades brasileiras, e em particular o futuro de Vitória” (PMV, 2004). Citaremos, a seguir, apenas as mudanças que consideramos serem mais significativas no sentido de nos dar uma idéia de suas concepções:

Novo paradigma dado pelas tecnologias de comunicação, informação e acumulação flexível: A difusão de inovações tecnológicas nas áreas de microeletrônica, informática e telecomunicações, ainda em estágio inicial de amadurecimento e diversificação, está criando um novo paradigma para a economia e a sociedade a nível mundial. Como conseqüência, os serviços de alto valor agregado (financeiros, de telecomunicações, de projeto, marketing, publicidade, mídia, programação, dentre outros) estão substituindo cada vez mais a produção física em si como dinamizador da atividade econômica, e levando as cidades a desempenhar um papel fundamental na geração de economias do conhecimento, como nós de redes globais de cooperação tecnológica, ao invés das economias de escala das grandes indústrias [...]

Globalização: Cada vez mais, como uma das conseqüências do novo paradigma tecnológico, e da difusão das culturas e línguas estrangeiras, os mercados nacionais se tornam mais homogêneos entre si, e as organizações empresariais extrapolam as fronteiras nacionais, tornando-se realmente transnacionais.

Privatização: Como parte e conseqüência dos processos anteriores, o país vem realizando um processo de privatização cada vez mais

abrangente, envolvendo não só empresas industriais como a infraestrutura de transportes, energia e telecomunicações. As implicações deste processo são inúmeras, destacando-se as mudanças na lógica locacional e de investimentos das empresas privatizadas, as quais, livres das restrições e injunções políticas, estarão submetidas à concorrência, o que para muitas delas é algo absolutamente inédito.

Reformas estruturais na saúde, educação e ação social, com novo modelo e tendência à municipalização: As reformas estruturais com maior impacto sobre os municípios são as que se referem à questão social, sendo que a direção inequívoca deste movimento é no sentido da municipalização. Os municípios deverão se preparar rapidamente para assumir responsabilidades complexas que exigirão alto grau de capacidade gerencial e que provavelmente implicarão numa participação mais ativa da comunidade.

Competição entre cidades: Cada vez mais as cidades, como as empresas, competem entre si para atrair investimentos, visitantes e moradores. E esta competição não se limita aos tradicionais fatores locacionais ligados aos custos diretos de produção, mas envolve todos os aspectos da vida urbana, como qualidade de vida, qualidade da administração pública, nível cultural e educacional da população, etc. (PMV, 2004)

Nota-se que a situação e as transformações por que passa o mundo no momento atual são apresentadas sem críticas ou comentários de qualquer natureza, parecendo serem vistas como naturais e inquestionáveis. Nesse tipo de leitura da realidade, cabe aos governantes e às pessoas agirem no sentido de alcançarem um lugar melhor e mais vantajoso dentro do quadro dado. Nesse sentido, as mudanças propostas visam, apenas, a tornar a cidade mais competitiva, não havendo nenhuma intenção de transformação social.

4.2.1 A Organização da Área da Saúde em Vitória

A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória foi instituída legalmente em 1978, por meio da Lei nº 2.548, de 17 de fevereiro, momento a partir do qual o município inicia sua inserção na política de saúde (SEMUS, 2002a).

Segundo avaliação de Oliosia (1999, p. 24), esse processo de inserção acontece, porém, de forma tímida:

A trajetória de Vitória na política de saúde, durante a década de 80, porém antes da consolidação do SUS, revela uma posição de retaguarda e passividade do município em relação às "inovações" ocorridas na política nacional de Saúde.

Para essa autora, esse quadro se altera em 1989, a partir da vitória da chapa "Frente Vitória", coligação de vários partidos de esquerda, liderada pelo Partido dos Trabalhadores, para a prefeitura da Capital. Como esse partido já tinha o compromisso de contribuir com a implantação do Sistema Único de Saúde desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, essa mudança política teve efeitos importantes na área de saúde do município, que passa a se organizar em consonância com os princípios e diretrizes da reforma sanitária, tendo a implantação do SUS como prioridade.

Se a simples vontade política não é garantia de que um programa político se efetive, em Vitória ela foi decisiva para a implantação do SUS visando à municipalização e à reorientação do modelo de saúde vigente. Neste sentido, a implantação do SUS no município não resultou simplesmente de um efeito dominó das esferas Federal e Estadual, isto é, de uma indução legal. Antes, houve uma pré-disposição técnico-política que gerou condições para que esta implantação se efetivasse (OLIOSA, 1999, p. 27)

Em 1990, é aprovada a Lei Orgânica Municipal e no mesmo ano é aprovada uma Lei Estadual que oficializa a proposta de reorganização do modelo assistencial do Espírito Santo, na qual os municípios passam a ser responsáveis pela organização e pelos serviços da rede básica.

No ano seguinte, é criado o Conselho Municipal de Saúde de Vitória e acontece também a I Conferência Municipal de Saúde, com o tema: "A municipalização é o caminho". Ainda em 1991, é aprovado o Plano Municipal de Saúde dessa gestão, que define como objetivo a superação da dicotomia entre prática individual e coletiva e a valorização da presença da população organizada na geração da informação, acompanhamento e controle das ações do governo. Seguindo os

princípios do SUS, foi feita a opção conceitual pela proposta de “vigilância à saúde” (OLIOSA, 1999).

Nessa gestão se inicia o processo de divisão do município em regiões de saúde que na época são denominadas de “áreas de vigilância em saúde”. Com fins de descentralização do planejamento e das ações, no início de 1993, cada uma dessas áreas passa a ter a coordenação de um dos sanitaristas recém-formados em curso promovido pela Prefeitura com a finalidade de fortalecer a capacidade técnico-gerencial da Secretaria.

Houve, no período dessa gestão, um aumento de 70% nos recursos humanos da Secretaria, porém a importância desse dado deve ser vista não só pelo aspecto quantitativo, mas também pelo fato de todos os servidores terem sido incorporados ao quadro funcional pela via do concurso público e devido à criação de cargos, como sanitarista, médico-sanitarista e agente de saúde pública, entre outros, o que demonstra a determinação concreta de se promover mudanças no modelo de atenção à saúde.

Porém, em entrevista a Oliososa (1999), o gestor da época reconheceu que não houve tempo para se alcançar tudo o que se tinha elaborado como proposta, pois, não tendo conseguido a sucessão, a Frente Popular deixou o governo.

Em 1993, o PSDB assume o governo municipal e dá seguimento à implantação do SUS em Vitória. Nas análises de Oliososa (1999) e Bastos (2003), apesar da mudança na administração, não ocorreram alterações nas diretrizes básicas da política de saúde adotada. Importa lembrar, aqui, que esse mesmo grupo político se mantém no governo municipal até o momento, o que resulta na manutenção dessas diretrizes.

No ano de 1995, inicia-se o processo de territorialização das regiões de saúde “[...] com o objetivo de implantação de um novo modelo de atenção à saúde: Sistemas Locais de Saúde – SILOS, viabilizador de profundas mudanças na relação da Administração Municipal com a sociedade [...]” (SEMUS, 2002a, p. 1). A partir daí, cada Unidade de Saúde tem sua área de abrangência delimitada e passa a acontecer o processo de apropriação dos territórios.

A II Conferência Municipal de Saúde acontece em 1996, tendo como tema principal “Sistemas Locais de Saúde: Construindo a Saúde que Queremos”. Em 1998, o município se habilita na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a NOB/96,¹⁷ e, ainda em consonância com as orientações dessa Norma, adota o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de organização da atenção básica.

Em março de 2000, a SEMUS lança o “Manual para a Atenção Básica no Município de Vitória”, com o objetivo de “[...] regular, no âmbito do Município, a atenção básica nos territórios de saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96” (SEMUS, 2000a, p. 1).

Esse manual apresenta os SILOS como:

[...] uma proposta de reorganização e reorientação político-técnico-administrativa dos sistemas de saúde que pressupõe a descentralização e desenvolvimento local – território, como instrumento do processo de democratização e de maior participação e justiça social, garantindo equidade, eficácia e eficiência da gestão administrativa (SEMUS, 2000a, p. 1)

Segundo o Manual, as USs devem viabilizar as políticas locais por meio de seu Plano de Ação que deve ser desenvolvido pelos membros do Conselho Local de Saúde, responsável pelo gerenciamento da Unidade. As equipes das USs são definidas como “multiprofissionais, buscando trabalhar de forma interdisciplinar”.

O manual também define a organização dos serviços de saúde por níveis de atenção: primário, secundário e terciário, sendo as Unidades Básicas de Saúde as representantes do primeiro nível. O nível secundário é apresentado como

¹⁷As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram instrumentos fundamentais de regulação do processo de descentralização do SUS nos anos 90, tratando eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores, critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios e da indução de mudança do modelo assistencial (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Em 2001 e 2002, tivemos as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, com maior foco na assistência e “[...] Instituídas para superar disfunções relacionadas à responsabilidade pela saúde dos cidadãos, pelo aumento nos custos operacionais do SUS e por deseconomias de escala e de escopo, entre outros problemas que emergiram com as NOBs” (QUEIROZ, 2003).

composto pelos seis Centros de Referência Especializados¹⁸ e pelo Laboratório de Análises Clínicas.

Quanto ao nível terciário, o manual informa que o município não dispõe de hospital em sua rede própria e que muitos dos serviços dos níveis secundário e terciário estão sob a gestão e gerência do Estado. Entretanto, informa também que o município já se organizava para dar respostas resolutivas nesses níveis, por meio do Projeto dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde (SISS), projeto que tem como objetivo a integração da rede de serviços.

Em 2000, o projeto do SISS foi desenvolvido como projeto piloto na região de saúde de São Pedro. Como metodologia, foram realizados vários seminários temáticos nos quais foram elaborados os projetos de implementação do SISS nas diferentes áreas de atenção (atenção ao parto, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, saúde mental, etc.). A proposta da Secretaria era de estender o SISS para mais uma Região de Saúde em 2001 – a Região de Maruípe – e concluir sua implantação em toda a cidade até 2004 (SEMUS, 2002b), o que, todavia, não aconteceu até o presente.

Ainda em 2000, de 10 a 12 de novembro, foi realizada a 3ª Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

Num dos textos preparatórios para essa conferência, elaborado pela equipe da SEMUS, podemos ler que o esforço do município de Vitória tem sido no sentido de sair da concepção negativa da saúde e do modelo curativista, visando a construir um modelo que trabalhe com a saúde em sua concepção positiva do processo saúde – doença.

Dentro dessa proposta, a mudança na organização da Atenção Primária é colocada como essencial, sendo definida como “[...] a organização do primeiro nível de atenção que será responsável por resolver de 80 a 90% dos problemas de saúde de uma população” (PMV/SEMUS, 2000b, p. 22).

¹⁸ O Centro de Atendimento ao Idoso (CRAI), o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência DST/AIDS, o Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CRST) e o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Afirma-se que o município adotou a Estratégia Saúde da Família para reorganizar a atenção primária e, naquele momento, o PSF foi colocado como prioridade de governo que define a meta de ampliar sua implantação para todo o município até 2003 (PMV/SEMUS, 2000). A fragmentação na oferta de serviços de saúde, colocada como uma questão que impede a continuidade da atenção e que compromete a resolutividade dos problemas de saúde, é citada como um dos principais problemas do sistema brasileiro de saúde e que atinge também Vitória. O projeto dos SISS é apontado no texto como proposta para o enfrentamento desse problema, sendo explicitado que tem como base uma atenção primária organizada pela Estratégia Saúde da Família, propondo que a atenção secundária e terciária seriam, a partir de então, organizadas *pela e para* a atenção primária.

Em 2001, é lançada uma nova norma operacional visando à organização do SUS, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Essa norma define sete áreas estratégicas de ação na atenção básica, constituindo-se em eixos prioritários de ação que devem, necessariamente, ser implantadas nesse nível de atenção em todos os municípios do País. São eles: controle da tuberculose, controle da hanseníase, controle do diabetes, controle da hipertensão, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

A NOAS deixa, porém, ao gestor local, a autonomia para incluir, entre os eixos prioritários, outras áreas de ação que considere estratégicas, e a SEMUS inclui as ações de Saúde Mental, Saúde do Idoso e controle de DST/AIDS, o que significa ter assumido, como prioridade para o município a realização de ações dessas áreas desde a atenção básica.

Em 2002, o município aderiu à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, aumentando o elenco de procedimentos da atenção básica sob sua gestão (SEMUS, 2002b). Em setembro daquele ano, o Prefeito Municipal assinou um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde para habilitar Vitória na Gestão Plena do Sistema, o que deveria acontecer em 2003. Ainda nesse ano realiza-se a 4ª Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema “Vitória do Futuro: Rumo à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde”. Todavia, até o presente, Vitória continua na gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, o que

significa que o município só tem governabilidade sobre os serviços próprios, municipais, não tendo poder de gestão ou gerência dos serviços estaduais ou federais que funcionam na cidade, como o Pronto-Socorro São Lucas, o Hospital Infantil, entre outros.

No momento, a rede de serviços municipais é composta de 27 Unidades de Saúde, uma Policlínica que atende à Região São Pedro, o Centro Municipal de Especialidades, o Pronto Atendimento Municipal, a Central Municipal de Ambulâncias, o Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CRAI), o Centro de Referência às DST/AIDS, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) e o Laboratório Central. Quanto à rede básica, quatorze das Unidades de Saúde contam com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quinze já são Unidades de Saúde da Família e as restantes ainda funcionam como Unidades Básicas de Saúde.

4.2.2 A Organização da Saúde Mental na Semus – Vitória

A organização da área de saúde mental na SEMUS inicia-se com a própria organização da Secretaria, em 1989. Nesse ano, como parte do projeto de atuação da gestão da Frente Popular, foi elaborado o primeiro “Plano de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória”, o que marcou o início da organização das ações da área da saúde mental nessa Secretaria.

Elaborado pelos profissionais de saúde mental da SEMUS, o plano toma como referência a “[...] leitura de trabalhos realizados em saúde mental nos grandes e médios centros urbanos do país [...]” (SEMUS, 1990), além de uma análise do quadro da assistência em saúde mental oferecida pelo município naquele momento. Nessa análise, os serviços existentes são descritos como desorganizados e mal distribuídos, além de apresentarem carência de recursos materiais e humanos. O sistema hospitalar local é definido como “[...] totalmente desarticulado de sua função e de seu meio social, privilegiando o tratamento farmacológico, não oferecendo nenhuma alternativa ao processo de libertação dos pacientes, que tendem a cronificar sua doença” (SEMUS, 1990). A

inexistência de trabalhos alternativos que pudessem intermediar a assistência prestada entre o ambulatório e a internação é apontada como um problema que contribui com a manutenção do modelo tradicional de assistência hospitalar. Destaca-se, ainda, a falta de um trabalho organizado com relação à saúde mental escolar e a inexistência de ações de saúde do trabalhador, além da existência de comunidades que, por se situarem afastadas dos postos de saúde, não se beneficiavam com serviços de assistência à saúde e saúde mental. Diante desse quadro, o plano prevê:

[...] o trabalho de equipes multiprofissionais ligadas aos diversos níveis atenção à saúde e saúde mental, integrando e viabilizando a assistência prestada no Estado e no Município, atendendo a proposta de unificação do sistema de saúde formulado a partir dos movimentos dos trabalhadores em saúde e outros (SEMUS, 1990).

Apresenta, como objetivo geral, “Promover ações de interesse da comunidade, a nível primário e secundário, visando o bem-estar psíquico e social do cidadão, revertendo a concepção organicista, passiva e alienada da saúde” (SEMUS, 1990). Aparecem, ainda, entre os objetivos, a ampliação, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde mental.

Como estratégias de implementação, o plano propõe incluir a saúde mental no organograma da Secretaria, contratar recursos humanos, adequar local, adquirir material, realizar capacitação, divulgar o serviço na rede municipal de educação e promover ações informativas e educativas dirigidas à comunidade.

A operacionalização do plano é prevista na forma da implantação de um “Programa Geral Ambulatorial” e de dez “Programas Específicos de Saúde Mental”. O primeiro deveria ser desenvolvido por todas as Unidades de Saúde do tipo 3 – US3 – e pelo Centro de Referência de Especialidades (CRE), serviço estadual responsável pela oferta de consultas ambulatoriais especializadas. Em cada US3, deveriam ser lotados dois psicólogos e, para o CRE, era proposto o aumento de um para dois psiquiatras.

Entre os programas específicos de saúde mental, estava prevista a implantação do Centro de Tratamento de Toxicômanos de Vitória; do Conselho Municipal de Entorpecentes; do Centro de Triagem de Vitória (no qual deveria ser lotado um

psiquiatra) e de uma Divisão de Saúde Mental no nível central da SEMUS que deveria ser ocupada por uma chefia de confiança da Secretaria. Além desses, foram propostos os programas de distribuição e controle de medicamentos; de saúde do escolar; saúde do trabalhador; de supervisão e avaliação; de controle epidemiológico; e o de informação e educação em AIDS.

Em 1992, foi realizado concurso público que permitiu a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental do município. Essas contratações possibilitaram a inauguração, em dezembro do mesmo ano, do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) e do Centro de Referência de DST/AIDS, a lotação de um psicólogo no Programa de Saúde do Trabalhador e a ampliação da oferta de ações nos ambulatórios que passaram a contar com onze psicólogos e um psiquiatra distribuídos em seis das Unidades de Saúde da rede municipal.

Com essas mudanças e já com contribuições da prática acumulada, em agosto desse mesmo ano foi realizada uma revisão do Plano de Saúde Mental da SEMUS. Esse plano apresenta a necessidade de reversão do modelo hospitalar-asilar e medicalizante da assistência ao doente mental, definindo como fundamentos os princípios da I Conferência Nacional de Saúde Mental, da IX Conferência Nacional de Saúde, da Declaração de Caracas e do Projeto de Lei Paulo Delgado, naquele momento ainda em tramitação (SEMUS, 1992).

As diretrizes do SUS também são destacadas, uma vez que “O gerenciamento único e a municipalização forneceriam as condições políticas para organizar um sistema que incluísse os serviços da Universidade, Unidades de Saúde do Estado e do Município” (SEMUS, 1992). A intersetorialidade também comparece na afirmação de que “A atenção à Saúde mental não cabe aos profissionais especialistas em saúde mental, mas aos profissionais de saúde, de educação, assistência social e outros”. É previsto também o trabalho de equipes multiprofissionais ligadas aos diversos níveis de atenção à saúde, com vistas a integrar a assistência oferecida no Estado e no município.

Como objetivos, são colocados:

[...] integrar a assistência em Saúde Mental junto aos demais programas de saúde da PMV, revertendo uma concepção organicista e alienante da

saúde. No âmbito específico da atividade clínica em Saúde mental, atentar para uma postura ética que sustente essa prática, fundamentada teoricamente (SEMUS, 1992).

Mantém-se a organização por subprogramas e suas únicas alterações referem-se ao Programa de Saúde do Escolar, que passa a fazer parte do Programa Ambulatorial, e a inclusão do “Programa de Participação nos Programas de Saúde da SEMUS” (Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, etc.). Entre as metas, aparece, como novidade, a proposta de implantação de serviços como hospital-dia, pensão protegida e Centros de Convivência com funcionamento noturno e nos finais de semana.

Quanto ao Programa Ambulatorial, são colocadas como diretrizes:

- Política de saúde mental de expansão em nível ambulatorial dos serviços de saúde mental;
- **Atendimento ambulatorial como uma alternativa em saúde mental, revertendo o modelo hospitalocêntrico e propiciando a manutenção do paciente em sua comunidade;**
- **Atendimento clínico-psicológico, visando tratamento a nível ambulatorial** e pesquisa, segundo a referência teórica dos profissionais;
- Atuação em saúde mental junto aos programas de Atenção descentralizada, integral e contínua à saúde da criança, do escolar, da mulher e do trabalhador com abrangência em saúde pública (SEMUS, 1992, grifos nossos).

O “Atendimento clínico psicológico individual e/ou grupal nas Unidades Sanitárias da P.M.V.” aparece novamente como estratégia de operacionalização do plano, junto a atividades de integração nos programas e atuação em clínicas e serviços para estudos, pesquisa e controle epidemiológico (SEMUS, 1992).

Todavia, apesar de essa versão do Plano de Saúde Mental afirmar mais explicitamente o compromisso com a política de reversão do modelo hospitalocêntrico, como observa Bastos (2003, p. 82), o plano “[...] não mencionou, em sua operacionalização, o atendimento por outros profissionais, prevendo o atendimento psicológico nas Unidades de Saúde”. Além disso, a

autora destaca que não foi abordado o papel da Secretaria Estadual da Saúde e nem foi desenvolvido o item que se refere à criação de hospital-dia e outros dispositivos antimanicomiais. Por fim, Bastos aponta que, embora o plano cite a atuação conjunta com outros programas de saúde, essas diretrizes,

[...] não traduzem necessariamente uma nova forma de organização do trabalho. Na prática, exceto nos Centros de Referência, **a Equipe era constituída por psicólogos, exercendo suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, sem outros profissionais na unidade que integrassem a assistência à saúde mental** (BASTOS, 2003, p. 81-82, grifo nosso).

A aposta no “gerenciamento único e da municipalização” como fornecendo as condições políticas para a integração de ações do município e do Estado também não se concretizou plenamente. Apenas as Unidades de Saúde do Estado foram municipalizadas, em 1996, permanecendo os serviços de maior complexidade, até o presente, sob a gerência e gestão do Estado.

Em 1995, no diagnóstico situacional realizado em função da política de territorialização da saúde, aparecem, como agravos mais freqüentes no campo da saúde mental, os distúrbios de comportamento em crianças e o alcoolismo (BASTOS, 2003). Nesse momento, foi designada uma comissão de planejamento da Política de Saúde Mental do município de Vitória. Essa comissão produziu um documento que teve apenas uma versão preliminar, uma vez que foi desfeita antes de finalizar seus trabalhos, quando a demanda da Secretaria foi direcionada para a implantação do CAPS. De acordo com a comissão, tratava-se de um momento em que se fazia necessário repensar as práticas profissionais em saúde mental no município de Vitória, buscando ampliar a abrangência do serviço e criar novas formas de atuação, tendo como eixo central da reorientação das práticas os parâmetros do SUS, da II Conferência Nacional de Saúde Mental e a Política de Saúde do Município (SEMUS, 1995).

Como marcos conceituais, propõe ações que visem à criação de espaços terapêuticos alternativos ao hospital psiquiátrico, buscando implementar uma política de desospitalização. O texto deixa claro que não se trata de suprimir a “[...] internação do doente [...] nos casos em que se fizer necessário, com

avaliação extensa das indicações e precisão cuidadosa dos critérios [...]”, mas sim de abolir a “[...] a cultura do manicômio que ali se instala [...]”, por se tratar de uma prática padronizadora que não respeita a particularidade de cada sujeito (SEMUS, 1995).

[...] Trata-se dentro dessa reorientação que nos movimenta, de criar o lugar do sujeito acometido no seu sofrimento, sem o desprezo da grande clínica que deve ser retomada e liberada do seu enquadramento ‘standard’ para no interior de seus pressupostos poder esperar sem antecipação, a expressão daquele que adocece, sua singularidade, sua diferença, sua particularidade, sua especificidade, enfim, sua fala como manifestação da mais radical diferença que cada sujeito porta (SEMUS, 1995).

Nesse sentido, todos os serviços de saúde, incluindo as Unidades de Saúde e os ambulatórios, são considerados essenciais para a reorientação do modelo, devendo ser verificada permanentemente “[...] sua vocação para a nova proposta, cuidado necessário para a não reprodução de cultura do manicômio nos diversos aparelhos e serviços” (SEMUS, 1995).

Como diretrizes, define-se que as ações devem se dar nos níveis da prevenção, assistência e reabilitação. Quanto às ações na área de prevenção, lemos que devem ser articuladas e integradas às ações gerais de saúde, desenvolvidas por meio de práticas coletivas e de educação em saúde, sempre de caráter intersetorial e “[...] tendo como princípio fundamental a participação da comunidade em todo processo” (SEMUS, 1995). Destaca-se que, devido à complexidade da questão e à exigência de novas práticas, o trabalho da equipe de saúde mental deve ser necessariamente multiprofissional, buscando, assim, que as equipes de saúde estabeleçam laços de equipe que levem à criatividade e responsabilidade com o trabalho.

Quanto às ações de assistência, estas podem se dar na forma de ações individuais, grupais, familiares, sociais, institucionais, medicamentosa e outras. Quanto à reabilitação, é proposto que as ações devam ir além da assistência ao sofrimento, sendo necessário “[...] maior envolvimento da sociedade na reintegração do sujeito a sua comunidade na forma do convívio social e

propiciando trabalhos cooperativos, assim, como, da garantia do pleno exercício da cidadania” (SEMUS, 1995).

O objetivo geral da reorganização proposta é assim descrito:

Reorientar o modelo de atenção em Saúde Mental, ampliando os níveis de atuação, estimulando o exercício da cidadania, criando alternativas ao modelo hospitalocêntrico, incentivando a organização social da clientela na luta por melhora na qualidade de vida, e conseqüentemente de sua saúde mental (SEMUS, 1995).

Referindo-se à operacionalização, não aparecem mais os subprogramas, mas apenas os ambulatórios, no caso as Unidades de Saúde, e os Centros de Referência CPTT e DST/AIDS, além da proposta de implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quanto às USs,

O trabalho de Saúde Mental, em nível da prevenção nas comunidades locais, será balizado pelo conhecimento da realidade de cada comunidade e de suas problemáticas, identificadas pelos diagnósticos de saúde. O trabalho implica em estimular o processo de mobilização, participação e organização social dos cidadãos em associações comunitárias, onde serão debatidos os problemas de saúde mental e de saúde em geral.

Possibilitar a construção do exercício da cidadania, desde a escola, que é, participar das decisões, da gestão social, num aprendizado construtor de subjetividades transformadoras.

Quanto ao tratamento e à assistência em saúde mental, este é um direito do cidadão, portanto, faz-se necessário que os ambulatórios estejam estruturados para tal (SEMUS, 1995).

Em 1996, com a municipalização de seis Unidades estaduais, o município passa a contar com mais dois psiquiatras e com quatro neurologistas, porém, apesar de continuarem a exercer suas atividades nas Unidades, estes não se integraram na chamada “equipe de saúde mental” que, na prática, se constitui apenas por psicólogos. Nesse ano também é inaugurado o CAPS Ilha de Santa Maria.

A implantação do CAPS deu-se sem discussão com os profissionais da Rede Básica, não constituindo um movimento dentro da Secretaria. Entretanto, representou importante dispositivo no atendimento aos

transtornos graves e, após sua implantação, conseguiu o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, usuários, familiares e parcela da comunidade, de que novas formas de tratar a loucura é possível. A carência de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no Estado e principalmente, na Região Metropolitana, fez com que o serviço não fosse regionalizado, constituindo-se como referência não só para o município, mas também para a população de outros municípios da Região Metropolitana e mesmo do interior do Estado (BASTOS, 2003, p. 86).

Em 1999, a SEMUS solicita a definição de uma política para a área de saúde mental, juntamente com a revisão do Plano de Ação 2000, o que levou à elaboração da Política de Saúde Mental do Município de Vitória ora em vigor. Ainda que não publicado de forma oficial, esse é o documento que define atualmente as prioridades e diretrizes para a área.

Esse documento apresenta, inicialmente, uma análise da situação das ações de saúde mental, fazendo uma avaliação positiva da sua evolução com relação aos objetivos estabelecidos em 1995. Também é favorável a avaliação da consonância das ações com relação às diretrizes do SUS. Porém, é apontado que a não integração das ações entre si comprometia a obtenção de melhores resultados. Ressalta-se a importância de “[...] um modelo de atenção em saúde mental que supere o modelo hospitalocêntrico e garanta acolhida, vínculo e responsabilidade em sua abordagem” (SEMUS, 1999, p. 4).

São estabelecidas três prioridades para a área de saúde mental: atenção aos transtornos mentais graves; atenção aos usuários de álcool e outras drogas e atenção à saúde mental da criança e do adolescente (SEMUS, 1999). Como objetivo geral, aparece:

[...] a estruturação de uma rede de serviços diversificados, regionalizados, integrados e inseridos no contexto geral da saúde, que permita a implantação de um modelo de atenção que valorize a singularidade do sujeito que sofre, orientando suas ações no sentido da promoção da saúde e da vida, com qualidade para o sujeito e seu ambiente (SEMUS, 1999, p. 11).

Para a operacionalização das propostas, são indicadas: consolidação das ações coletivas; parcerias com serviços municipais, estaduais e comunitários; inclusão do assistente social nas ações de saúde mental; estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; participação nas ações relativas à atenção aos agravos causados pelas causas externas; realização de levantamento epidemiológico; consolidação da Rede de Atenção ao Toxicômano; capacitação em saúde mental para as equipes das USs, do PACS e do PSF; organização da assistência farmacêutica; implantação de grupos de acolhimento em saúde mental nas USs; construção de indicadores, além de várias ações voltadas à consolidação e ampliação das ações do CPTT. Para os próprios profissionais da área, foi prevista a realização de curso de especialização em saúde mental coletiva.

São apontados, ainda, alguns pontos críticos que impediam um maior avanço da área. Entre eles se incluem problemas ligados à carência de recursos humanos; carência de serviços que permitissem a atenção fora do modelo hospitalar; dificuldades para a realização de exames de apoio diagnóstico; de oferta de medicação e de estabelecer parcerias dentro da própria PMV. Destacamos dois pontos citados como dificuldades e que se relacionam com nosso tema: pouca informação dos profissionais em geral quanto a possibilidades de outra forma de atenção e cuidado em saúde mental e pouca disponibilidade das equipes das USs para atividades de planejamento, discussão de casos, reuniões de equipe, supervisão, contatos intersetoriais e interinstitucionais. Tais questões serão retomadas na discussão dos resultados.

No ano 2000, na realização do projeto SISS São Pedro, como parte da metodologia de sua implantação, foi construído o Projeto de Intervenção em Saúde Mental para a Região. Esse projeto, porém, não foi implementado e o único progresso alcançado foi a lotação de um psiquiatra na Policlínica de São Pedro, que passou a se responsabilizar pelo atendimento ambulatorial. Todavia, não foi seguida a orientação do projeto de constituição de uma equipe mínima de saúde mental na Policlínica (que seria composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social) e, atuando sozinho, sua prática tem sido pautada no

modelo tradicional, não havendo maior troca com os profissionais das Unidades de Saúde da Região.

Em 2001, com a edição da NOAS 2001, tal como já mencionado, a SEMUS acrescentou a saúde mental como uma das responsabilidades mínimas do município na oferta de atenção no nível básico de saúde. Essa atitude significa que a Secretaria estava assumindo o compromisso de oferecer a atenção necessária em saúde mental desde a atenção básica.

Na Agenda Municipal da Saúde de 2001, instrumento de gestão instituído pela NOAS, o setor de saúde mental da SEMUS define, como meta a ser cumprida em 2002, a elaboração e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde de um Programa Municipal de Saúde Mental.

Porém, em 2002, dentro do trabalho de organização e desenvolvimento institucional, desenvolvido a partir da consultoria com Dr. Eugênio Vilaça, a SEMUS definiu a elaboração de Protocolos Terapêuticos para todas as áreas de atenção. Desse modo, a proposta do “programa” foi substituída pelo compromisso com a elaboração de um Protocolo de Atenção Integral em Saúde Mental que ainda não foi apresentado, uma vez que houve a priorização pela elaboração e lançamento inicialmente dos protocolos de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e de Acolhimento.

A proposta de um protocolo de saúde mental foi recebida sem muito entusiasmo tanto pela coordenação da área quanto pelos profissionais. Todavia, avaliou-se que valeria a tentativa de se elaborar um instrumento que pudesse contribuir para que os profissionais da atenção básica se responsabilizassem pela atenção aos usuários portadores de transtornos mentais graves de sua região. Assim, o compromisso de elaborar o protocolo se mantém, agora com previsão para efetivação no ano de 2004.

Visando à operacionalização da prioridade de atenção aos portadores de transtornos mentais graves nas Unidades de Saúde, o Plano de Ação da Saúde Mental de 2002 estabelece, como responsabilidade das equipes das USs, a identificação e a atenção a pessoas em situação de sofrimento ocasionado pela vivência de algum tipo de transtorno grave. Como ações, foram propostas visitas

domiciliares e atendimento desses usuários e de seus familiares nas Unidades, o que gerou certa reação, uma vez que a demanda maciça para atendimento em saúde mental nas Unidades de Saúde não se compõe dessa população, mas de pessoas que chegam por demanda espontânea, geralmente com questões ligadas a quadros de ansiedade e depressão leve ou os chamados “distúrbios de conduta” e de “aprendizagem” no que se refere às crianças.

Cabe lembrar que a realidade da prática de saúde mental na rede municipal ainda estava próxima à apresentada por Bassani (1995), em pesquisa realizada sobre a atuação do psicólogo clínico na rede de saúde mental de Vitória, em que os resultados mostram que a maioria dos profissionais dessa categoria executava apenas atendimentos individuais em consultórios dentro das Unidades de Saúde.

Apesar de essa pesquisa apontar que alguns psicólogos já apresentavam questionamentos quanto a essa prática, também fica claro que eles não conseguiam definir de que outro modo poderiam atuar no espaço da saúde pública. Assim, permanecia, quase exclusivamente, o atendimento clínico individual, com alguns profissionais participando dos programas do Ministério da Saúde, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) ou de Saúde da Mulher.

Para a viabilização da mudança proposta em 2002, alguns recursos eram necessários, como oferta de material para realização de grupos e oficinas nas Unidades de Saúde, capacitações, disponibilização de medicação aos usuários que passassem a ser atendidos nas Unidades, retaguarda de assistência ambulatorial em psiquiatria, entre outras. Porém, nenhuma dessas solicitações foi atendida pela Secretaria até o final do ano de 2003, problema que aparece como uma das justificativas dos profissionais da dificuldade em atender essa população.

Ainda em 2002, a coordenação de saúde mental do município organizou um Seminário Interno de Saúde Mental na SEMUS. No documento de abertura, intitulado “Saúde Mental na SEMUS: Histórico e Momento Atual, Impasses e Perspectivas”, após ser apresentado um histórico e reconhecido que alguns dos

problemas da área são relativos ou a dificuldades da SEMUS como um todo ou a seu nível de gestão, lemos a seguinte afirmativa:

Vimos que o histórico e o quadro atual revelam uma situação de certa ambigüidade uma vez que há uma política definida e colocada como prioridade, mas no nível central não há investimentos suficientes que possibilitem o cumprimento das propostas contidas nesta [Política de Saúde Mental do Município de Vitória] e, do lado da equipe, não há uma efetiva priorização da clientela no nível básico tal como é proposto (SEMUS, 2002b).

Na seqüência desse documento, ressalta-se que as experiências em curso demonstravam que é possível inovar, mesmo sem ter as condições ideais, porém também se reafirma que, para a efetivação das propostas, algumas condições mínimas eram necessárias e, nesse sentido, a Secretaria é convocada a definir o quanto se propunha a investir para a reestruturação da atenção na área. Assim, estabelece como objetivo para 2003:

Assumir a proposta de implantar uma nova forma de atenção em saúde mental em Vitória, tal como é expresso desde o primeiro documento de planejamento desta área na SEMUS, buscando a efetivação da desinstitucionalização da atenção no nosso município, o que significa priorizar mesmo a população definida e as ações coletivas como estratégia (SEMUS, 2002c).

Com essa finalidade, o Plano de Ação 2003 apresenta um investimento maior na sensibilização e capacitação das equipes da rede básica, no que se refere à reforma psiquiátrica e à atenção ao transtorno grave, apresentando planejamento de capacitação em saúde mental para todas os profissionais de saúde. Considerando as dificuldades para atingir a totalidade dos profissionais da SEMUS e mesmo para a realização das atividades de forma interdisciplinar, foram programados: Curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica que seria oferecido para todos os profissionais psicólogos, assistentes sociais e para um médico e um enfermeiro da cada Unidade de Saúde da Família; além da participação da coordenação de saúde mental e de profissionais do CAPS e do CPTT nos módulos do Programa de Educação Permanente dos médicos e enfermeiros, atingindo, aí, todos os médicos e enfermeiros das equipes do PSF

de Vitória. Os agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem seriam sensibilizados e capacitados em grupos a serem realizados pelos psicólogos das Unidades de Saúde.

Todas as atividades previstas para 2003 foram realizadas, o que permitiu o contato das equipes das USs com a temática da reforma psiquiátrica e com as propostas de atuação voltadas para sua efetivação.

O Plano de Ação de 2003 propôs, ainda, um conjunto de ações que envolveram: levantamento e cadastro da população necessitada de atenção em saúde mental; levantamento da rede social dos territórios; atendimento inicial da demanda espontânea em grupos de acolhimento; realização regular de grupos com os agentes comunitários de saúde; realização de oficinas e eventos na unidade e na comunidade; comemoração das datas do Dia Nacional de Luta Antimanicomial e do Dia Mundial de Saúde Mental; e levantamento mensal das atividades realizadas visando ao seu acompanhamento. Esse conjunto de ações foi realizado de forma irregular pela equipe. Alguns participaram de todas as ações e outros as evitaram ao máximo, mantendo apenas a prática de atendimento individual, o que indica a dificuldade, ainda existente, para se efetivar a mudança de práticas com vistas às diretrizes da reforma psiquiátrica.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

“Para a realização de certos empreendimentos humanos uma desordem bem meditada constitui o verdadeiro método”

Hermam Melville

Lembrando que trabalhamos com a proposta da epistemologia complexa que, partindo de uma crítica à racionalidade cientificista clássica, propõe a sua superação, esclarecemos que não se trata de negar o valor e a pertinência dos procedimentos derivados dessa concepção clássica, mas sim de tomar uma posição crítica que parte da afirmação de sua insuficiência para o entendimento da realidade humana. Assim, seguindo Morin (1999), consideramos que se trata de manter as regras dessa racionalidade, mas sendo capaz, também, de transgredi-las e de retornar a elas na construção do saber.

Isso significa também trabalhar com as contradições presentes nos acontecimentos, sem a pretensão de eliminá-las. Usar do saber acumulado, mas não permitindo que este impeça novas formas de entendimento necessárias para pensar e descrever o fenômeno humano.

Nessa nova perspectiva, “[...] a reflexão sobre o rigor e a validação exige um novo enquadre, abandonando a questão da validade e fidedignidade e trazendo para o cenário a polissemia, a reflexividade e a ética” (SPINK, 2000, p. 11).

Ainda nessa perspectiva, a distinção rígida dos lugares de sujeito/objeto mostra-se inadequada, uma vez que se considera que os sujeitos produzem e são produzidos dentro de contextos histórico-sociais, estabelecendo significados e teorias explicativas sobre o mundo e as estruturas das quais participam, envolvendo-se também em sua construção. Essas teorias elaboradas pelos sujeitos devem, então, ser consideradas como um saber válido que orienta suas práticas, que porta verdades e que traz em si efeitos das múltiplas determinações que participaram de sua construção, tendo, por sua vez, efeitos próprios sobre o contexto em que incidem. Assim, o pesquisador não será considerado como o único que tem um saber a respeito do problema em questão.

Como se trabalha com uma visão da realidade entendida como um fenômeno histórico, cultural e dinâmico, o objetivo se volta para a especificidade do conhecimento produzido. O que se busca é o enriquecimento das possibilidades de interpretação dos fenômenos, o que se pode conseguir a partir da consideração de aspectos contrastantes ou complementares que “[...] possibilitam uma visão caleidoscópica do fenômeno em estudo e constitui um dos caminhos de busca de credibilidade perante a comunidade científica” (SPINK, 2000; p. 12). O fato de os resultados não serem tidos como conclusivos e generalizáveis é assumido como efeito da própria complexidade dos fenômenos sociais que impede o controle de todas as variáveis envolvidas. De todo modo, ainda que não se busque a generalização dos resultados da pesquisa, continua-se acreditando que sua divulgação contribui com o conhecimento, na medida em que faz conhecer uma das possibilidades de produção de sentido para o tema estudado,

além de explicitar também o processo como esse fenômeno está se efetivando, mostrando brechas para os movimentos de transformação.

O rigor será dado, então, pela “[...] explicitação da posição do pesquisador [...]” (SPINK, 2000, p. 13), de suas afiliações teóricas, de seus valores e interesses e de como esse conjunto teve efeitos no desenho e na realização do estudo. Trata-se de salientar questões de ordem ética ao lado de conceitos teóricos e/ou técnicos, e de efetivamente deixar claros para a comunidade científica os procedimentos adotados e os critérios de escolha que levaram à sua adoção, bem como todos os dados brutos da pesquisa e as concepções do pesquisador que fundamentaram sua interpretação dos resultados. “O rigor e a validação são, assim, fenômenos da ordem da intersubjetividade e prendem-se à possibilidade de socializar o processo interpretativo” (SPINK, 2000, p.13). O que importa, dessa forma, é deixar claras as escolhas políticas e éticas, tanto quanto os procedimentos técnicos que, sendo importantes para a compreensão do processo de pesquisa e mesmo para a sua discussão, não serão os elementos maiores para a compreensão do estudo.

Concordamos com Barros e Pinto (2003) quando afirmam que “[...] o que distingue os diferentes processos metodológicos é, portanto, a postura assumida na análise dos dados e não os instrumentos utilizados. O olhar sobre o material coletado é o que diferencia, principalmente, os métodos de pesquisa”. Segundo as autoras, quaisquer que sejam os procedimentos utilizados, aquilo que se busca conhecer, os efeitos que se procura produzir e a leitura que se fará dos resultados colhidos é que marcarão a característica da pesquisa.

Em nosso caso, procuramos saber se os profissionais de saúde de Vitória que atuam no nível primário de atenção à saúde mental estão tendo acesso às propostas da reforma psiquiátrica, como estão delas se apropriando e que repercussão elas têm tido no desenvolvimento de suas atividades concretas. Também procuramos conhecer como as propostas de construção/invenção de novas práticas os têm afetado, como avaliam e como se sentem em frente a essa nova perspectiva de trabalho; o que lhes parece abrir possibilidades e o que tem efeito de paralisar os movimentos de mudança. Enfim, tentamos analisar, no nível

micropolítico, e dentro de um local e contexto específicos, como tem acontecido o processo de operacionalização das propostas da reforma psiquiátrica e como os profissionais dos serviços do nível primário de atenção têm lidado com esse processo.

Uma metodologia de pesquisa que se instrumenta na micropolítica é essa que investiga e que descreve as práticas que constroem e desconstroem os objetos. É estar atento aos movimentos de criação, às orientações e direções que se opõem à adaptação, a modelos traçados no próprio tecido social (devir) (BARROS; PINTO, 2003).

Nesse sentido, procuramos estar atentos aos movimentos que possibilitam a desconstrução de concepções e práticas naturalizadas e a construção/invenção de novas maneiras de agir e lidar com o trabalho de saúde mental nesse nível de atenção.

Pesquisar, portanto, é questionar e modificar aqueles sistemas que tornam possíveis somente certas espécies de ação. Se quisermos experimentações diferentes daquelas que nossas práticas possibilitam, são outras práticas que devemos construir mergulhando no plano micropolítico, na análise da função enunciativa, para produzir novas regiões de saber. É com esse objetivo que caminhamos quando do tratamento dos dados coletados, nos perguntando face ao espaço da pesquisa e tomando as práticas concretas como domínio privilegiado de análise (BARROS; PINTO, 2003).

A partir dessa perspectiva, adotamos a abordagem qualitativa por se tratar de uma leitura que se propõe a trabalhar com a compreensão das intenções e do significado dos atos humanos, além de considerar os fenômenos sociais como processos que vão além do que é captado no plano objetivo, colocando-os como construídos historicamente, tal como descrito por Minayo (1993). Para essa autora, as abordagens qualitativas “[...] trazem para o interior da análise, o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e o conflito” (MINAYO, 1993, p. 35).

5.1 PARTICIPANTES

Para alcançar os objetivos propostos, participaram deste estudo seis psicólogos do quadro efetivo da SEMUS que atuam no nível primário de atenção à saúde, além de 27 médicos e 17 enfermeiros do Programa Saúde da Família.

Com relação aos médicos e enfermeiros, trabalhamos apenas com profissionais do PSF, pelo motivo de que apenas os profissionais ligados a esse programa têm um espaço definido e regular de encontros – os Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAPs), ligados ao Programa de Educação Permanente (PEP) – o que viabilizou sua abordagem no prazo previsto. A quantidade de profissionais dessas categorias não foi definida previamente. De início, fizemos contato com a coordenação do PEP que permitiu que comparecêssemos nos GAPs. Nesses grupos, apresentamos nossa proposta de investigação e aplicamos os questionários aos profissionais que concordaram em participar, tendo alcançado, assim, o número final de participantes.

Cabe lembrar que, inicialmente, tínhamos como proposta trabalhar apenas com os psicólogos, por serem estes os únicos profissionais identificados como responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde mental nessa Secretaria. Porém, embora esse fato ainda permaneça, nosso contato com os profissionais do PSF – médicos e enfermeiros – nos espaços de capacitação e grupos de trabalho nos permitiu avaliar que já há uma sensibilização e aproximação desses profissionais com as ações de saúde mental, o que nos mostrou a importância de incluí-los entre os sujeitos pesquisados.

Avaliamos que a inclusão desses novos participantes não se constituiu num problema metodológico, uma vez que tal possibilidade já estava presente no projeto original, a partir das colocações de Minayo (1993), que aponta a importância de a amostragem refletir a totalidade do fato pesquisado nas suas múltiplas dimensões, abrangendo todos os atores que compõem o fenômeno com que se vai trabalhar. Destaca, também, que, apesar do desenho inicial, deve-se prever um processo de inclusão progressiva de novos sujeitos encaminhada pelas descobertas do campo.

Quanto aos psicólogos que tomaram parte da pesquisa, optamos por aqueles do quadro efetivo de pessoal da Secretaria, trabalhando, no mínimo, há cinco anos em Unidades de Saúde, pois assim teriam vivenciado o processo de transformação das ações de saúde. Teríamos, então, nove profissionais como sujeitos da pesquisa. Todavia, não foi possível o acesso a todos, uma vez que um estava afastado para mestrado, um por férias e um terceiro por licença médica, na época de realização da pesquisa. Dessa forma, tivemos seis psicólogos como participantes deste estudo.

5.2 PROCEDIMENTOS

Considerando o caráter processual da pesquisa tal como a concebemos, mudanças e ampliações nos procedimentos foram acolhidas e deram o formato final deste estudo. O critério para acolher tais mudanças foi o foco no objetivo geral a ser investigado, qual seja, a análise das possibilidades de construção/invenção de ações de saúde mental no nível primário de atenção à saúde, de modo que estas mantenham a característica de desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica brasileira. Considerando que esta pesquisa foi realizada no momento mesmo em que estava em curso todo um trabalho voltado à mudança de práticas na área de saúde mental no eixo das propostas da reforma psiquiátrica e que, durante sua realização, continuamos exercendo a função de coordenação de saúde mental do município, podemos dizer que esta investigação teve, então, como objeto, um processo em construção do qual estamos participando, o que nos permitiu acompanhar um pouco seu desenrolar.

Por essa razão, o trabalho de campo não se restringiu à realização dos procedimentos específicos de pesquisa que descreveremos a seguir, tendo se iniciado já nos espaços ligados às ações desenvolvidas junto aos profissionais de saúde da SEMUS em função do nosso lugar e função institucional. Essas ações – que incluíram reuniões de equipe, atividades de capacitação e grupos de trabalho desenvolvidos pela pesquisadora de março de 2002 até dezembro de 2003 – permitiram que tivéssemos contato com profissionais de todas as

categorias, incluindo os agentes comunitários de saúde, o que ampliou nossa possibilidade de perceber e compreender a complexidade envolvida no trabalho na rede básica, além de ter nos revelado uma dimensão mais ampla do contexto institucional, aspecto que destacamos nos resultados obtidos. A utilização dos registros pessoais e observações feitas nesses espaços, bem como de documentos oficiais da Secretaria, como fontes secundárias, já estava prevista no projeto inicial, pois sabíamos que o fato de termos mantido nossa inserção institucional nos levaria a estar em contato com os profissionais não apenas como pesquisadora, mas também como coordenadora, dando-nos acesso ao trabalho corrente desenvolvido nessa área, o que nos afetou e gerou percepções e impressões que não poderíamos ignorar uma vez que trabalhamos com um referencial no qual a implicação do pesquisador com seu tema é assumida e deve ser explicitada.

Como procedimentos específicos, inicialmente foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de psicologia que atuam no nível primário de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS). Também dentro do previsto, como fontes secundárias, trabalhamos com documentos oficiais, registros pessoais e observações feitas em espaços de construção/discussão das ações de saúde mental nessa Secretaria. Trata-se de reuniões de equipe, atividades de capacitação e grupos de trabalho desenvolvidos pela pesquisadora com psicólogos, médicos e enfermeiros do PSF, de março de 2002 até dezembro de 2003.

Na abordagem aos psicólogos, foram realizadas entrevistas iniciais para o desenvolvimento de trabalho prático, em disciplina do mestrado, que visava a avaliar as representações sociais sobre ações de saúde mental. Os participantes foram informados de que se tratava de uma fase exploratória da pesquisa e que poderiam ser abordados novamente para seguimento da investigação. As entrevistas foram semi-estruturadas e trabalharam com a técnica de associação livre em algumas questões (Apêndice A), o que possibilitou a ocorrência de um discurso amplo sobre o tema, dando-nos informações que exploramos mais detidamente neste segundo momento. Assim, devido à existência desse material, realizamos apenas entrevistas abertas para complementação das informações.

Além disso, optamos por aplicar um questionário similar ao dos médicos e enfermeiros, como estratégia para uniformizar uma das formas de registro de dados (Apêndice B).

Quanto aos médicos e enfermeiros, além do contato e participação nos GAPs e no Curso de Capacitação em Saúde Mental, optamos pela aplicação de um questionário simples que nos permitisse obter dados sobre seu conhecimento/acesso aos pressupostos da reforma psiquiátrica e suas afetações/movimentos em frente à proposta de novas formas de atuação (Apêndice C).

A aplicação desses questionários se deu em grupos por categorias, pois, para a viabilização do procedimento, utilizamos o espaço das GAPs dos médicos e dos enfermeiros, tendo sido necessário realizar com os psicólogos um grupo específico com essa finalidade.

Como essa etapa de aplicação dos questionários foi realizada após os demais procedimentos – entrevistas com psicólogos e participação em reuniões, capacitações e grupos de trabalho, nos quais participaram as três categorias – já tínhamos, à época, algumas conclusões preliminares e uma análise inicial do tema. Assim, propusemos que o espaço do grupo no qual realizamos a aplicação dos questionários fosse utilizado, também, como grupo de discussão desta análise inicial, sendo os resultados das discussões incorporados à análise final. Tal proposta foi aceita pelos psicólogos e enfermeiros, mas não foi possível realizar essa atividade com os médicos devido à impossibilidade de contar com maior tempo de permanência nos grupos desses profissionais que já tinham atividades de treinamento planejadas para as datas definidas.

Assim, na sua totalidade, os procedimentos realizados com os sujeitos foram:

- entrevistas semi-estruturadas com psicólogos;
- participação em Curso de Capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica para psicólogos e assistentes sociais;
- participação em módulos do PEP de médicos e enfermeiros do PSF nos quais foram trabalhados temas de saúde mental;

- participação em Curso de Capacitação em Saúde Mental para médicos e enfermeiros do PSF;
- aplicação de questionário para médicos e enfermeiros do PSF e com os seis psicólogos entrevistados em novembro de 2003; e
- realização de grupo de discussão com os enfermeiros e com os psicólogos.

5.3 ANÁLISE

Realizamos a análise das informações coletadas pelo método da análise de conteúdo que “[...] articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 1993, p. 203).

Ainda dentro da leitura de Minayo (1993), esclarecemos que, na análise de conteúdo, utilizamos especificamente a análise da enunciação, que trabalha com uma “[...] concepção de comunicação como processo e não como um dado estático, e do discurso como palavra em ato [...] o discurso não é um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isto comporta de contradições, incoerências e imperfeições [...]” (MINAYO, 1993, p. 203).

Considerando o caráter processual e dinâmico da construção do conhecimento, optamos pela definição das categorias de análise a partir da análise dos dados colhidos, estando claro que orientamos sua definição prioritariamente a partir das unidades de análise relativas às repercussões das propostas da reforma psiquiátrica entre os profissionais do nível primário e suas atitudes e ações em frente à nova perspectiva de trabalho que se abre a partir da desinstitucionalização. A articulação com as perspectivas e concepções teóricas que fundamentaram este estudo foi o caminho que nos permitiu manter o rigor na definição e análise das categorias.

5.4 OBJETIVOS

a) GERAL

Analisar as possibilidades de construção/invenção de ações de saúde mental no nível primário de atenção à saúde de modo que estas mantenham a característica de desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica brasileira a partir da análise da realidade da rede básica do município de Vitória/ES.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1-Discutir as contradições e as aproximações nas propostas de atenção primária e de desinstitucionalização a partir de seus conceitos de origem, verificando como os atores sociais envolvidos na operacionalização da reforma têm lidado com estas;

2-Conhecer como tem se dado o processo de construção/implementação de ações voltadas para a desinstitucionalização da atenção em saúde mental na rede básica de saúde de Vitória, verificando quais as dificuldades, as possibilidades as expectativas dos profissionais, seu envolvimento, desejos e sentimentos como atores deste processo;

3-Investigar, junto aos profissionais da rede básica de Vitória/ES, as possibilidades e movimentos de superação das dificuldades e da tendência à reprodução de práticas ou a paralisação e impotência frente ao processo de construção permanente de novas práticas.

6. O TRABALHO DE CAMPO

“A conquista da liberdade não é um alvo a ser alcançado no amanhã, é a luta no seio da realidade, com todos os seus empecilhos, nossos próprios paradoxos e nossas duras contradições”

Antônio Lancetti

O trabalho de campo realizado com os profissionais das Unidades de Saúde de Vitória insere-se dentro de nosso objetivo geral de investigar as possibilidades de implementação da reforma psiquiátrica na atenção primária à saúde, tratando-se

de uma forma de abordar o tema no nível operacional, no espaço concreto dos serviços e dentro de uma realidade local específica.

Lembramos que o contato com os participantes desta pesquisa deu-se ao longo do período em que, como vimos acima, tem-se trabalhado a efetiva implementação de uma nova prática em saúde mental. Assim, muitos dos psicólogos entrevistados estavam iniciando o atendimento à população por meio de visitas domiciliares, oficinas e grupos.

A nova proposta parece ter mobilizado as USs que passaram a solicitar treinamentos sobre saúde mental, o que nos deu a oportunidade de ter contato com outros profissionais, como os agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, vigias, auxiliares administrativos, etc. Entre estes, pudemos observar que, de modo geral, há um grande desconhecimento sobre as possibilidades de atenção às pessoas com transtornos graves no nível local. O medo é o sentimento que predomina, baseado na noção de periculosidade associada à loucura. De todo modo, o acolhimento que algumas Unidades têm proporcionado a esses usuários que começam a freqüentá-las aponta uma abertura da maioria dos profissionais.

Ainda assim, fica clara a necessidade de se desenvolver ações de sensibilização e capacitação com estes profissionais (vigilantes, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem), pois, concretamente, é com eles que a população tem o seu primeiro contato com os serviços de saúde, além de serem pessoas com quem os usuários se encontrarão cada vez que buscarem os serviços das Unidades, o que facilita a criação de vínculos que, todavia, podem ser positivos ou negativos. Nesse ponto, o trabalho de campo realizado nesta investigação nos surpreendeu com a descoberta de existirem alguns usuários que já são freqüentadores habituais das Unidades, pois, morando nas redondezas, costumam passar por elas, conhecendo e sendo conhecidos das equipes.

Alguns médicos e enfermeiros atendem usuários “portadores de transtornos graves”, sendo, às vezes, os únicos que têm vínculo com eles na Unidade. Alguns são pacientes dos médicos clínicos que mantêm sua medicação a partir da receita trazida de consulta anterior com psiquiatras; outros mantêm contato freqüente com os enfermeiros a quem procuram para falar de problemas do cotidiano;

outros são atendidos nas Unidades pelo assistente social ou mesmo pela enfermagem, freqüentando o serviço diretamente ou recebendo alguma forma de atenção por intermédio de consultas de familiares que procuram ajuda no serviço.

A falta de recursos materiais e de retaguarda de serviços especializados para o tratamento desses pacientes foi salientada por todas as categorias profissionais como um ponto que dificulta a construção de alguma forma de atenção a essas situações, incluindo-se necessidades como: disponibilização de medicação básica e de urgência nas Unidades; garantia de consulta ambulatorial em psiquiatria; serviço adequado de remoção em crises; rede de referência para atendimentos mais complexos, do tipo atenção diária ou atendimento em pronto-socorro e vagas para internação situações de crise/urgências e emergências.

Ainda que se possa discutir que a ênfase nesses pontos indica maior tendência dos profissionais a dar respostas medicalizantes e técnicas, o que aponta um possível predomínio de uma concepção tradicional da atenção, é preciso admitir que um sistema de saúde que pretende construir um modelo de atenção integral e que espera de seus profissionais uma atuação voltada para esse objetivo deve prover os serviços dos recursos necessários para tanto, sendo, nesse sentido, pertinentes às queixas apresentadas.

Com relação ao trabalho dos profissionais que estavam iniciando a prática de atenção aos usuários “portadores de transtornos mentais graves”, pudemos observar uma reação que, em geral, pode ser expressa como de perplexidade e angústia. Em grande parte dos casos, a gravidade do quadro clínico, associada à precária situação socioeconômica do usuário, gerava a sensação de quase impossibilidade de se poder oferecer alguma ajuda efetiva.

O que os profissionais expressavam parece ser algo da ordem de “não saber o que fazer”, não apenas no sentido técnico, mas, talvez principalmente, em frente à situação em seu conjunto, cujas dimensões pareciam escapar das possibilidades de intervenção. Tal sentimento parece ter sido resumido de modo bastante objetivo na resposta dada por um enfermeiro à questão sobre se as USs cumprem ou não sua função na área de saúde mental: “Não, pois temos que

trabalhar o emocional e o social, e o social não é solucionado, assim não resolvemos o que aflige a população”.

Ainda assim, com todas as carências apontadas e atitudes reativas diante dessa prática, constatamos haver alguns profissionais que iniciaram o atendimento à população com o levantamento das pessoas que necessitam de atenção no território. Essa busca se deu por meio de visitas domiciliares e do início das ações de assistência aos usuários que necessitavam e se dispunham a ir à Unidade para atividades de oficinas e grupos.

Outra surpresa surgida neste trabalho de campo foi com relação ao nível de afetação dos médicos do PSF, pelo menos aqueles com quem tivemos um contato maior por terem participado do Curso de Capacitação em Saúde Mental. Esse evento permitiu uma troca mais rica na qual os médicos e médicas puderam falar de sua prática atual, apresentando-se como pessoas extremamente exigidas, sem preparo para lidar com esse tipo de exigência e submetidos a uma pressão constante. Sobre essa exigência, é bom esclarecer que os profissionais não estavam se referindo à atuação em saúde mental (para a qual estavam sendo, ainda, sensibilizados), mas sim ao próprio trabalho no PSF.

Trata-se, neste caso, de uma exigência dupla: por parte dos usuários vem a exigência de atenção, de escuta, de acolhimento, prática para a qual não foram preparados, uma vez que a formação médica é extremamente técnica e biologicista; e do lado da Secretaria, a exigência é por produção. Na verdade, podemos complexizar mais esse quadro: os próprios usuários também pressionam por mais atendimentos, persistindo uma grande demanda espontânea por consultas, e a Secretaria também pressiona pela mudança de prática quando determina que se devem priorizar as ações coletivas de promoção e prevenção com relação às ações curativas. Aqui aparece um aspecto que iremos destacar para discussão mais detalhada referente às contradições da SEMUS que, no ponto em questão, cobra a mudança de práticas, mas continua a exigir a produtividade ligada ao número de atendimentos.

Assim como aos médicos, esse nível de afetação atinge a todas as categorias. Deparamo-nos, em geral, com profissionais que demonstram estar vivenciando

uma forte implicação com seu trabalho, sentindo-se, porém, insatisfeitos, frustrados e extremamente angustiados. De certa forma, os profissionais das Unidades de Saúde parecem ter tomado o espaço de discussão sobre saúde mental como uma oportunidade para expressar como têm se sentido, denunciando a carência de espaços formais que lhes permitam trabalhar tais sentimentos. Podemos dizer que a discussão derivava sempre para o tema do sofrimento vivido pelos próprios profissionais de saúde em decorrência de seu trabalho, principalmente no PSF, o que para nós sinaliza a necessidade de se desenvolverem pesquisas e intervenções nessa área.

Também nos chamou a atenção o fato de que, tanto ao falar das dificuldades gerais, quanto nos momentos em que relataram situações específicas da área de saúde mental que se tornam difíceis pela complexidade que envolvem, os profissionais expunham essas dificuldades como algo que tivessem a responsabilidade pessoal de superar, parecendo buscar sozinhos formas de encontrar soluções e resolver o problema. Cada um falava de sua dificuldade e do sentimento de impotência e angústia, mas sem se referir aos colegas, parecendo não se lembrar de que, na Unidade onde trabalha, há ao menos um enfermeiro, um psicólogo, um médico, um assistente social, um agente de saúde ou um auxiliar de enfermagem, enfim, algum colega membro da equipe de saúde que talvez vivencie situação semelhante e que talvez tivesse alguma informação que pudesse ajudá-lo. Mesmo quando questionávamos sobre isso, falando da possibilidade de tratar o assunto com os colegas e de discutirem os casos em equipe, a resposta geral aparecia como um conjunto de impossibilidades diante das quais restava a cada um assumir a responsabilidade pessoal pela solução dos problemas. Na visão dos profissionais, não parecia possível discutir com os colegas a situação, pois os outros também já estariam sobrecarregados com suas próprias atividades e não teriam tempo para se unirem e pensar juntos no problema. Ou seja, trata-se de profissionais que trabalham no mesmo espaço, mas onde cada um se sente sozinho para lidar com situações dramáticas e difíceis, o que nos faz pensar que esses profissionais não constituem, de fato, uma equipe.

Destacamos que todas as questões citadas até aqui aparecem em todas as categorias profissionais, o que revela que se trata de problemas gerais e estruturais que comprometem a possibilidade de se realizar um trabalho de qualidade, tal como é solicitado e esperado de todos. Tais entraves interferem nas ações de saúde mental e mesmo na possibilidade ou não de serem incorporadas pelas equipes das Unidades de Saúde.

Consideramos que abordar a questão no nível micropolítico, como foi nossa opção, seria justamente considerar as forças em jogo naquele espaço e como estas interferem no tema em pauta. Por esse motivo, reunimos as questões aí apresentadas numa primeira temática que denominaremos de **“O Contexto Institucional”** a ser discutido a partir de três subtemas:

- a) SEMUS - um campo de desencontros;
- b) Sujeitos afetados;
- c) O mito da equipe;

Neste momento, de modo geral, já podemos dizer que a dificuldade de constituição de equipes de trabalho e de implementação de novas ações, o que seria essencial dentro da proposta de inversão do modelo de atenção à saúde que se pretende construir com o PSF, bem como a questão da sobrecarga e das cobranças sentida pelos profissionais nos aponta a existência de dificuldades que pesam diretamente sobre eles, contribuindo para a instalação de sentimentos negativos e despotencializadores.

O contato com essa realidade nos trouxe uma nova questão que também nos surpreendeu: percebendo o alcance dos entraves que se colocam no nível da operacionalização das propostas com que trabalhamos e o quanto isso pesa para os profissionais, passamos a questionar se, do lugar acadêmico e mesmo do gerencial, às vezes, temos a tendência a pensar nos profissionais como “profissionais ideais”, ou “profissionais-padrão”, denominação adotada em analogia à fala de uma das entrevistadas:

[...] quando a gente [referindo-se a uma outra colega da saúde] estava na educação, a gente queria estudantes-padrão. Então estudantes que aprendessem, aluno que não tivesse problema... e quando a gente veio

para a saúde... a gente quer usuário-padrão, ou seja, usuário que eu diga: não coma doce se ele é diabético e ele não come doce... Na verdade hoje a saúde está querendo é o usuário padrão, só que esse usuário padrão não existe! (P)

Perguntamos se nós também, ao estudarmos as práticas de saúde, geralmente na forma de avaliações, ao fazermos críticas e falarmos de novos modos de agir, não acabamos trabalhando com a imagem de “profissionais-padrão”, ou seja, profissionais que devessem aderir a mudanças automaticamente, esquecendo-nos de que se trata de pessoas que foram formadas de outro modo, que se afetam com a realidade com que se deparam, que reagem, sentem e sofrem e que buscam suas saídas, havendo muito mais a trabalhar com elas que a avaliação sobre o quanto sua atuação está ou não dentro daquilo que se propõe como novas práticas.

Na verdade, trata-se, aqui, de falar na primeira pessoa do singular, pois a questão colocada pelo trabalho de campo foi se eu mesma, a partir do olhar acadêmico ou do olhar de gestora, não trazia essa expectativa, que, de todo modo, foi alterada por esta experiência de pesquisa.

Interessante colocar que essa nova questão, na verdade uma autocrítica, que já havia se colocado a partir do contato com a realidade dos profissionais, também foi apontada no momento de discussão da análise preliminar, quando, no grupo de discussão realizado com os psicólogos, um dos participantes trouxe esta fala:

Agora, tem um ponto importante que pelo menos eu não ouvi... sobre o papel das coordenações também, inclusive no local da unidade, porque senão fica uma coisa assim, do indivíduo, ...do psicólogo, do profissional, e eu acho que por mais boa vontade que a gente tenha, de estudar, tentar implementar... faltando essa coisa de pensar um pouco a função da coordenação. *Ficou muito em cima* tem é... encargos, e aí eu acho que - não que vá resolver tudo - mas você ter uma coordenação que vá fazendo esse elo na equipe, isso facilita muito. Então eu acho que tem um ponto que eu acho que pra mim, não sei se você vislumbrou em algum momento, eu não vi, talvez ficou *dos profissionais* (P).

Essa pontuação do grupo nos levou a incluir a questão da gerência dos serviços de saúde na discussão do terceiro subtema, o que ampliou a visão das possibilidades de produzir mudanças.

Os outros dois grupos de discussão, realizados com os enfermeiros, apontaram outros dois pontos importantes: a) questões relativas à especificidade do trabalho com transtornos graves nas Unidades de Saúde; e b) a dificuldade de integração dos psicólogos na equipe de saúde. Esses pontos serão discutidos dentro das várias temáticas de análise que delimitamos.

Voltando às categorias de análise, que organizamos como temas, apresentamos agora a segunda temática de que nos ocuparemos, que é a que reúne a discussão específica da reforma psiquiátrica. Denominaremos essa temática de: **Reforma Psiquiátrica e seu entendimento pelos profissionais da rede básica** e nela trabalhamos com os seguintes subtemas:

- a) Saúde mental – expectativas e confusão;
- b) Opiniões sobre a reforma;
- c) O papel das Unidades de Saúde na desinstitucionalização;
- d) Dificuldades e possibilidades da atenção psicossocial nas USs; e
- e) Desconforto e desafio: sentimentos, dificuldades e expectativas quanto ao trabalho com a loucura.

6.1 O CONTEXTO INSTITUCIONAL

6.1.1 Semus: Um Campo de Desencontros

O contato com os profissionais nos diferentes espaços a que tivemos acesso trouxe, como primeira e forte impressão, a percepção da Secretaria de Saúde de Vitória como um campo de desencontros. Trata-se do discurso institucional que defende, ao mesmo tempo, a proposta de construção de um novo modelo de atenção à saúde e práticas institucionais/gerenciais normativas e tecnocráticas, havendo pouco investimento em mudanças que envolvam os processos de

trabalho. Esses desencontros se expressam de formas diversas, resultando em contradições e dificuldades para o desenvolvimento de novas práticas de saúde. Algumas falas expressam de modo explícito essa contradição:

[...] acho que não pode ficar fora também, a gente olhar bem a questão do discurso e das práticas. Porque o discurso é um, por exemplo, essa visão ampla da saúde, né? Isso aí pra mim ainda tá muito mais em nível de discurso que em nível de ações práticas. Eu não vejo isso ainda na prática, essa visão ampla de saúde. E a visão da prioridade da saúde mental na SEMUS, para mim isso é discurso, puramente discurso. Não vejo isso na prática de forma alguma [...] (P).

[...] a saúde, hoje, do município, **está falando em sair** do consultório, **está falando em** encontrar com comunidade...**Porque, na verdade, a prática não é esta.** A prática é de ir lá falar: está acontecendo isso, isso, e isso e vocês têm que fazer isso, isso, e isso. É uma prática autoritária (P).

Buscando alcançar a compreensão desses desencontros, procuramos analisar os dados que colhemos de forma articulada com estudos anteriores que tiveram a SEMUS como locus, e também com as informações contidas nos documentos da Secretaria. Nesse sentido, podemos citar o estudo de Fonseca (2003) sobre a análise do PSF de Vitória a partir do relato das famílias. Essa autora aponta a existência de uma forte ambigüidade na Secretaria com relação à percepção do PSF, o que teria comparecido em vários momentos: “[...] essa ambigüidade permeou o estudo, desde concepções conceituais sobre o objeto do estudo, tais como o conceito de família, até concepções estruturais e administrativas estabelecidas pela organização do programa” (FONSECA, 2003, p. 163).

Acompanhamos a autora dizendo que essa ambigüidade da SEMUS também esteve presente em todos os momentos de nossa investigação, tendo comparecido de alguma forma nos relatos de todas as categorias profissionais que participaram (psicólogos, médicos e enfermeiros).

Com relação à área de saúde mental, o mesmo problema é apontado, o que se vê no relatório da Coordenação de Saúde Mental, elaborado em 2002:

[...] parece-nos haver, nessa Secretaria, uma relação de ambigüidade com a área (de saúde mental) uma vez que há uma política definida e

colocada como prioridade, porém não são feitos investimentos suficientes que possibilitem o cumprimento das propostas contidas nesta, o que inviabiliza sua realização (SEMUS, 2002b).

Observa-se um outro aspecto dessa ambigüidade relativo ao fato de se sustentar um discurso e se fazer cobranças a partir dele, sem que sejam feitos investimentos materiais para garantir a realização das ações propostas. Embora esse relatório citado seja de 2002, o problema parece persistir, apontado pela fala de um participante:

[...] é uma contradição também quando você coloca uma mudança de prática, descentraliza a ação onde a rede primária começa a atender, mais não tem... Um fluxo de referência, e garantia de medicamento... de uma consulta... realmente que você precisa, especializada... aí você coloca, né: vamos atender saúde mental! E o paciente precisa de uma medicação, uma desintoxicação, um medicamento para desintoxicar... aí você acaba referenciando para o nível secundário, até porque você não tem esse suporte para dar um atendimento no nível local (E).

A carência de recursos é geral, não só referente à área de saúde mental, e aparece como questão premente entre os participantes da pesquisa.

[...] tem US que não têm espaço físico nem para um acolhimento coletivo e nem individual. Limita você fazer uma escuta ativa desse paciente. Você não tem como garantir uma privacidade num momento mais... de uma ansiedade... (E).

Falta material para desenvolvimento das atividades: material audiovisual, local apropriado, material de consumo... (M).

[...] existem uma série de entraves como entraves físicos... falta de respaldo e estrutura da SEMUS que, de certa forma, torna o nosso trabalho ora medíocre... (P).

Além desses aspectos mais objetivos, o desencontro se faz presente no espaço da ação cotidiana nos serviços, manifestando-se de forma clara, como a atitude contraditória de cobrança por produção (quantidade de atendimentos individuais), quando o modelo que se quer implementar privilegia as ações de promoção de saúde ou de prevenção de agravos ou ainda de forma indireta na pressão para a realização de atividades e para o atendimento da demanda:

Eu acho que o que se pretende inicialmente é: ver resultados! O trabalho tem que gerar um resultado ali, prático, objetivo, número...e isso é que compromete. Quando a gente faz um trabalho que não dá esse tipo de resultado – números, tantos atendimentos – esse trabalho não tem tanto valor, porque, se você faz um grupo com os agentes, você não está atendendo ninguém, você não está produzindo... não tem aquela pressão direta, mas a gente sente muito bem isso [...]. Aqui na unidade não é com relação a números não, mas de atender a demanda. A demanda está aí, pressionando para ser atendida e tem que ser atendida (P).

Nem sempre as questões relativas à cobrança por produção são sentidas ou faladas de forma explícita, sendo mais freqüente, na fala dos profissionais, a queixa com relação à sobrecarga de trabalho, com a conseqüente falta de tempo e de disponibilidade para a realização de outras atividades que não os atendimentos tradicionais. Assim, ao perguntarmos sobre as dificuldades existentes para o desenvolvimento de ações de saúde mental, tivemos como respostas:

[...] a demanda no PSF é muito grande tornando o tempo escasso para cuidar desses pacientes e a comunidade também não ajuda (E).

Sobrecarga de ações imediatistas que a SEMUS lança por mês (E).

Sobrecarga de funções práticas no trabalho (E).

Disponibilidade do profissional (M).

Sobrecarga de atividades, pouco tempo para atividade e suporte técnico (E).

Disponibilidade de tempo (M).

Agendamento em excesso, falta de infra-estrutura da USF, falta de interesse da SEMUS (M).

Falta de espaço na agenda (M).

O tempo de trabalho dos profissionais é quase todo usado para atendimento da demanda (P).

Me sinto assim... pessimista quanto a mudanças devido mais à **falta de tempo e sobrecarga de funções** no desempenho do trabalho (E).

Além da pressão com relação ao atendimento da demanda, há também – ao menos no discurso – a expectativa pela criação de novas práticas voltadas principalmente à promoção da saúde que, na verdade, deveria ser o enfoque predominante da atenção básica, principalmente das Unidades que já funcionam na lógica do PSF. Porém, em frente às dificuldades citadas, a efetivação dessas práticas parece ficar esquecida ou acontecer apenas de forma normativa, a partir de ações de educação em saúde voltadas aos programas determinados pelo Ministério (diabetes, hipertensão, planejamento familiar...).

As Unidades Saúde da Família têm que se estruturar para que as equipes possam desenvolver atividades não só de caráter curativo, mas também coletivas e de prevenção, que, em muitos momentos, são relegadas a segundo plano, dada a sobrecarga de atendimento individualizado e da demanda espontânea (FONSECA, 2003, p. 164).

Bastos (2003), em sua pesquisa relativa às ações e política de saúde mental para crianças e adolescentes na SEMUS, também aponta, em sua conclusão, a cobrança por procedimentos e as dificuldades vividas com relação aos processos de trabalho como dois aspectos que se constituem como desafios para se alcançar a mudança no modelo assistencial nesta Secretaria.

Outro desafio a ser enfrentado é a mudança de modelo assistencial. O processo de trabalho, descrito como solitário e ligado à produtividade, acaba gerando a permanência da hegemonia do atendimento individual em detrimento do modo psicossocial de atendimento (Bastos, 2003, p. 167).

É importante registrar que a expectativa de realizar ações diferentes e mais criativas aparece não apenas como cobrança, mas também como desejo mesmo de alguns profissionais que esperavam poder realmente ter uma prática nova, porém não conseguem sair dos consultórios devido à maciça “pressão da demanda”. Podemos citar o relato de uma médica durante o curso, que contou, emocionada e magoada, um episódio em que estava coordenando, junto com outra profissional, um grupo de mulheres, quando foi chamada pela coordenadora da Unidade que teria dito: “Acabou a brincadeira, agora deixa aí com ela [com a colega] que tem um monte de pacientes para você atender” (notas de campo).

Aqui a contradição aparece na desvalorização sentida pelos profissionais com relação às ações coletivas com caráter de promoção de saúde, ou por não resultarem em procedimentos quantificáveis ou por acabarem “tirando” o médico das consultas, o que parece ser visto como impossível devido à necessidade de se atender à demanda.

Caberia, aqui, uma investigação mais detalhada sobre se a sobrecarga de trabalho e a conseqüente falta de tempo, que aparecem com tanta freqüência na fala dos participantes, são efeito direto do aumento da demanda que atualmente chega às Unidades, o que, de certa forma, é um fenômeno esperado como resultado inicial da implantação do PSF, uma vez que este permite o acesso de um número maior da população aos serviços de saúde ou se, além disso, teria relação com outras questões, como um número excessivo de famílias por equipe ou excesso de ações específicas solicitadas pela Secretaria ou pelo Ministério (tipo campanhas de vacinação, cadastro para obtenção de algum benefício, etc.).

De todo modo, o que soa contraditório é o fato de se continuar cobrando a produção dos profissionais em termos quantitativos, sem haver na Secretaria nenhum movimento no sentido de se estabelecer outras formas de trabalho, outras ações que pudessem lidar com essa demanda tão maciça.

Se a cobrança é por procedimentos (atendimentos, número de consultas-hora), é porque se acredita que apenas esse procedimento é que vai – ou deveria – responder a essa demanda. Acreditamos que, quando essa crença chega ao ponto de impedir um médico de participar de um grupo, ou de fazer parte de qualquer outra ação que o tire do consultório, isso coloca em questão toda a possibilidade de se construir um novo modelo de atenção. Tal atitude parece-nos apontar uma séria contradição, uma vez que, com esse gesto, vários pontos essenciais das mudanças pretendidas (ou apenas prometidas) ficam anulados: a construção de uma prática interdisciplinar, o trabalho coletivo e a possibilidade de uma participação criativa dos profissionais e da própria população na invenção de estratégias para enfrentar os problemas.

Além disso, acreditamos que as ações coletivas poderiam se constituir num importante caminho para se trabalhar com os usuários a problematização e

possível modificação dessa demanda por procedimentos médicos. Sem trabalhar com a população a mudança da cultura já impregnada pelo modelo médico hegemônico, a tendência é que se crie um clima tenso entre Unidade de Saúde e população, pois esta surge como sempre reivindicando algo mais em termos de procedimentos, resistindo a mudanças que, em sua visão, parecem representar mais perdas do que avanços.

Trata-se, neste caso, de lembrar que, se, em grande parte, essa demanda é resultado do processo de medicalização da sociedade, ainda assim essa busca de ajuda nos serviços de saúde aponta um sofrimento das pessoas que deve ser considerado.

Seria tempo de reconhecermos a complexidade das mensagens inscritas na demanda [...]. Como dialogar com a demanda senão falando com ela? Como inventar um modelo que atuasse tanto sobre necessidades epidemiologicamente definidas, quanto sobre a demanda por atenção? (CAMPOS, 1997, p. 120).

Para Mattos (2001), a “[...] demanda espontânea pode ser vista como a expressão de uma outra forma de percepção das necessidades de saúde que de modo algum pode ser ignorada quando se discute a organização de serviços de saúde”. Esse alerta nos lembra que o que aparece como demanda não pode ser lido apenas como dado relativo ao perfil de morbidade da população, pois “[...] outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde” (MATTOS, 2001, p. 56). Assim, faz-se necessário que os serviços estejam abertos para acolher as pessoas, possibilitando o diálogo que permita entender essas outras demandas e a elas responder, tornando-se serviços permeáveis às necessidades sentidas pela população a que se destina.

Em nossa investigação, alguns profissionais relatam ter conseguido desenvolver ações diferenciadas, como no caso de uma médica que fazia grupos de caminhada com hipertensos, e de duas enfermeiras que iniciaram a realização de oficinas de artesanato com idosos, atividade que acabou atingindo e aglutinando a população em geral da Unidade. Porém, em todos esses casos, as atividades sempre surgiram de iniciativas pessoais, que só acontecem e se mantêm por insistência pessoal do profissional no desejo de fazer algo novo.

Encontramos no estudo de Oliososa (1999), sobre os limites e alcances do Conselho Municipal de Saúde de Vitória como espaço de controle social, vários pontos que podem nos auxiliar no sentido de entender o contexto institucional da SEMUS, pois demonstram a dificuldade desse órgão para abandonar a organização normativo-burocrática e caminhar para um novo modelo mais flexível e participativo. Assim, a autora nos mostra como, desde o Plano Municipal de Saúde, de 1991, a Secretaria expressa a:

[...] intencionalidade de superar o modelo assistencial então vigente, centrado no diagnóstico individual, na terapêutica e na centralização do poder decisório. Inspirado na concepção ampla do processo saúde-doença, e de saúde como direito de cidadania, o plano propõe o planejamento de ações e serviços que visem superar a dicotomia entre prática individual e coletiva, valorizando a presença da população organizada na geração da informação, acompanhamento e controle das ações do governo (OLIOSA, 1999, p. 38).

Além disso, aponta dificuldades da Secretaria para concretizar a implementação da mudança do modelo de atenção, havendo obstáculos gerados pela inadequação e incoerência nos processos de trabalho e nas práticas sanitárias em curso.

Oliososa (1999, p. 51) relata que, apesar de o ponto central da proposta de mudança de modelo se dar na “[...] apropriação do espaço local através do ‘planejamento ascendente’ com a participação da população”; por volta de 1997, o processo de operacionalização dessas propostas sofreu uma desaceleração. “Verifica-se um impasse na hora de planejar e executar, dando a impressão de que as mudanças estão mais para o discurso do que para a prática [...]. Esta desaceleração foi favorecida pela centralização político-decisória e, pela sua consequência, cultura normativa” (OLIOSA, 1999, p. 55, grifo nosso).

Segundo a autora, na tentativa de retomar esse processo de planejamento ascendente, a Secretaria propôs a criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades. Porém, essa proposta não foi regulamentada, parecendo não ter havido um efetivo investimento institucional para a implantação desses Conselhos. Além disso, nesse primeiro momento, a demanda para sua criação

veio do Estado, não havendo, naquele momento, muita mobilização da população nesse sentido. A existência dessas características "[...] vincula a existência desses colegiados ao grau de identidade dos profissionais de saúde com a proposta [...]" (OLIOSA, 1999, p. 58)

Tal como no caso da efetivação de práticas inovadoras, vemos que é a disposição pessoal dos profissionais o que determinará a existência ou não dos Conselhos Locais de Saúde. Tratando-se de pontos essenciais para a implementação do desejado novo modelo de atenção à saúde, o fato de sua concretização ficar na dependência do investimento pessoal dos profissionais mostra a pouca implicação da Secretaria em garantir a mudança defendida no discurso institucional. De todo modo, a manutenção desse discurso, por parte da instituição, parece ser suficiente para que sejam cobradas novas atitudes dos profissionais que, estes sim, passam a ter que garantir, de alguma maneira, e por sua conta, a efetivação da mudança.

Vemos que, dessa forma, não se trata de uma real concessão de autonomia e de espaço de participação para os profissionais e usuários, como seria de se esperar no caso dos Conselhos Locais de Saúde, mas sim de um processo de responsabilização dos profissionais que, sem que nada lhes fosse oferecido como recursos, deveriam dar conta de atender a toda essa nova demanda que se dirige aos serviços. Sem nenhuma mudança em nível da gestão ou da gerência direta, a eles caberia solucionar os novos desafios que se apresentam ao campo da saúde.

Eu acho que a parte central ela e só: 'Faça! Faz e se vire'. Se você não fizer, você é incompetente. Acontece com a saúde mental, mas não é só, é uma cascata, é com todos. Eu acho que é uma falta de compromisso político, ético/político [...] (P).

[...] às vezes a coordenação não coloca uma dificuldade, ela não dificulta, mas também não ajuda a resolver as dificuldades. Não colabora, não se envolve, não se interessa e aí a gente tem que ficar sozinho para resolver isso tudo, né?! (P).

É uma contradição também quando você coloca uma mudança de prática, descentraliza a ação onde a rede primária começa a atender, mais não tem um fluxo de referência, e garantia de medicamento, de

uma consulta realmente que você precisa, especializada... aí você coloca, né: vamos atender saúde mental! (E).

Detivemo-nos no estudo realizado por Oliosá (1999) por acreditar que, apesar do tempo decorrido, ainda retrata o contexto da Secretaria, o que significa que muitos dos aspectos apontados por ela como obstáculos para o avanço da proposta de mudança de modelo ainda persistem, atuando também como obstáculos no momento de mudanças nas práticas de saúde mental na SEMUS.

Todavia, na análise realizada por essa autora, chamou-nos a atenção sua avaliação com relação à mudança de gestão ocorrida em 1993, pois, em sua leitura, houve continuidade das diretrizes adotadas pela Secretaria. Concordamos com essa afirmativa apenas no que se refere à manutenção das diretrizes gerais do SUS voltadas para a municipalização e para a proposta de mudança no modelo de atenção em saúde. Porém, a própria autora aponta como o novo governo se mostra mais contido nas ações para a efetivação da municipalização, alegando dificuldades de viabilidade financeira e técnica para o município assumir a gestão plena do sistema.

Cabe lembrar que, na mudança de gestão daquele momento, iniciava-se o período de administrações do grupo político que se mantém no governo municipal até o presente e que tem no Projeto Vitória do Futuro – já descrito na apresentação da saúde em Vitória – elemento norteador de cenários e caminhos para o desenvolvimento do município.

Nesse projeto, trabalha-se com análises dos cenários nacional e internacional e, como vimos, trata-se de uma abordagem de adequação à realidade mundial pautada em conceitos técnicos e administrativos que não questionam a realidade dada, aderindo de forma acrítica ao que é apresentado como “[...] as principais mudanças que vêm ocorrendo no ambiente político, econômico e tecnológico que afetam o futuro das cidades brasileiras, e em particular o futuro de Vitória” (PMV, 2002). A vertente técnica de análise é privilegiada, parecendo crer que não há opções políticas em jogo ao se proceder a qualquer leitura da realidade.

Seguindo essa linha, que é a da administração municipal, podemos dizer que, de modo geral, a orientação da SEMUS é de racionalização do sistema de saúde

com vistas à sua eficácia, eficiência e à melhor relação custo-benefício. Aqui, também, nega-se o fato de que, ao falarmos de modelos de atenção à saúde, “[...] se está antes de tudo diante de processos políticos, que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos. São questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir atos de cuidar” (MERHY, 2003, p. 18).

Essa orientação da SEMUS fica clara no texto de apresentação do Projeto Integrar, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) São Pedro, projeto estruturante da SEMUS para a reorganização de seu sistema de saúde. Nesse texto, o SISS é apresentado como surgindo de

Um profundo processo de mudança microeconômica dos sistemas de saúde, conhecido mundialmente como ‘movimento por resultados’ que se estrutura na revisão sistemática da evidência disponível e na incorporação dessa evidência no cotidiano dos serviços (SEMUS, 2001, p. 9).

Segundo o texto, o movimento por resultados articula três importantes processos que constituem os pilares dos SISS: a “avaliação tecnológica em saúde”, que permite definir que tecnologias devem ser incorporadas e em que condições devem ser utilizadas; a “avaliação econômica em saúde” que busca medir os benefícios e os custos de diferentes tecnologias médicas; e a “medicina baseada em evidência”, que é o uso consciente e explícito de instrumentos da epidemiologia clínica, da “melhor evidência para tomar decisões sobre a atenção em saúde” (SEMUS, 2001, p. 9).

O SISS adota o enfoque nos riscos e, como tecnologias de processo, inclui a gestão da qualidade e resultados, a perfilização profissional, os protocolos e guias clínicos, a gestão de casos, a gestão de patologias, a gestão de vias clínicas, a gestão da rede de serviços e os sistemas integrados de informação.

Trata-se de processos baseados em concepções extremamente técnicas e que deixam clara sua filiação econômica e epistemológica ao neoliberalismo e ao pragmatismo/positivismo. Assim, já são suficientes para apontar sua distância da vertente teórico-crítica da saúde coletiva que conduziu o movimento da Reforma Sanitária, havendo, aqui, ao contrário, uma aproximação com o pensamento sanitário que também teve forte presença na composição de forças que

estiveram presentes na consolidação legal do SUS (PAIM, 1997; MENDES, 1995; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No caso da reforma psiquiátrica, dá-se o mesmo distanciamento, senão maior, uma vez que, em sua tradição basagliana, há um completo rompimento com todo o referencial científico clássico, havendo opção epistemológica pela complexidade e pelos caminhos da desconstrução/invenção, tornando difícil a conciliação dessa perspectiva com uma programação normativa.

Desse modo, consideramos que a mudança na administração teve, sim, efeitos de mudanças nas diretrizes adotadas pela Secretaria, pois, ainda que se mantivesse o discurso de concordância com as propostas do SUS, o que passou a predominar foi uma orientação tecnocrática com tendência burocratizante e normativa.

A constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é produto de relações de poder, do uso do conhecimento e de modos de circulação de afetos [...]. É interessante notar que em várias práticas sociais, particularmente nas constituídas a partir de uma pretensão exagerada de objetividade, nem sequer se admite que haveria influência de fatores políticos, cognitivos ou afetivos. A gestão, a Saúde Pública e a Clínica, por exemplo, operam como se houvesse uma diluição da influência desses fatores; o saber dos técnicos atuaria melhor desde que 'livre' da política, do conhecimento não científico ou de afetos 'inconvenientes'. ***Este é o núcleo do pensamento tecnocrático: a tentativa de reduzir pessoas à condição de objeto, rejeitando-se com isso a circulação de afetos e a 'contaminação' das práticas pelo poder ou pelo saber dos 'leigos'***, todos atingidos pelas medidas geradas em apenas um dos pólos da relação de poder (Campos, G., 2003, p. 90-92, grifo nosso).

Encontramos em Nespoli (2002, p. 111), autora que desenvolve um estudo sobre as práticas de saúde na Unidade Saúde Ilha das Caieiras, a seguinte afirmação: "Em quase todos os espaços, a discussão técnica antecede (e anula) a política, diluindo, assim, as perspectivas coletivas e públicas do trabalho em saúde".

Essa mudança na postura política da Secretaria foi apontada por um dos participantes de nossa pesquisa que fala:

[...] já teve diferenças também de administração [...] dependendo da visão política das coisas, da saúde, da visão da saúde. Eu acho que houve mudanças também, a gente pode sentir isso... A SEMUS já foi diferente um dia... acho [...]. Digo assim, acho que essa visão da sociedade ela tá... eu acho que saúde, dependendo do que você quer para a população: você quer atendê-la clinicamente? Você quer atendê-la também no aspecto da cidadania, de outras coisas? Não é isso? Isso tem a ver com o conceito de saúde também, e acho que também depende de política, de propostas políticas também... que a Secretaria... da visão que a secretaria tem. Talvez que em cada época ela tá com uma visão mais clínica, mais medicalizada da coisa, e às vezes ela pode ter uma outra administração... Eu acho que já foi mais politizada (P).

De todo modo, a SEMUS mantém, no nível central, boa parte do corpo técnico que participou desse processo inicial de tentativa de construção de uma nova forma de administração em saúde e, em seu discurso, também persistem, ao lado da tendência tecnocrática, as propostas de promover uma forma de gestão inovadora e participativa.

Assim, convive-se, ainda, com a tensão centralização/descentralização apontada por Olios (1999), à qual talvez possamos acrescentar a tensão tecnocracia/progressismo. O que importa para nossa análise, porém, é o fato de que essa tensão se manifesta como um discurso ambíguo que tem efeito nas práticas e nos profissionais envolvidos, estando presente, também, de modo mais amplo, na dificuldade de se alcançar a mudança no modelo de atenção mesmo nas Unidades que já adotam a estratégia de Saúde da Família.

[...] apesar de ser USF, **a visão ainda é curativa**, imposta pela demanda elevada, não havendo tempo para melhor qualidade no atendimento (E).

E insisto que tinha que ter reuniões para discussão e encaminhamento de casos, porque PSF é equipe e é isso. E todo mundo concorda, ninguém é contra, mais não dá... a pressão da demanda... não dá conta... Eles não têm resistência, mas não conseguem fazer, na prática, não... (P).

Para finalizar este tema, cabe lembrar que, junto com a compreensão do contexto local, que dá sentido às características da SEMUS, devemos considerar que muitos dos problemas relatados pelos participantes deste trabalho se repetem em

vários lugares onde ocorre o processo de implementação do SUS e do PSF. Isso nos mostra que, em parte, as dificuldades ora vividas são também efeito de ainda estarmos vivendo um momento de transição, havendo a convivência de práticas antigas com as que se quer implementar. Afinal, se considerarmos a colocação de Ferreira e Buss (2002) que dizem ser necessário trinta anos para que se consolidem mudanças dessa dimensão, e tomarmos a institucionalização do SUS como o início do processo efetivo de implementação das mudanças, estaríamos na metade do processo, o que explica em parte a atual situação.

De todo modo, isso não diminui a importância de termos clareza das características locais, pois é no espaço concreto de cada serviço que se podem encontrar saídas criativas que, como vimos, alguns profissionais têm conseguido. Cabe-nos, ainda, fazer algumas pontuações sobre os desencontros institucionais específicos da área de saúde mental. Já apontamos o fato de haver uma ambigüidade da SEMUS no que se refere a seu investimento nessa área e podemos dizer que esse ponto parece ser percebido pelos profissionais que, sobre as dificuldades e possibilidades relativas às ações de saúde mental, afirmam:

Agendamento em excesso, falta de infra-estrutura da USF, falta de interesse da SEMUS (M).

Serão todas as possibilidades possíveis, quando saúde mental fizer parte da saúde da família e tornar prioridade na política de saúde da PMV (M).

Acho que a saúde mental continua em segundo plano, os doentes não têm o atendimento quando precisam, as famílias não têm apoio quando precisam (E).

Todavia, além das questões derivadas desse contexto institucional mais geral, fica clara a existência de contradições e dificuldades na própria condução da política específica dessa área. Nos documentos que formalizam os Planos e Políticas de Saúde Mental da SEMUS, embora sempre seja feita referência à construção de um novo modelo de atenção voltado para a superação do modelo manicomial, a ação de atendimento clínico individual é sempre destacada, aparecendo como estratégia para operacionalização das propostas da área,

mesmo nas Unidades Básicas de Saúde. Nota-se que a ênfase é no modelo clínico tradicional, sem haver referências mais claras no sentido da adoção da noção de clínica ampliada ou orientações operacionais voltadas à implementação de ações diversificadas de atenção psicossocial. Assim, podemos ver que não é gratuito o fato de ainda hoje predominarem as ações de atenção individual nas Unidades de Saúde. Ao falarem de mudança na forma de atenção e manterem a orientação clínica tradicional, tais documentos se mostram ambíguos, o que não contribui para a efetivação de suas próprias propostas.

Segundo Bastos (2003, p. 166), “A ausência de uma rotina mais organizada [nas USs] aponta a inexistência de uma política de saúde mental nas Unidades Básicas, apesar de priorizada em documento oficial”. A autora também afirma sua preocupação com o fato de que:

[...] após quatorze anos de implantação do primeiro plano de saúde mental no município, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes ainda esteja sob a responsabilidade única de profissionais de psicologia, sem que seja incorporada pelos gerentes das unidades de saúde, percebidos como ausentes nesse processo (BASTOS, 2003, p. 168).

Compartilhamos de sua preocupação que para nós se amplia por verificarmos que a dificuldade de incorporação das propostas dessa área não acontece apenas com relação à atenção a crianças e adolescentes e nem se limita aos gerentes de Unidade. Acreditamos poder dizer que há dificuldade de incorporação das propostas de atenção em Saúde Mental como um todo pela SEMUS, não havendo um efetivo comprometimento da instituição com essas propostas.

Ainda citando a pesquisa de Bastos (2003, p. 127), outra preocupação se apresenta, relativa a diferenças no enfoque que se pretende dar a esse campo de atenção:

Observamos diferenças nos discursos das gestoras quanto às prioridades. Para a coordenadora da saúde mental, faz-se necessário trabalhar a questão do transtorno grave e álcool e drogas em crianças e adolescentes, assim como problemas neurológicos e retardo mental. Para a diretora do departamento, a prioridade refere-se à questão da

violência. Essas diferenças derivam diferentes percepções, por parte das profissionais, com efeitos no estabelecimento das ações.

Tal situação se reflete na falta de clareza quanto aos objetivos da saúde mental na atenção básica com vistas à efetivação de ações voltadas aos princípios da reforma psiquiátrica:

A análise da falas das gestoras traz um aspecto importante no que diz respeito ao enfoque que a atenção básica precisa desenvolver para a saúde mental. Se a política de saúde mental prioriza a atenção ao transtorno grave, princípio confirmado na fala de uma das gestoras e das profissionais entrevistadas, a fala de outra gestora aponta questões relacionadas com a saúde coletiva, afirmando não ser papel de Atenção Básica o atendimento aos transtornos graves (BASTOS, 2003, p. 123).

A necessidade de maior clareza institucional, quanto aos rumos que se quer dar às ações dessa área, torna-se, então, fundamental, uma vez que essa ambigüidade se reflete nas ações e nos profissionais envolvidos com o trabalho nessa área, impedindo o avanço na construção de novas formas de atenção.

Quanto aos profissionais de saúde dessa Secretaria, eles parecem sentir os efeitos de trabalhar submetidos a tantas ambigüidades e desencontros, e é esse o ponto que abordaremos a seguir.

6.1.2 Sujeitos Afetados

Desde o início deste trabalho, nosso objetivo estava voltado para o conhecimento dos sentimentos dos profissionais da atenção básica com relação à proposta da reforma psiquiátrica, pois, como colocamos no projeto, acreditamos que as concepções pessoais dos profissionais, seus sentimentos e sua disponibilidade para enfrentar a mobilização causada pela iminência de algo novo são aspectos fundamentais para possibilitar ou não uma mudança efetiva.

Porém, antes de colocarmos em questão o tema da reforma, fomos surpreendida pelo fato de que esses profissionais já se encontram extremamente mobilizados

afetivamente pelo seu trabalho na atenção básica, a partir do qual se espera que produzam um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Com todos os estudos, projetos, teorias, avaliações, regulamentações, etc., que se produzem sobre esse tema, são esses profissionais que se encontram diariamente frente a frente com uma população que sofre, que tem pouquíssimos espaços de fala e que espera encontrar nos serviços de saúde uma resposta que contribua para reduzir seu sofrimento. Assim, é sobre esses profissionais que a real dimensão desta proposta ganha concretude.

O tema das práticas de saúde, do cotidiano dos serviços, enfim, das questões micropolíticas envolvidas no processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde tem recebido relevância entre autores da área da saúde no Brasil, como nos estudos de Campos, G. (1994, 1997, 2003), Merhy (1994, 1997, 2003), Pinheiro (2001), entre outros. Acreditamos poder reunir as razões desse interesse na seguinte afirmação de Merhy (1997, p. 72):

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança no modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reforma macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (grifo nosso).

Foi a partir dessa convicção que buscamos o conhecimento da realidade micropolítica das Unidades de Saúde da SEMUS, sabendo que a possibilidade de inclusão desses serviços, como dispositivos de implementação da reforma psiquiátrica de modo a alcançar o objetivo de modificar a relação da cultura com a loucura, dependeria mais da incorporação das questões ligadas a essa área pelos profissionais, do que da formalização de qualquer “Programa de Saúde Mental” para o município.

De certa forma, a própria impossibilidade de se realizar um trabalho de boa qualidade (devido à falta de recursos e as várias dificuldades citadas no item anterior) já é um dos fatores que causam frustração e insatisfação, porém esses sentimentos parecem aumentar e ganhar ares de angústia quando as deficiências

surgidas são creditadas aos profissionais, como se a eles coubesse obter os resultados esperados a despeito de não serem garantidas as condições necessárias para se chegar a esses resultados.

O fato de esse ponto relativo ao sofrimento e à afetação pessoal ter surgido novamente nas respostas dadas em questões do questionário, pelo viés da necessidade de atenção – ou mesmo tratamento – aos profissionais, foi o que finalmente nos permitiu incluí-la como uma importante temática dada a pregnância que adquiriu. Alguns profissionais falam de como o trabalho os afeta e apontam diretamente a necessidade de se cuidar da equipe:

[...] acho que precisa dos cuidados também com a equipe, né?! Cuidar da equipe também [...] me ocorreu essa coisa dos cuidados extensivos à própria equipe, né? Porque a gente fica preocupado com o lá fora, e o aqui dentro? Como é que tá? [...] Porque eu acho que há problemas...da equipe, há problemas e isso *a gente tem que ter um espaço de poder falar*, né?...É... poderia se pensar em termos de gestão, em termos de...de ter reuniões... mas *eu creio que não é só administrativo*, entendeu? Acho que tem que ter também o gestor, ter reuniões de equipe na Unidade... (P).

Sinto que a mesma preocupação, quanto à atuação da Unidade na saúde mental do paciente psiquiátrico deve ser tida também com os funcionários que atuam nas Unidades. Fico preocupadíssima com a equipe do acolhimento que recebe diariamente agressões emocionais, e até físicas. Observo os médicos naquele entra e sai de pacientes, oito horas por dia só ouvindo queixas e problemas; observo os enfermeiros desestimulados com os entraves burocráticos que dificultam a gestão e a resolução da Unidade, enfim, toda a Unidade de Saúde, pois atendemos pacientes fragilizados, carentes e, no final do dia, estamos 'esvaziados' emocionalmente (M).

[...] Saúde mental é saúde de todos nós... até nós mesmos muitas vezes precisamos de um atendimento assim... de um estar ouvindo o outro, né? (E).

Precisa estar trabalhando mais isso [saúde mental] com a gente, principalmente o profissional enfermeiro, que a demanda da gente é muito grande. E não é questão, assim... até pelo tempo... eu acho que a formação do enfermeiro, de também ouvir muito o paciente... então a

gente acaba absorvendo muito e não conseguindo muito... muitas vezes, assim, ficar sobrecarregada, a gente precisava mais... o trabalho em equipe mesmo, interagir, acho que ainda está muito isolado... (E).

Essa afetação e sofrimento aparecem em todas as categorias profissionais, pois, de alguma forma, todos relatam algum nível de mobilização com o trabalho, ainda que o expressem de maneiras diversas. Não é nosso objetivo explorar as diferenças entre as categorias e só as citaremos com a finalidade de não passar uma impressão distorcida dos resultados que de fato obtivemos. Assim, cabe-nos esclarecer que esse ponto foi apontado com mais ênfase pelos profissionais médicos. No que se refere a essa categoria, dos 27 médicos que participaram de nossa investigação, dez responderam à questão sobre a função da saúde mental nas Unidades de Saúde, dizendo que, entre outras coisas, essa função envolveria o trabalho com os próprios profissionais da Unidade.

[...] *atendimento da equipe* de profissionais da US (M).

Atividade para profissionais da US para diminuir o *stress* do trabalho (M).

Palestras com funcionários no local de trabalho para administrar o *stress* do trabalho (M).

Defendo a idéia de que todos os setores da US devem ser submetidos a dinâmicas para trabalhar sua própria saúde mental, já que existe sobrecarga emocional neste serviço (M).

[...] a saúde mental mostra-se cada vez mais importante e necessária no ambientes de trabalho para que possamos administrar todo o *stress* e problemas sofridos durante este período e para sabermos lidar com os pacientes dependentes de acompanhamento para saúde mental (M).

[...] sugiro que o assunto 'saúde mental' inicie com programa para os profissionais de saúde das US e de imediato, se possível! (M).

De acordo com um dos participantes, a saúde mental não vem cumprindo sua função nas Unidades:

[...] porque vejo, ainda, profissionais estressados e insatisfeitos com as limitações, consigo mesmos, com seus problemas particulares e com as dificuldades dos usuários (M).

A necessidade de apoio ou “tratamento” dos profissionais também aparece nas respostas de alguns enfermeiros que entendem ser função da “saúde mental” nas Unidades:

Tratar os indivíduos, sejam eles pacientes ou colaboradores, de forma que haja uma harmonia com o meio ambiente em que vivem (interação com saúde e equilíbrio) (E).

Trabalhar funcionários (E).

Precisa estar trabalhando mais isso [saúde mental] com a gente, principalmente o profissional enfermeiro, que a demanda da gente é muito grande. E não é questão, assim... eu acho que a formação do enfermeiro, de também ouvir muito o paciente... então a gente acaba absorvendo muito e não conseguindo muito... muitas vezes assim, ficar sobrecarregada, a gente precisava mais... (E).

Acho que este tema [saúde mental] deve ser tratado com seriedade, a começar pelos próprios profissionais que precisam de apoio na sua saúde mental (E).

Acreditamos que essas falas são suficientes para nos permitir considerar o problema em foco como de vital importância, uma vez que expressam tanto um elevado nível de afetação pessoal e de sofrimento causado pelo trabalho, com mobilização de sentimentos negativos, geradores de angústia e desmotivação, como também denunciam a falta de espaços institucionais para a sua expressão, discussão e elaboração. Se a instituição não apresenta espaços de interlocução, novamente a responsabilidade de cuidar do problema permanece a cargo de cada um, que deve buscar saídas por si mesmo.

A colocação da questão como um problema relativo à Saúde do Trabalho aparece em dois dos participantes que, ao se referirem às dificuldades, dizem:

USs muito grande, com muitos profissionais... dificuldade de comunicação interna, às vezes devido a excesso de trabalho; cansaço dos profissionais devido à grande demanda e à sobrecarga com jornada de trabalho extra, baixo salário; *falta de programação de abordagem à saúde do trabalhador* (M).

[...] realização de um programa que aborde realmente a saúde do trabalhador – penso que assim tudo (inclusive o serviço) tenderá a melhorar muito (M).

Porém, ainda assim, como vimos, a expectativa dos profissionais, nesse caso, se dirige à “saúde mental”, que aparece aí de forma imprecisa, como um setor que poderia (ou deveria) oferecer ações de assistência para resolver esse problema que, numa leitura que nos parece predominantemente medicalizante, fica reduzido à classificação como *stress* do trabalho. Assim referido, o problema é individualizado (ainda que visto como um problema que atinge vários indivíduos ao mesmo tempo), levando à busca de uma solução terapêutica que também será individualizante, mesmo que possa se dar com o foco no grupo dos profissionais, como seria o caso de uma atuação da “saúde mental” sobre o grupo de profissionais estressados.

Nesse sentido, o problema é colocado em termos técnicos, podendo, ainda, ser visto como sinal de carências diversas (carência de equilíbrio emocional, de apoio terapêutico ou de uma administração de RH eficiente), o que mostra que, para esses profissionais, predomina a tendência à privatização e individualização das questões, atitude que corresponde à burocratização e tecnocracia da instituição, como vimos acima.

Nessa percepção, os profissionais de psicologia das Unidades de Saúde – que estão ali como membros da equipe de saúde da Unidade, como colegas de trabalho – passam a ser vistos como especialistas, depositários de expectativas de intervenção/solução que não correspondem a seu papel naquele serviço.

Uma perspectiva mais promissora talvez esteja presente no fato de também haver a expectativa de a “saúde mental” promover o trabalho interdisciplinar, o que comparece tanto entre os médicos como entre os enfermeiros. Esses últimos chegam a fazer uma crítica ao que consideram como isolamento dos profissionais de psicologia:

[...] tem psicóloga [na US], mas não aparece seu serviço... não se envolve com as equipes de PSF. Acho que seu trabalho é separado, talvez... (E).

Tem paciente com transtorno e a psicóloga atende, mas a gente não tem uma troca, um retorno. Muitas vezes não tem essa troca (E).

Os psicólogos, por sua vez, apontam haver dificuldade dos médicos e enfermeiros para ouvir os usuários, pois sentem que, quando a demanda não se encaixa num procedimento técnico, a pessoa é encaminhada “ao psicólogo” sem que aqueles profissionais se disponibilizem a ouvir essa pessoa:

Quando o médico encaminha para o psicólogo, na minha Unidade, é porque ele não agüenta mais aquele paciente... (P).

Na minha Unidade, de seis médicos, só uma que se interessa [pelas ações de saúde mental]. Os outros não querem nem saber, querem ir lá no consultório, consultar e pronto (P).

Como já dissemos, não vamos explorar as diferentes colocações de cada categoria, uma vez que isso nos levaria para muito longe de nosso foco. O que queremos apontar, ao destacar essas falas, é que o desencontro entre elas repete o desencontro da SEMUS, devendo, também, se refletir num desencontro entre as práticas dos diferentes profissionais.

A visada tecnicista que a instituição privilegia – em oposição à visada política – se repete nos profissionais que também não politizam seu lugar. Da mesma forma, as queixas dirigidas à Secretaria parecem apontar mais falhas na competência da instituição que questionar o seu papel e a forma como conduz as questões do trabalho.

Se, ao contrário, focarmos o aspecto político dessa situação, podemos ver que são processos de culpabilização (da população que demanda exageradamente, da SEMUS que não contrata profissionais suficientes, não os provê dos recursos necessários, etc. e dos próprios profissionais que interiorizam uma suposta culpabilização no que buscam/esperam ajuda especializada para lidar com seu mal-estar) próprios dos modos de subjetivação capitalísticos que tentam anular as possibilidades de singularização e de criação das pessoas, prendendo-as num assujeitamento às condições dadas (GUATTARI; ROLNIK, 2000).

Quanto aos psicólogos, estes chegam a fazer uma leitura mais crítica, apontando aspectos políticos e institucionais presentes nos problemas que colocam. Porém,

ainda assim, parece-nos que acabam por reproduzir o desencontro da SEMUS, na medida em que parecem também culpabilizar os profissionais pelas dificuldades de produção do trabalho coletivo:

Os médicos são capacitados para trabalhar de que forma? Atender no consultório, cada um individualmente e pronto. Eles têm esse tipo de formação e muitas vezes eles não têm o desejo de estar fazendo um trabalho em equipe... não querem nem participar de uma reunião para planejar um trabalho de equipe, eles não têm essa disposição, essa vontade, esse desejo... (P).

[...] eu acho que saúde mental, se você for pensar em qualidade de vida, o enfermeiro pode estar fazendo isso quando ele atende uma pessoa, que ele conversa com ela, quando ouve ela... eu acho que as práticas hoje elas não preconizam isso. O enfermeiro, hoje, ele tá preocupado com a técnica: com a pressão, com o batimento cardíaco... com não sei o quê, ele não tá querendo ouvir o cara. Assim como o médico (P).

Assim, no grupo de discussão realizado com os psicólogos, quando falamos da análise preliminar dos resultados, que já apontava para esse nível de afetação de todos os profissionais, e do fato de os médicos e enfermeiros referirem o desejo de interlocução com a psicologia, colocando a dificuldade de contato como um problema, a reação, de certo modo, foi de ironia:

Eu tô querendo saber onde é que estão esses profissionais para encontrar com eles... (P).

Temos, então, presente, o mesmo processo de culpabilização que comparece entre os médicos e enfermeiros, só que, ao invés de interiorizada, a “culpa” é deslocada para o “outro” (para os médicos e os enfermeiros). De todo modo, em seu conjunto, os profissionais parecem ficar numa posição de assujeitamento com relação à instituição, não reunindo forças para se opor ao seu movimento burocratizante e privatizante.

Campos (1997, p. 254), citando Guattari, define o grupo sujeitado como aquele que se “[...] caracterizaria pelo imobilismo e pela incapacidade de modificar o instituído, tendo em vista sua subordinação passiva às determinações do contexto interno e externo às organizações”. Em oposição, os grupos sujeito seriam aqueles implicados nos processos de mudança. Para Guattari, o grupo sujeito,

“[...] ou que tem vocação a sê-lo, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, [...] é ouvido e ouvinte, e por este fato opera o desapego a uma hierarquização das estruturas que lhe permitirá se abrir para além dos interesses do grupo” (GUATTARI, 1987, p. 92).

Guattari esclarece que essas não são posições absolutas, pois os grupos tendem a oscilar nessas posições, sendo necessário questionar tanto a verticalidade das hierarquias quanto a horizontalidade das relações entre iguais, para alcançar um nível de transversalidade que permita sair dessas polaridades. Quanto à modificação aí alcançada, declara que essa “[...] deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto. Enquanto as pessoas permanecerem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas” (GUATTARI, 1987, p. 96). Para tanto, é necessária a abertura das pessoas para as revoluções moleculares nas quais não se contesta apenas o “outro” ou as regras instituídas, sendo necessário se colocar também em causa, desfazendo as formas de hierarquização, de individualização e de privatização do desejo e dos afetos, construindo novas formas de subjetividade e desenvolvendo uma “[...] nova disponibilidade, uma nova sensibilidade a alianças, a conjunções imprevisíveis, inimagináveis” (GUATTARI, 1987, p. 73).

Nessa leitura, os profissionais podem ser chamados de “trabalhadores sociais”, assumindo-se que seu trabalho estará sempre ligado à produção de subjetividades. O seu modo de afetação, então, pode se transformar em motor de uma ação que não será mais apenas reativa e sua própria atuação junto à população não será mais apenas reparadora, alcançando a função de transformação e construção de novas formas de as pessoas se posicionarem diante dos problemas. Trata-se de não bloquear as revoluções moleculares potencialmente sempre presentes, o que permitirá às pessoas saírem do aprisionamento às formas dominantes de ser e de agir e resgatar uma existência singular.

“Cabe a nós apreciar em que medida – por menor que seja – podemos contribuir para a criação de máquinas revolucionárias políticas, teóricas, libidinais, estéticas, capazes de acelerar a cristalização de um modo de

organização social menos absurdo do que o atual” (GUATTARI, 1987, p. 225).

Esta discussão tem por objetivo apontar o fato de que os profissionais participantes deste estudo parecem acabar sendo capturados pelas questões institucionais, consumindo nessas a potencialidade que poderiam, e deveriam, utilizar no enfrentamento dos problemas relacionados com a saúde que afetam a população sob sua responsabilidade. Porém, cairíamos na mesma armadilha se nos limitássemos a apontar a questão institucional como “causa” desse quadro de afetação dos profissionais das Unidades de Saúde.

Acreditamos que a atitude tecnocrática da SEMUS contribui para o ocultamento dos aspectos políticos envolvidos nessa situação de sofrimento apresentada pelos profissionais, gerando, ainda, mais sofrimento ao anular sua capacidade de autonomia e de criação. Todavia, também consideramos que o contexto institucional não é a única fonte do sofrimento experimentado pelos profissionais, sendo necessário incluir aí a própria característica do trabalho na atenção primária.

Trata-se de nos desvencilharmos da idéia ilusória de que o trabalho nesse nível de atenção seria mais simples, “básico”, admitindo que a complexidade encontrada de certa forma é muito maior que aquela presente nos serviços de atenção secundária ou terciária, ou, utilizando a terminologia do SUS, dos serviços de média ou de alta complexidade, tal como já discutimos acima. Devemos nos lembrar que na atenção primária, “[...] muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial” (SCHRAIBER; GONÇALVES, apud MENDES, 1996, p. 268).

Avaliamos que o trabalho na atenção primária, principalmente no PSF, coloca os profissionais frente a frente com a complexidade da vida e com o drama concreto de pessoas que sofrem das várias formas de exclusão, próprias de nosso tempo de globalização, que, como diz Milton Santos (2003), tem se caracterizado por ser uma “globalização perversa”, produtora de uma pobreza e de uma violência

estruturais que não são resultados de erros de condução ou de falhas do sistema, mas sim frutos naturais do modelo econômico e da racionalidade hegemônica na contemporaneidade. Assim, mesmo que o PSF ainda não tenha alcançado seu objetivo declarado de mudança do modelo assistencial, as poucas mudanças que impõe na forma de trabalho dos profissionais da USs nos parecem já estar causando efeitos. Nespoli (2002), em sua pesquisa sobre o PSF na US Ilha das Caieiras, aponta que, embora as noções de vínculo e de referência sejam centrais para o PSF, ainda não se constituíram em uma realidade:

[...] a maior inovação identificada pelos profissionais até o momento é a ampliação do acesso e a organização da demanda que antes era atendida de forma casual [...]. O fato do médico e das equipes irem as casas dos moradores (mesmo que isto não garanta o vínculo) é visto como a maior mudança [...] (NESPOLI, 2002, p. 85).

Concordamos que o que aí é apontado como mudança não repercute necessariamente em transformação na forma de atenção, não se traduzindo em mudanças que possam ser sentidas pelas pessoas atendidas pelos serviços do SUS. Porém, após ouvir os profissionais das Unidades, acreditamos que essa novidade, que inicialmente nos parecia superficial, tem tido, já, um forte efeito nos profissionais, na medida em que impede que mantenham a distância segura que era garantida pelo olhar reducionista e pela pretensa neutralidade característica da medicina moderna que, como todas as disciplinas nascidas nesse período da história, procurava se pautar na objetividade e no rigor científico. Fora das paredes do consultório, mesmo que a atitude ainda se mantenha técnica, parece ser difícil não se afetar pela dura realidade de vida da população que antes era vista/atendida casualmente. Agora as equipes atendem sempre a um mesmo grupo da população e, assim, ainda que consigam manter um contato frio e técnico com essas pessoas, torna-se impossível não se conhecer algo de suas vidas, para além dos sintomas e das queixas que trazem às consultas. Queremos apontar que essas mudanças, ainda pequenas diante do que se propõe, parecem não ser tão pouco para os profissionais, ainda mais se lembrarmos que o que chamamos de dura realidade da população (que envolve violência, drogas, tráfico, pobreza...), não é, na verdade, uma realidade tão distante da dos profissionais, sendo, em última instância, a realidade em que todos nós vivemos.

Enfim, acreditamos que esses aspectos também estão presentes como componentes do sofrimento relatado pelos profissionais, pois, tratando-se de algo como um “choque de realidade”, que traz à tona o fato de que muito do que chega às Unidades como demanda por serviços de saúde provém de uma realidade que também nos atinge, torna-se impossível lidar com o trabalho de forma mecânica, sem se afetar e sem se colocar em questão, porém, sabendo que não se trata de uma questão pessoal, mas de uma realidade que envolve a todos, o que torna necessário lidar com sua dimensão coletiva, política e social. Nesse sentido, os instrumentos da tradicional Saúde Pública e o trabalho individualizado se mostram insuficientes, trazendo a necessidade da interdisciplinaridade, da coletivização do trabalho e da efetiva responsabilização pelo enfrentamento dos problemas.

Aqui passamos ao terceiro subtema de análise, referente à dificuldade relatada pelos profissionais para alcançarem essas mudanças.

6.1.3 A Equipe como um Mito

Ouvimos os relatos dos participantes e nos chamou a atenção o fato de que – tanto ao falar das dificuldades gerais, quanto nos momentos em que relataram situações específicas da área de saúde mental que se tornam difíceis pela complexidade que envolvem – os profissionais expunham essas dificuldades como algo que tivessem a responsabilidade pessoal de superar, parecendo buscar, sozinhos, formas de encontrar soluções e resolver o problema. Cada um falava de sua dificuldade e do sentimento de impotência e angústia, mas sem se referir aos colegas, parecendo não se lembrar de que, na Unidade onde trabalha, há ao menos um enfermeiro, um psicólogo, um médico, um assistente social, um agente de saúde ou um auxiliar de enfermagem, enfim, algum colega membro da equipe de saúde, que talvez vivencie situação semelhante e que talvez tivesse alguma informação que pudesse ajudá-lo. Mesmo quando questionávamos sobre isso, falando da possibilidade de tratar o assunto com os colegas e de discutirem os casos em equipe, a resposta geral aparecia como um conjunto de impossibilidades em frente às quais restava a cada um assumir a responsabilidade pessoal pela solução dos problemas. Na visão dos

profissionais, não parecia possível discutir com os colegas a situação, pois os outros também já estariam sobrecarregados com suas próprias atividades e não teriam tempo para se unirem e pensar juntos no problema. Ou seja, trata-se de profissionais que trabalham no mesmo espaço, mas onde cada um se sente sozinho para lidar com situações dramáticas e difíceis, o que nos faz pensar que esses profissionais não constituem, de fato, uma equipe.

Bastos (2003) já havia apontado como o trabalho dos psicólogos nas Unidades de Saúde da SEMUS se dá de forma solitária, tendo relatado, ainda, que essa característica não se refere apenas ao trabalho desse profissional.

Podemos supor que esse isolamento não é prerrogativa do Programa de Saúde Mental, considerando a desarticulação referida aos outros programas. O processo de trabalho é descrito como dificultado pela ausência de integração entre os serviços e inexistência de equipes. A necessidade de se efetuar um certo número de consultas e apresentar produtividade e as demandas para atendimento são apontadas como impedimentos para reuniões na unidade de saúde. Essa relação de trabalho aponta a permanência do Modelo Médico Assistencial, privilegiando a doença como objeto (BASTOS, 2003, p. 120).

Em nossa pesquisa, os participantes relataram essa mesma dificuldade. Os profissionais afirmam que o trabalho é isolado, solitário e compartimentalizado, havendo necessidade de integração das equipes. O trabalho em equipe aparece como forma de escapar da atuação isolada e a interdisciplinaridade também aparece como uma forma de trabalho capaz de permitir vencer o sentimento de impotência e limitação que surge diante da dimensão dos problemas a serem enfrentados.

O fato de o trabalho na minha Unidade ser muito separado, ou seja, cada profissional trabalha isoladamente, contribui também para o pouco avanço (P).

[...] eu sinto que a solidão ou a exclusividade não é só do psicólogo, mas de todos os profissionais (P).

Há necessidade de maior trabalho em campo. A meu ver, a integração formal da saúde mental e PSF, com projetos em comum, reuniões de equipe e capacitação (P).

A falta de trabalho em equipe que está sendo colocada aqui, não tem jeito: falta trabalho em equipe mesmo! Isso tem que ser revisto na SEMUS, de alguma maneira, porque, sem trabalhar em equipe, não tem jeito das coisas funcionarem a contento e a gente não consegue fazer... Reunião tem que ter, com a equipe, tem que ter reunião, porque, para se trabalhar em equipe sem reunião, não tem como, né? (P)

Falta de interação das equipes (M).

Dificuldades: sair da teoria e ir para a prática implementando novas ações. Possibilidades: trabalho em equipe (P).

[...] quando se pensa em atuar em saúde mental isoladamente, aparecem sentimentos de limitação ou de impotência, mas a atuação em equipe é a possibilidade da mudança (E).

O sentimento que eu tenho quando sou chamada para atender saúde mental, numa demanda, o que aparece é que a gente se sente impotente, mas, se você começar a trabalhar... a ter um enfoque interdisciplinar, você consegue dividir esse peso e reconhecer que você tem limitação e respeitar a especificidade do outro e começar a construir junto esse campo que é comum (E).

Porém, os profissionais apontam que pode haver interesses e formas diversas de se encarar o “trabalho em equipe”, surgindo, aí, críticas à organização do trabalho e à condução ético-política da SEMUS:

[...] mesmo que a gente trabalhe em equipe, eu acho que a visão que a gente tem de trabalho em equipe não é de dividir objeto de estudo... Por exemplo: o médico acha que o trabalho dele é aquele, e do psicólogo é aquele, e do outro é aquele, bem compartimentalizado mesmo... Então, isso dá essa visão de solidão, porque cada um tem que dar conta só do seu. Então, trabalho de equipe hoje, na SEMUS, que eu percebo, é fazer reunião. Mas, fazer reunião... parece que ela é tarefaira ... Não tem uma proposta de realmente se pensar um trabalho que seja conjunto. O trabalho ele é feito, em equipe, isoladamente! (P).

Segundo Vasconcelos (2002, p. 113) esse tipo de atuação é característico das práticas multiprofissionais:

As práticas multi- podem ser visualizadas nos ambulatórios de saúde e/ou saúde mental convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de

informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa.

Esse autor diferencia os diversos tipos de práticas inter. Assim, além daquelas multiprofissionais, fala de práticas “pluri”: essas acontecem, por exemplo, nas reuniões clínicas de discussão de casos ou nas reuniões de equipe técnica, nas quais profissionais de categorias diversas trocam informações, avaliam procedimentos ou até fazem planejamentos, mas sem que ocorra a criação de uma forma própria de trabalho.

As práticas inter-, por sua vez, são entendidas aqui como promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exigem a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original [...]. Desta forma, abre-se caminho para uma fecundação e uma aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura linear, mas por recombinação dos elementos internos [...]. Em geral essas práticas implicam um sério questionamento e recolocação em novas bases dos princípios e da formação convencional aprendidos pelos profissionais nos cursos universitários tradicionais, exigindo uma cultura institucional nova nos serviços, capaz de oferecer um clima favorável para este processo de reelaboração de suas identidades profissionais originais, bem como uma democratização efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos em contrário [...] (VASCONCELOS, 2002, p. 114).

Como vemos, como nos foi alertado por um dos participantes, essa mudança de prática implica mudanças institucionais, não se tratando de algo que se deva esperar apenas dos profissionais. A permeabilidade do serviço para mudanças e desenvolvimento de práticas inovadoras que escapem aos procedimentos tradicionais é fundamental para a efetiva possibilidade de transformação das práticas de saúde.

Vasconcelos (2002) aponta, ainda, a crise do trabalho nas sociedades capitalistas contemporâneas, dominadas pela cultura neoliberal, como mais um dos fatores

dificultadores, uma vez que essa crise tem gerado condições precárias de trabalho que envolvem aumento do desemprego, baixos salários, políticas gerenciais competitivas, redução do montante de vínculos trabalhistas permanentes com crescente terceirização de força de trabalho com vínculos temporários e introdução de novas tecnologias, processos comunicacionais e informatização do trabalho, “[...] com ênfase na compressão do tempo/espço operacional, na racionalidade instrumental e nos indicadores quantitativos de sucesso e produtividade, e diminuição do espaço para a reflexão crítica, gestão participativa e mudanças qualitativo-estruturais” (VASCONCELOS, 2002, p. 121).

Podemos notar que, embora a Secretaria estudada não se enquadre no perfil de uma grande e moderna empresa contemporânea, a lógica que rege seu funcionamento apresenta muito em comum com o que o autor descreve (destacando-se os aspectos relativos aos contratos temporários que têm sido predominantes nos serviços do SUS, a pressão do tempo e a cobrança por produtividade).

Nessas condições, o trabalho profissional interdisciplinar encontra dificuldades e barreiras fortíssimas para sua implementação efetiva. Podemos exemplificar isso recorrendo novamente ao campo da saúde e da saúde mental. Criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir às propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais para se engajarem em práticas inter- de todos os tipos, exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o multiemprego excessivo (que impede o compromisso com as atividades locais de cada vínculo), e investimento em treinamento e supervisão (VASCONCELOS, 2002, p. 121).

Concordamos inteiramente com essa argumentação e avaliamos que, embora em parte este seja um problema que deve ser revisto na própria SEMUS, parte dele é também de competência do SUS como um todo, pois esse não tem se posicionado com relação às contratações temporárias que, formalmente, só poderiam ser feitas em situações de emergência, bem como sobre a inexistência do Plano de Cargos Carreiras e Salários na grande maioria dos municípios, que formalmente só poderiam receber financiamento se já tivessem elaborado tais

planos. Trata-se de questões macroestruturais que têm um grande peso, mas que, na perspectiva que estamos adotando, da micropolítica do desejo, não podem ser consideradas suficientes para impedir completamente os movimentos de mudança.

Nessa concepção, como já discutimos, as instituições também se colocam como espaços privilegiados de luta (LUZ, 1981), sendo essencial que os atores que ali atuam assumam um papel ativo de provocação de mudanças, colocando-se, então, como grupos sujeitos e não apenas se assujeitando ao contexto institucional. Cabe a todos e a cada um adotar uma atitude de afirmação que permita a circulação e o movimento das diversas forças que atravessam a instituição de saúde, evitando sua paralisação e a cristalização de rotinas empobrecedoras e frustrantes. Porém, ainda que algo de implicação pessoal deve sempre estar em jogo, não podemos esquecer o papel da gestão das Unidades como elemento importante para viabilizar o crescimento e enriquecimento da instituição ou, ao contrário, capaz de frear, de barrar os movimentos, favorecendo a burocratização.

Na proposta de Campos, R. (2003), a gestão dos serviços deve ter como objetivo a produção de graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação. Para tanto, na prática concreta dos gestores – nesse caso, estamos nos referindo aos coordenadores de Unidades e ao corpo técnico gerencial do nível central da Secretaria – estes deveriam: “Criar e instituir espaços nos quais se possa experimentar tomada de decisões coletivas. Espaços nos quais seja possível formular projetos” (CAMPOS, R., 2003, p. 124). Trata-se de espaços de gestão participativos, que devem ser regulares para que se constituam, de fato, como espaços nos quais seja possível a circulação de afetos e a implicação dos envolvidos, visando a que estes – os profissionais das Unidades e também os usuários dos serviços – se comprometam com a construção e manutenção de uma instituição criativa e ativa na busca do cumprimento de sua função que é a de produzir saúde. Para Merhy (1997) e Campos, G. (1997), um processo de gestão desse tipo permitiria o resgate do poder instituinte da ação micropolítica do trabalho em saúde, que, assumindo seu compromisso ético-político, conseguiria “desprivatizar” as questões e dificuldades que se colocam na sua condução,

tornando públicas as discussões e a busca de soluções. Enfim, caberia adotar um processo de gestão dos serviços que levasse à discussão os problemas e dificuldades, bem como os afetos e interesses envolvidos, comprometendo todos com a busca e a construção de soluções.

Se o tema é rede básica, há que se discutir o papel da clínica neste contexto. Como reformulá-la? e o da prevenção? e o trabalho comunitário, como seria organizado? E assim sucessivamente. Ao mesmo tempo, iluminando-se pela política do SUS, pelo perfil epidemiológico da região, por dados extraídos da demanda, pela ética, e pelo que seria uma clínica de qualidade, tentar redefinir papéis, responsabilidades e processos de trabalho. Quer dizer, trazer para o concreto de cada serviço desenhos que levassem em conta todos esses temas, mas que o fizesse de forma prática e operacional (CAMPOS, 1997, p. 266).

Tal prática parece ser bem distante do estilo da SEMUS, que parece preferir práticas que possam ser mais “protocoláveis”, mais previsíveis, e com pouca chance de escapar ao controle institucional. Porém, parece-nos que esse controle está causando uma cegueira que tem impedido a instituição de ver o quanto tem perdido da força criativa de seus profissionais, força que se esvai em função do mal-estar institucional. Diante da solidão com que cada um tem tentado enfrentar esse mal-estar, a simples possibilidade de as equipes se reunirem já representaria um avanço, desde que esse espaço fosse utilizado pela Secretaria para ouvir seus profissionais, acolher seus afetos, suas críticas, suas sugestões e iniciar uma prática mais criativa, mais desinstitucionalizada, como primeiro passo para se chegar a uma prática de construção e invenção, necessárias não só no que se refere à reforma psiquiátrica, mas também à tão declarada intenção de mudar o modelo assistencial por meio do PSF.

6.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU ENTENDIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DA REDE BÁSICA DE VITÓRIA

No primeiro procedimento desta investigação, referente às entrevistas com os psicólogos, fizemos as perguntas gerais relativas à sua representação de saúde mental e a seu trabalho nas Unidades de Saúde, sem nos referirmos inicialmente

à reforma psiquiátrica. A hipótese, que se confirmou, era que esse tema não estava ainda na pauta dos profissionais desse nível de atenção.

De fato, naquele momento, nenhum dos psicólogos entrevistados citou espontaneamente a reforma, embora tenham falado bastante de seu trabalho e de práticas que, em seu conjunto, puderam ser identificadas como coerentes com seus princípios. Apenas ao final da entrevista foi que lançamos o tema da reforma, perguntando se essa era conhecida dos profissionais e questionando o porquê de não terem tocado nesse tema, mesmo no caso daqueles que falaram de novas práticas. Citamos algumas das reações ao perguntarmos sobre o tema da reforma na atenção básica:

Psicólogo A – Não se fala nisso, isso não existe! Não dá tempo pra falar disso, só se fala em hipertensão, diabete... Reforma psiquiátrica? Não existe isso.

Entrevistador – Nem entre os profissionais de saúde mental?

Psicólogo A – A gente quase não conversa sobre isso. Quando a gente se encontra ali, em nível de São Pedro, não, porque a gente tem que dar conta daquelas coisas básicas que... realmente...olha, eu nunca conversei. Só quando eu vou à reunião de saúde mental.

Psicólogo B – Eu acho que, na prática, não chegou não. No dia-a-dia, acho que a coisa tá muito nos moldes da hospitalização, da exclusão.

Entrevistador – Nem entre os profissionais de saúde mental?

Psicólogo B – É, eu acho que o profissional de saúde mental... também... ele não pode fugir da raia. Mas, eu acho que tá muito... ainda tá muito... O que que seria luta antimanicomial, transtornos graves?? Lá pra US, eu acho que ainda não tem nada voltado pra isso.

Apenas um dos psicólogos, que já vinha desenvolvendo ações prioritariamente com pessoas com transtornos graves, acredita que a idéia da reforma já esteja presente no espaço da atenção básica:

Entrevistador – E, a última pergunta, a idéia de reforma, você acha que chegou ou não ao nível primário?

Psicólogo C – Eu acho que tem chegado sim, até porque, quando eu visito uma família, por incrível que pareça, não há aquele pedido de

internar o paciente, eles não têm feito esse pedido. Só um caso raro ou outro.

Se encontramos essa reação entre os psicólogos, que são os profissionais identificados como os responsáveis pelas ações de saúde mental nessa Secretaria, acreditamos poder inferir que para os profissionais de outras categorias, o tema da reforma também não constava como uma questão relevante e ligada a seu trabalho, ou como algo que estivesse entre suas responsabilidades

De todo modo, nossa preocupação maior não estava em avaliar se a reforma era ou não conhecida, ou se as práticas eram ou não condizentes com suas propostas. Trabalhamos com a hipótese de que, até aquele momento, o discurso da reforma tinha pouca repercussão na atenção primária e, considerando de extrema importância a superação dessa distância como forma de ampliar seu alcance e garantir o andamento do processo de desinstitucionalização, lançamos o tema aos profissionais com o interesse de conhecer, a partir de suas colocações, algumas das dificuldades e as possibilidades para inserir os serviços da atenção primária como dispositivos nesse processo. Apresentamos, a seguir, os resultados que colhemos dessa investigação.

6.2.1 Saúde Mental: Expectativas e Confusão

Quando os psicólogos foram questionados sobre seu entendimento quanto à saúde mental, as respostas apontaram significados diversos, predominando as falas referentes às características do trabalho nessa área:

Qualidade de vida... tranquilidade... “*No Stress*” (P).

Acolhimento, atenção, cuidado... e cidadania (P).

Prevenção, deficiência [do serviço] (P).

No serviço público, é dificuldade, resistência, mas possibilidade (P).

Questionados, especificamente, sobre as características dessa prática, sua fala remeteu diretamente ao campo do respeito à subjetividade e à singularidade, dizendo ser uma prática:

Que dá voz ao outro; sem receitas prontas (P).

Que permite uma relação mais próxima com o usuário (P).

Com mais escuta (P).

Que permite construir outras verdades (P).

Entre os médicos e enfermeiros, os sentidos dados à saúde mental mostram uma visão mais tradicional, coerente com as origens da expressão situada na Psiquiatria Preventivo Comunitária americana, comparecendo principalmente as noções de equilíbrio, controle e bem-estar.

Entre os 27 médicos, doze entendem saúde mental como equilíbrio ou bem-estar, sete relacionam a expressão com uma atividade profissional, três falam em saúde ou doença, quatro dão definições mais diversas e um dos participantes não respondeu à questão:

Estado de equilíbrio e harmonia mental; ausência e/ou controle de ansiedade, depressão e qualquer transtorno mental (M).

Bem-estar físico/psíquico para manter o equilíbrio do corpo e mente para um bem-estar geral (M).

Estado de bem-estar psíquico em que o sujeito pode usar todas as suas potencialidades (M).

Abordagem clínica referente à saúde mental do paciente (M).

Problema psíquico e (mental) emocional que abrange tanto o paciente quanto a família (M).

Capacidade vencer obstáculos que a vida oferece (M).

Melhora da qualidade de vida, bom salário (saneamento e outros, menor *stress*) (M).

Capacidade de aceitar e conviver bem com todas as áreas da vida, inclusive com problemas (M).

Já entre os dezessete enfermeiros que responderam aos questionários, dez deles identificam saúde mental com a idéia de equilíbrio, controle, ou bem-estar, cinco entendem saúde mental como uma atividade profissional e dois falam de “saúde de todo o organismo”:

Bem-estar pessoal e na vida pessoal, equilíbrio biopsicossocial (E).

Bem-estar bio-psico-social e espiritual; capacidade de reagir ou interagir com e de forma equilibrada com o corpo, a sociedade e o espírito (E).

Estar em plena capacidade para desenvolver atividades que necessitam raciocínio, controle, relacionamento, enfim o necessário para se viver em sociedade (E).

Ramo da saúde com objetivo de assistir paciente com distúrbio mental (E).

Com referência às respostas dadas, nota-se uma visão mais tradicional e pedagógica dos enfermeiros com relação aos médicos. Os primeiros parecem estar mais apegados à definição idealizada da OMS que fala do “[...] completo bem-estar físico, mental e social [...]”; já entre os médicos, pudemos encontrar definições que se aproximam do entendimento ampliado de saúde como um “modo de andar a vida”...

Quanto a essa falta de clareza no entendimento da noção de saúde mental, Saraceno (2001) aponta que, ao falarmos em psiquiatria, logo nos referimos ao seu correlato de doença psiquiátrica, porém, quando falamos em saúde mental, não há um conceito único como correlato: “[...] de fato, não é claro se saúde mental é uma noção que se refere à condição desejada de bem-estar dos indivíduos ou às ações necessárias que possam determinar neles essa condição” (SARACENO, 2001, p. 144).

O autor avalia essa forma de entendimento que como positiva, por sinalizar a continuidade necessária entre as ações de saúde mental e os seus objetivos que estariam ligados ao alcance do chama do ‘bem-estar’. Na sua leitura, essa continuidade diferencia a saúde mental da psiquiatria que pode ser definida como “[...] um ramo da medicina que estuda e assiste os pacientes de doença mental” (SARACENO, 2001, p. 145), apontando o fato de a saúde mental ser entendida como algo mais complexo, abrangendo mais do que apenas ausência de doença. Por esse motivo, considera importante assumir a noção de saúde mental como referência, considerando a psiquiatria como apenas um dos seus aspectos.

Ainda que consideremos pertinentes seus argumentos, deixaremos em aberto a questão: não seria mais produtivo abandonarmos essa denominação de saúde mental – que desde sua origem fala de adaptação e disciplina (BIRMAN; COSTA,

1994) – e passarmos a utilizar o conceito de atenção psicossocial que, tal como vimos, já traz em si todas as mudanças conceituais e epistemológicas que indicam uma ruptura com as práticas e conceitos clássicos, propondo uma nova concepção do que se entende por cuidar?

Na concepção de atenção psicossocial e na visão ampliada de saúde, não caberia diferenciar saúde de saúde mental, porém, no que se refere à assistência aos problemas relacionados com a saúde em geral e com aqueles ligados à área de saúde mental, há diferenças que falam da especificidade do processo de sofrimento psíquico e da forma de cuidar dele. Essas diferenças apareceram nos relatos dos profissionais, fornecendo-nos dados importantes para considerarmos, ao analisar as possibilidades de realmente tomarmos as USs como referência na atenção aos usuários que apresentam sofrimento psíquico grave. Discutiremos esses aspectos no item que trata das dificuldades e possibilidades da atenção psicossocial nas USs.

Antes, gostaríamos de discutir um pouco mais sobre as expectativas lançadas sobre a saúde mental pelos profissionais que participaram de nosso estudo. Já iniciamos essa discussão ao falarmos do contexto institucional repleto de desencontros, quando vimos que, entre os médicos e enfermeiros, algumas importantes expectativas são depositadas sobre esse campo, o que se configura concretamente em expectativas lançadas sobre os profissionais de psicologia das USs.

Vimos que os médicos parecem esperar uma atuação dos psicólogos no sentido de cuidar do que identificam como ‘*stress*’ do trabalho, enquanto os enfermeiros parecem ter maiores expectativas com relação a uma aproximação do psicólogo como profissional que promoveria o trabalho de equipe, integrando-se mais aos demais profissionais da US e permitindo uma harmonização do ambiente.

Concordamos inteiramente com a necessidade, urgente, de o sistema de saúde acolher o sofrimento dos profissionais de saúde e de construir ações que visem ao cuidado com esse tema. Porém, consideramos que se trata, aí, de um conjunto de ações que envolveriam desde mudança nas condições de trabalho, sabidamente precarizadas em tempos de hegemonia do neoliberalismo, até a

famosa mudança dos processos de trabalho de modo a possibilitar uma atuação criativa e autônoma, na qual os profissionais possam operar pela via da invenção de novos modos de produzir saúde, sem que isso signifique abandono ou negligência com sua responsabilidade pelas ações de assistência às pessoas que necessitam de procedimentos curativos (CAMPOS, G. 2003; MERHY, 1997). Essa mesma mudança no processo de trabalho tenderia a produzir transformações nas práticas que têm deixado os profissionais isolados e solitários na responsabilidade de acolher as demandas que chegam ao serviço e ainda de transformar o modelo de atenção hegemônico.

Como avaliamos que o sofrimento e o mal-estar relatados pelos profissionais de saúde é resultado de algo muito maior do que uma rotina estressante, acreditamos que depositar na saúde mental a expectativa de cuidar desse problema pela via da assistência aos profissionais e às equipes pode recair numa simplificação, pois este caminho se aproxima muito da redução do problema a uma dimensão terapêutica. Acreditamos a possibilidade de intervenção, na verdade, estaria em utilizar o saber específico do campo da saúde mental para dirigir o problema para uma outra dimensão que pudesse evitar essa redução e tomá-lo como um analisador da situação institucional, o que, então, poderia produzir mudanças. Essa possibilidade é colocada por um dos participantes:

Aí, às vezes, eu fico pensando se não vai além disso, né? Não se trata de se descobrir que problemas são estes e tentar resolvê-los... mas é a própria dinâmica de que hoje é um problema, amanhã pode ser outro, e de não ter ilusão... Será que nunca vai haver uma hipótese de não haver problema? E algum mal-estar sempre pode haver [...]. Então a questão também não é só ficar querendo ter a ilusão de que este mal-estar pode acabar, mas que se possa falar desse mal-estar, né? E que se possa ter alguma produção em cima disso. Trabalhar para que esse mal-estar tenha alguma produção. Eu fico pensando se a saúde mental não pode puxar essa discussão... (P)

O que nos parece problemático é esperar essa ação dos psicólogos das USs como representantes da “saúde mental”, pois eles são membros dessa própria equipe que sofre os efeitos de um contexto institucional e de um processo de

trabalho que os submete a constante pressão, tendo que se haver, também, com esse mesmo sofrimento.

Considerando esse desencontro nas expectativas lançadas sobre o profissional de saúde mental das USs que, no caso da SEMUS, é o psicólogo, acompanhamos Bastos (2003) quando aponta a necessidade de se definir o que se pretende ao localizar esse profissional nas Unidades de Saúde. Esse aspecto, relativo às dificuldades de se alcançar uma prática psicológica mais apropriada para esse serviço, tem sido problematizado por vários autores (BEZERRA JUNIOR, 2000; RAUTER, 1995; SPINK, 2003) que apontam o risco de se reproduzir, simplesmente, a prática clínica privada nesse serviço tão particular que é uma Unidade de Saúde da rede básica, mas indicam também as possibilidades de se construir aí práticas inovadoras na via da produção de subjetividades.

A colocação das USs como dispositivos da desinstitucionalização abre novas possibilidades, mas também traz novos desafios a se enfrentar nessa questão.

6.2.2 Percepções acerca da Reforma Psiquiátrica

Questionados diretamente sobre o que entendiam por reforma psiquiátrica, em sua maioria, os profissionais entrevistados demonstraram conhecer suas propostas, ao menos no que concerne à sua dimensão tecno-assistencial. Do mesmo modo, a maior parte deles concorda com elas e apóia a idéia de que o tratamento deve ser feito em liberdade, sem prejudicar a inserção social das pessoas.

Entre os médicos, nove deles conhecem e aprovam a reforma; cinco conhecem e também concordam, mas com algumas ressalvas; seis são contra e sete declaram não ter conhecimento sobre a reforma.

Acho válido porque acho que os pacientes estejam em contato direto com seus familiares, ajudando em sua recuperação (M).

Acho excelentes as propostas para a reforma psiquiátrica, pois o paciente de saúde mental será acolhido e abordado na US como outra

pessoa qualquer, com a vantagem de ser acolhido também pela equipe de saúde que trabalhará para sua reintegração e interação com a comunidade (M).

Tenho algumas ressalvas quanto à reforma: por exemplo, não acho que todos os pacientes psiquiátricos devem ficar em suas residências e sim humanizar o atendimento (M).

Que sei: fim do manicômio e integração da família e das Unidades de Saúde no acompanhamento e tratamento dos pacientes. Considero como uma evolução desde que não se destrua o manicômio e deixe a população dessasistida (M).

Acho complicado porque as famílias não estão preparadas para isso, além dos casos de agressão que causam ansiedade e medo aos familiares

Família não tem condições, na maioria das vezes, de assumir o paciente e nem o profissional, de modo geral (interdisciplinar), da Unidade (M).

Chama a atenção a firmeza com que um médico coloca sua posição:

Reforma psiquiátrica sem apoio nas UBS é uma lástima! Pobre família que não tem quem a acolhe quando seu membro surta. CAPS é uma brincadeira! Muito pouco em número de pacientes atendidos (M).

Entre os enfermeiros, oito apóiam a reforma; cinco colocam ressalvas e quatro não a conhecem:

Acho que é bastante válido, pois em nossa sociedade existe um grande preconceito em relação a estes pacientes. Muitos ainda acreditam que isto está ligado ao mau caráter da pessoa (E).

Alguns casos específicos ficaram a desejar; familiares que não têm estrutura e conhecimentos para acolher o paciente na residência foram esquecidos pelo governo (E).

Acho as propostas interessantes, mas temos que garantir de imediato o acolhimento do cliente e não deixá-lo 'solto', sem uma referência (E).

Quanto aos psicólogos, todos apóiam a reforma, sendo que um expressou uma preocupação genuína com relação à sua efetivação:

Entendo que a reforma psiquiátrica visa trazer para os serviços comunitários a discussão e tratamento dos cidadãos portadores de transtornos graves. Entendo que visa a desospitalização, promovendo

gradativamente serviços substitutivos que possam garantir a essa população, e a seus familiares, tratamento mais digno e coerente com uma sociedade que se quer mais democrática (P).

A reforma tem como principal objetivo a desospitalização dos portadores de transtorno mental grave. Vejo uma grande lacuna em suas propostas quando não prevê ações que proporcionem a reinserção social do paciente em sua comunidade e mercado de trabalho (P).

Podemos fazer algumas observações com relação a esses relatos, pois eles nos revelam algumas das preocupações e motivos de resistência que geralmente encontramos nessa área. Destaca-se o temor de a reforma resultar na desassistência às pessoas que necessitam de cuidado. Sabemos que essa preocupação não é gratuita, uma vez que, historicamente, como vimos, os projetos de maior abrangência no cenário mundial realmente estiveram ligados à redução de gastos dos governos com as internações psiquiátricas, sem que tenha havido mudanças que garantissem a atenção necessária às pessoas, o que gerou abandono e dessassistência.

Em alguns dos participantes, esse aspecto apareceu como uma crítica pura, destrutiva, revelando pessimismo e total indisposição para a superação das dificuldades e o envolvimento com a via da invenção:

Discussão velha e sem resultado. São mais de dez anos de blá, blá, blá (M).

Sou contra: famílias sem estrutura econômica, social, intelectual; (bom para tirar mais um 'peso' das costas do governo) (M).

Porém, em sua maioria, o fato de terem apontado a importância de se oferecer serviços e ações substitutivas nos pareceu mais ligado a uma genuína preocupação com a garantia do cuidado fora dos hospitais.

A preocupação com as famílias, por sua vez, é de fundamental importância, pois, em geral, elas são culpabilizadas a partir de um ideal que desconhece o sofrimento que elas também enfrentam e as dificuldades que podem ter para manter-se como parceiras dos serviços no cuidado de seu familiar em sofrimento. Somente se os serviços tiverem uma postura realista, compreensiva e de

parceria, será possível evitar a rejeição e conflito das famílias com relação aos profissionais de saúde (Melman, 2001).

6.2.3 O Papel das Unidades de Saúde na Desinstitucionalização

A Unidade de Saúde é descrita pelos participantes desta investigação como um serviço de grande importância para a efetivação da reforma.

Dos quatorze médicos que responderam a essa questão, sete consideram que a US tem 'fundamental importância'; um a coloca como lugar de encaminhamento e acompanhamento do paciente; três falam das dificuldades desse serviço para atender ao usuário com transtorno mental grave (mas não se colocam contra), um identifica na US uma função preventiva e dois são contra .

A US tem papel fundamental por ser o acesso primeiro ao serviço de saúde, estando, principalmente onde é PSF, inserida no território onde o indivíduo mora (M).

A US poderá ser um agregante para esta proposta (M).

A US como atenção básica, é importantíssima. Seu papel no programa de saúde mental... como acompanhamento de pacientes que não estejam em crise aguda (M).

Identificar os doentes, encaminhar para profissionais competentes, acompanhar o tratamento do doente, orientar a família (M).

Precisa ter melhor estruturação das unidades para atender os pacientes com transtorno mental (M).

As USs vão precisar muito, de uma grande interação especialista/equipe PSF/ indivíduo-alvo/família do indivíduo-alvo (M).

Sou contra: Unidades sem estrutura, sem profissionais capacitados; (bom para tirar mais um 'peso' das costas do governo) (M).

Na minha US não existe nem medicamentos que são prescritos nesta área. Também acho que temos pouco tempo, pois atuamos no PSF e além da agenda existe uma grande demanda que deve ser atendida (M).

Quanto aos enfermeiros, dos doze que responderam à questão, oito apontam a Unidade como espaço para acolhimento e atenção às pessoas que sofrem por

problemas mentais, três falam de acolher, mas encaminhar para especialista, e um aponta a US como tendo papel preventivo.

A US funciona como peça fundamental, pois consegue atender o paciente como um todo (E).

O papel das USs é acolher estas pessoas e não apenas encaminhar ou achar que o problema é dos outros. A porta do sistema para qualquer usuário deveria ser a atenção básica, mas, infelizmente, nem todos os que estão inseridos neste trabalho pensam assim. Não vestem a camisa do serviço (E).

E o papel das USs é cuidar desse paciente como o usuário garantido como cidadão na constituição (E).

A Unidade, para integrar paciente/família por sermos PSF, para conhecermos o paciente no contexto e a intersectorialidade. US como centro de referência, porém hoje na SEMUS não são todos os profissionais que identificam com a saúde mental e a, temos um pouco de dificuldade de relacionamento. (E)

O papel das USs, nestes casos principalmente, é intervir e ajudar a família em como cuidar deste paciente (E).

A US deveria ser a porta de entrada deste paciente e ofertar um atendimento, só então encaminhá-lo para segunda instância, caso necessite (E).

A US básica deve propor grupos de trabalhos e acompanhamento clínico desses pacientes paralelamente e referência (E).

US tem papel fundamental pois estará informando e esclarecendo toda a comunidade e também ajudando o paciente, dando apoio e encaminhando-o para o local apropriado (E).

Papel da US poderá ser no foco preventivo e terapêuticas ocupacionais na US (E).

Os psicólogos, todos, apontam um papel importante para as USs na implementação da reforma e citam alguns pontos que necessitam ser tratados para que esse serviço e seus profissionais efetivamente assumam esse papel.

O papel da Us é fundamental na medida em que está inserida na comunidade e é porta de entrada para as demandas de saúde de seu território. Sendo assim, necessita entender o transtorno grave como mais

uma demanda e não ao contrário, aprofundar segregações já existentes. Para tanto necessitaria, primeiramente, ela mesma 'enxergar' tal fenômeno no seu território para, junto à comunidade, produzir questionamentos e ofertar serviços (P).

Papel de assumir o acolhimento da demanda referente aos transtornos graves, papel este que deve contemplar a participação de todos os profissionais das unidades, inclusive, começando pelo porteiro. Creio tratar-se de um tema que ainda assusta alguns, mas um trabalho de sensibilização, de conscientização, que seja feito com frequência haja vista as trocas constantes de funcionários devido aos contratos temporários. Possivelmente será um caminho para mudanças significativas em relação à postura dos funcionários diante de determinados sofrimentos psíquicos (P).

Papel estratégico dentro da atenção básica com vistas à promoção de saúde evitando hospitalização (P).

Fazer atendimento das pessoas que possuam esse transtorno a partir de tal necessidade (P).

Favorecer a reinserção familiar e social do portador de transtorno mental grave, além da reinserção no mercado de trabalho, além de dar suporte e atendimento clínico e psicológico (P).

Como mostram as falas apresentadas, os profissionais parecem visualizar uma função importante das Unidades de Saúde nesse processo e, de um total de 32 profissionais que responderam a essa questão, apenas dois apontaram a US como tendo um papel ligado à prevenção, o que mostra que o discurso preventivista não está mais imperando hegemonicamente. Também tivemos apenas dois profissionais que se declararam contra a possibilidade das USs atuarem na atenção a pessoas que sofrem por transtornos mentais graves, o que indica haver abertura dos profissionais para essa prática.

Assim, a possibilidade de inclusão das USs como serviços da rede de atenção psicossocial parece estar dada, cabendo-nos construir formas operacionais viáveis em frente às dificuldades que não são poucas, como veremos a seguir.

6.2.4 Dificuldades e Possibilidades da Atenção Psicossocial nas USs

Encontramos dificuldades de ordens diversas para o trabalho das Unidades de Saúde com pessoas com transtornos graves. Iniciaremos falando daquelas que envolvem questões relativas à especificidade da atenção a essas situações que, aliadas a um processo de trabalho burocratizado, tornam difícil visualizar formas de efetivar o que aparece como abertura para a inclusão das USs entre os dispositivos de atenção do processo de desinstitucionalização.

Assim, ouvimos dos participantes que já vivenciaram situações de atenção a esses usuários, ou que já os acompanham, a constatação de que eles demandam uma atenção mais singular, mais próxima e menos formal, o que faz com que seu acolhimento exija mais tempo do que o previsto para os atendimentos na US. Trata-se, de fato, da necessidade de flexibilização, de abertura e de diversificação das respostas oferecidas pelos serviços, características essenciais dos serviços que se propõem a oferecer a atenção psicossocial, como lemos em Saraceno (2001) e em Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001). A possibilidade de atuar dessa forma, na qual a perspectiva da invenção esteja presente, não parece ser o maior problema, porém o que parece quase impossível é conciliar esse tipo de atuação com as exigências e cobranças de um serviço atravessado por contradições e organizado burocraticamente.

Mas eu queria fechar essa parte e entrar na outra parte final que você fala, que é a questão de atender os transtornos... Eu era uma que falava e continuo falando que a questão técnica pesa, continua pesando, pesava mais e hoje, depois de três anos, pesa menos, mas eu tô num lugar que... pesa. Mas eu acho que, para além da técnica, tem uma coisa que... a Unidade de Saúde, ela tá sobrecarregada de tarefas, e que esse paciente é um cara que demanda tempo... (os outros concordam) muito: demanda tempo com a família, demanda tempo com o social, com ele, com a equipe...com o profissional da Unidade... que é um paciente que a gente não tem tempo pra ele. O problema, eu acho, de atendê-lo legal, para além da técnica que eu acho que também pega; mas às vezes a gente gostaria de fazer um trabalho bem melhor, mas eu não consigo porque eu tenho que dar conta de muitas outras questões e que simplesmente eu tenho que dar conta, então eu continuo falando que fica

pendente, capenga, o trabalho. Volto a falar que a tendência da gente é achar que é pessoal, que é individual, mas não é. É que tem vinte milhões de coisas que a gente tem que dar conta, que são quatro demandas- criança, adolescente, drogas, transtorno grave e que é impossível de dar conta (P).

Eles não vão na unidade, esses casos... Como é que eu vou fazer essas visitas? Então, como ela falou, alguns casos a gente cuida mais, outros ficam mais difícil porque a família não se envolve, aí a hora que der a gente vai lá e tenta retomar alguma coisa naquele caso e quando surgir uma brecha pra fazer alguma coisa a gente corre e vai lá e por aí vai. Tá capenga realmente (P).

[...] então muitas vezes, como ela [a paciente 'de Saúde mental'] chega na demanda, ela chega naquela hora, ela quer ser atendida naquela hora, ela quer sair com a medicação e muitas vezes ela precisa daquele apoio, do acolhimento, e você não consegue acolher um paciente de transtorno leve em menos de vinte minutos e muitas vezes nem esse tempo a gente tem condições de dar naquele momento. Então eu acho que, a minha maior... a dificuldade de lidar com isso tudo na atenção básica ainda é, além da dificuldade da estrutura, conhecimento, de tudo, ainda tem o tempo que eu acredito que, até mesmo quando você vai colocar a questão da consulta, o psicólogo sempre tem um tempo maior para a consulta e a gente não tem esse tempo para fazer esse atendimento na hora que você está... E principalmente quando chega na demanda, no acolhimento, é a hora que ele realmente está precisando e muitas vezes a gente não tem como atendê-lo. [...] nos transtornos mentais pelo que ela falou, que ele requer um tempo maior, e naquele momento ele consegue... causar um transtorno em todo atendimento porque tem que ser sempre dentro do tempo dele e não do nosso tempo. Quer dizer, não dá nem pra agendar porque... Não, tem que pedir licença... muitas vezes tá a recepção cheia e chega alguém com aquele transtorno, né? E aí você tem que colocar... sair da recepção e levar .. e aí já passaram mais de meia hora até você resolver todos os problemas pra passar pra um outro. Não sei se todo mundo tem essa dificuldade, mas eu vejo isso... (E).

Sobre este ponto, Cesarino (1989) declara que o trabalho de saúde mental na atenção básica requer um “longo e cuidadoso trabalho conjunto com outros profissionais da unidade, com professores na escola, etc.”, tratando-se também

de estender o trabalho para a comunidade, além de ser necessária a integração horizontal com as outras ações e programas da unidade. O autor aponta que tais atividades demandam tempo, sensibilidade, disponibilidade e cuidado, o que se torna complicada a atuação nessa área.

Trata-se de uma questão pertinente e importante, pois sabemos que o usuário que busca o serviço de saúde em função do sofrimento causado pelos transtornos mentais graves realmente requer uma atenção efetiva, e não formal ou superficial. Seria um equívoco dizer que ele requer uma atenção diferenciada, pois a todos deveria ser oferecida uma acolhida que pudesse contar com o tempo necessário para que a pessoa se sinta atendida. Todavia, há, de fato, uma maior complexidade envolvida uma vez que não se tratam de questões que possam ser resolvidas a partir de procedimentos padronizados, como em muitos dos agravos para os quais a atenção básica dispõe de programas organizados. Assim, o trabalho nessa área requer mais atenção e disponibilidade do serviço e dos profissionais. Conseguir essa disponibilidade e a flexibilidade já é algo difícil, pois requer abertura para uma atuação que não é mais padronizada e meramente técnica. Tratando-se, então, de serviços de uma Secretaria que sofre pela sua organização ainda tecnocrática e burocratizada, que impede a atuação autônoma, podemos imaginar o impasse que se coloca para estes profissionais.

A desospitalização aconteceu, mas não se formou... não se preocupou com esse paciente; ele ficou solto, ele ficou sem voz, ele ficou perdido, não tem uma referência, não tem onde chegar, não tem pra onde acolher. O certo é isso: chegar na US! Não é porta de entrada? [Mas] A Unidade teria profissionais para oferecer o mínimo? Seria, então, [papel das USs) transtornos leves? Então, ser capacitado para receber esse paciente no básico da saúde mental, faria o atendimento dele, caso necessitasse, encaminharia para outro serviço ou... (E).

As dificuldades para a atenção efetiva a esses usuários nas USs envolvem, então, fatores ligados ao tempo que já é escasso, necessidade de capacitação e de recursos para a assistência, como disponibilização da medicação básica, dificuldade de interação entre os profissionais e as equipes (dificuldade de atuação interdisciplinar), dificuldade de acesso a serviços mais complexos e inexistência concreta de um sistema formal de referência e contra-referência.

Espaço inadequado, pouco profissional para o tamanho da demanda, pessoas despreparadas para acolher e intervir (M).

Agendamento em excesso, falta de infra-estrutura da USF; falta de interesse da SEMUS (M).

Poucos profissionais, grande número pessoas que necessitam atendimento, estrutura deficiente, equipe desmotivada (M).

Sobrecarga de atividades, o pouco tempo para desenvolvimento de outros trabalhos e teórico-técnico suporte (E).

Considerando o conjunto das respostas relativas às dificuldades, vemos que, entre os médicos, predomina a questão do tempo/excesso de agendamentos; os enfermeiros destacam mais a necessidade de capacitação e os psicólogos põem mais ênfase na dificuldade de conciliar a atenção a essa população com as outras demandas que têm que atender. A necessidade de se efetivar a atuação em equipe aparece nas três categorias.

Além desses fatores citados até aqui como dificuldades para a efetivação da atenção psicossocial nas USs, temos outro aspecto de extrema importância a ser considerado, relativo à realidade do contexto e da demanda que chega às Unidades. Como já citamos em outro ponto, as Unidades de Saúde lidam com toda a complexidade da realidade social contemporânea, sendo que muito do mal-estar causado por essa realidade ali comparece como demanda por cuidados de saúde. Parte dessa demanda se dirige, acima de tudo, à saúde mental, ou porque busca diretamente profissionais dessa área (geralmente para terapia), ou vem encaminhada pelos profissionais do PSF que não se sentem aptos, não têm tempo ou não se dispõem a lidar com essas questões subjetivas. Esse fato é apontado tanto pela pesquisa de Bastos (2003) como nas falas de nossos entrevistados

O Programa Saúde da Família (PSF) é percebido como não atendendo a demandas relativas à saúde mental e, inversamente, aumenta as demandas para a psicóloga, que não faz parte da equipe, mas é apoio. Podemos deduzir das falas relativas ao PSF que o profissional psicólogo ocupa o lugar do especialista, a quem são dirigidas as demandas, não funcionando efetivamente como suporte para as equipes ou em trabalho integrado (BASTOS, 2003, p. 152)

Eu vejo muito essa coisa de ficar, ah...: Isso é da saúde mental! Uma coisa compartimentalizada, uma problemática né? Isso tem que ter uma olhada da equipe como um todo, entendeu? (P).

É... surge uma situação... igual no caso do paciente: ele chega com um problema, muitas vezes... e ainda tem muito uma demanda assim de medicalização, de querer já um resultado imediato, né? Eu acho que a proposta é que ele também possa se envolver e pensar a respeito, né? Da mesma forma, acho que, dentro do serviço, não se trata apenas de encaminhamento. Então há casos de alcoolismo: 'ao psicólogo'. Mas, acho que... Não é saúde da família? Então eu acho que é todos poderem, com suas especialidades, voltarem os olhos para aquela... embora cada um possa ver de forma diferente da outra (P).

Quando o médico encaminha para o psicólogo, na minha Unidade, é porque ele não agüenta mais aquele paciente [...] o psicólogo fica na função, pelo menos onde eu trabalho, de: 'como eu não resolvi isso, eu me livro disso, então, do que eu me livro eu não quero que mande para mim de volta!'. E isso faz parte da solidão, porque quando você tenta voltar e dividir... (P).

Em levantamento realizado pela Coordenação de Saúde Mental em 2003, relativo ao perfil das pessoas atendidas pelos psicólogos das Unidades, uma média de 70 % se dividia (quase igualmente) entre crianças classificadas como tendo “transtornos de aprendizagem ou de conduta” e adultos – principalmente mulheres – com transtornos de ansiedade ou depressivos. Bastos (2003) também relata que a demanda para a saúde mental nas USs não se restringe a questões ligadas ao sofrimento psíquico, referindo-se, também, ao mal-estar em frente aos sintomas sociais atuais. Assim, aponta que “[...] as demandas sociais, advindas do mal-estar da sociedade diante da violência, do desamparo de crianças e de adolescentes, ao uso de drogas e de questões de ‘ordem social’, são dirigidas à saúde mental, principalmente pelas escolas (BASTOS, 2003, p. 167)”.

A demanda das escolas e as questões ligadas à violência (violência intrafamiliar, violência contra a mulher, etc.) são outra fonte de encaminhamento para as Unidades que só tem crescido, constituindo-se um quadro de crescente demanda de atendimento em saúde mental por parte de pessoas que apresentam sofrimento psíquico que não relacionado com os chamados transtornos graves,

ou seja, com a experiência da loucura, o que coloca em questão a possibilidade de se priorizar a atenção a essa população nesses serviços.

Além disso, o fato de os casos em que se trata efetivamente de pessoas que apresentam questões ligadas à vivência de algum transtorno grave geralmente estarem associados a uma situação econômico social precária, é outro ponto que afeta e afasta os profissionais de outras áreas, que não a psicologia, da atenção a essas pessoas.

Acho que muito se pode melhorar. Entretanto, a saúde mental envolve questões sociais, econômicas e outras que nos fazem desmotivar muitas das vezes (M).

Para enfrentar essa dificuldade ora citada – que fala da dificuldade dos profissionais lidarem com outros aspectos dos problemas, ou da vida, das pessoas que procuram os serviços de saúde – será necessário colocar em questão o papel dos serviços de saúde e da ação de seus profissionais, ou seja, questionar ou rever a noção de clínica com que trabalham. Se estamos falando de atenção psicossocial, de uma prática desinstitucionalizada, consideramos importante recorrer a autores como Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001, p. 33) que afirmam que “[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”. Embora em muitos momentos falem de uma ruptura com o paradigma da clínica, considerado como aquele que focaliza a doença colocando o sujeito que sofre entre parênteses, não há um abandono da idéia de cuidado, porém esse cuidado é pensado como uma

[...] intervenção prática que remonte a cadeia de determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso, a reproposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional (ROTELLI, DE LEONARDIS E MAURI, 2001, p. 29).

No campo da atenção psicossocial, falamos de clínica ampliada para nomear essa nova perspectiva da atuação clínica que não negligencia o cuidado, mas não o reduz à ação médica, biológica ou a procedimentos técnicos. Merhy (1997) e

Campos, G. (2003) têm tratado da necessidade de se resgatar e revalorizar o lugar da clínica nos serviços públicos de saúde da rede básica. O último propõe a extensão da noção de clínica ampliada para o campo da saúde coletiva, de modo a fazer com que estes serviços assumam um lugar de instituições produtoras de novas formas de vida e de subjetivação, constituindo-se em instituições que também possam atuar com vistas à transformação social.

Para essa nova prática, consideramos que não é demais repetir, faz-se essencial que o processo de trabalho avance do formato de equipes multiprofissionais para o do trabalho inter ou transdisciplinar.

Ainda que destacando a necessidade de direcionarmos esforços para equacionar as questões levantadas relativas à complexidade do trabalho de saúde na atenção primária, consideramos importante citar ao menos um relato que fala das possibilidades, ilustrando como ainda podemos ter surpresas positivas quando nos abrimos para novas possibilidades. Assim,

[...] minha prática atual é...não tô podendo fazer muita coisa além disso. Minha prática de saúde mental está sendo transtorno mental grave porque eu estou trabalhando com isso e é um trabalho muito intenso e que dá muito trabalho e tá tomando meu tempo – riso – e faço isso com prazer, né? [...] Tô gostando muito. Nunca imaginei que fosse assim. Na hora que eu resolvi sair pra fazer a primeira visita, foi uma expectativa assim, que eu não sabia o que ia acontecer... Inclusive foi uma oportunidade de desmistificar um monte de coisas que a gente ouvia, mas só vivendo pra poder ver realmente o que que é. (P)

Entrevistador: Você poderia falar um pouquinho disso, dessa primeira experiência, dessa expectativa, do que você esperava e da desmistificação.

Isso é legal porque eu soube através da agente comunitária que, provavelmente, o primeiro caso que eu fui visitar eu não iria conseguir nem conversar com ele, que ele não iria me receber, e que seria muito difícil e que às vezes ele era muito agressivo e que ela mesmo, a agente, nunca tinha conversado com ele. Ela visitava a casa, conversava com a família a sobrinha, e ela mesma sentia medo dele e achava que eu não conseguiria nem vê-lo e que ele poderia até ser agressivo. Ai, chegando lá, fui recebida pela irmã e pela sobrinha, muito bem recebida. Nós

sentamos e conversamos e eu pedi para vê-lo. Quando eu pedi, elas falaram que seria difícil, mas a irmã chamou. Ele ficou escondido atrás da porta, ele tem um cômodo dele anexo à casa, ele não deixa ninguém entrar, eu não insisti pra entrar, fiquei lá na porta, mas na hora que eu estendi a mão para cumprimentá-lo ele foi receptivo, também estendeu a mão dele, me cumprimentou e ouviu tudo que eu tinha pra falar. Até certo ponto entendeu e disseram que ele não iria sair de casa de jeito nenhum, que tem medo de ambulância, mas na hora que eu estava conversando com a irmã, soube que ele tava se trocando, imaginando que eu ia levá-lo pra algum lugar...(P).

Trata-se de se iniciar a invenção da assistência, abrir-se para uma atuação que assume a necessidade de criar, de se implicar e de inventar, ou seja, abrir mão da expectativa não só do controle social – o que já seria um ganho –, mas também de ter o controle, de ter tudo sob controle. Trata-se de um desafio que, nos serviços que investigamos, parece duplo: desafiar a tradição científica moderna e desafiar um contexto institucional que insiste na supremacia da técnica e coloca mil entraves para a atuação autônoma de seus profissionais.

Considerando o que vimos sobre o nível de afetação e desgaste desses profissionais, perguntamo-nos o quanto podemos esperar de envolvimento deles. Para nos ajudar nessa questão, trataremos do último ponto de análise, relativo aos sentimentos dos profissionais com relação à atuação nesta área.

6.2.5 Desconforto e Desafio: Sentimentos, Dificuldades e Expectativas Quanto ao Trabalho com a Loucura

Quanto aos sentimentos gerados pelas possibilidades de os profissionais das USs passarem a atuar na atenção a pessoas que necessitam de cuidados em função do sofrimento causado pelos transtornos mentais graves, pudemos ver que, entre os médicos, três afirmam não querer atuar na área de saúde mental; seis dizem gostar e se sentir muito bem com essa possibilidade de uma nova atuação e quatorze relatam sentimentos de desconforto, despreparo ou insegurança, originados, principalmente, da falta de conhecimentos. Porém, a maioria afirma que tais dificuldades não chegam a impedir o trabalho.

Não gosto e não me sinto capacitado para atuar em ações de saúde mental (M)

Não sei manejar o paciente psiquiátrico. Não sei intervir no paciente deprimido. Lamento! (M)

Mal, muito mal. Não sou profissional habilitado, não tenho tempo, sou mal pago (M).

Me sinto feliz por ser lembrado e, ao mesmo tempo, ansioso, já que não sei se terei condições de obter o resultado esperado (M)

Sinto-me bastante gratificada (mais ainda porque fiz a capacitação em saúde mental), pois sempre, este é um dos meus antigos ideais: saber abordar (sem medo) o doente mental, tratá-lo na mesma US que é freqüentada por outros pacientes, saber conduzi-lo e reintegrá-lo à comunidade. Estou e estarei sempre disponível para este trabalho (M)

É bom ser incomodado por esse assunto, essa abordagem, mas volto a referir à questão tempo. Sempre é bom atuar, principalmente com o psicólogo presente (M).

Acho que essas pessoas [com transtorno mental] são tão importantes quanto qualquer outra e merecem um atendimento humanizado e integral. Não tenho dificuldades para trabalhar com saúde mental (M).

Depende do nível de complexidade do atendimento: quanto maior, maior o desconforto (M).

Não me sinto muito segura para atuar em tais ações, porque acho que deveríamos ser melhor preparados para abordar esse assunto (M).

[...] meio despreparado para tais ações, pois há necessidade de muito equilíbrio, controle e tomada de decisão para lidar com estes pacientes (M).

Além destas respostas, um médico considera que essa atividade já faz parte de sua atribuição, e um faz referência à complexidade envolvida nesses casos e à sensação de impotência causada:

Sinto como um caso a mais no meu trabalho. O que me faz sentir assim é que esta questão acaba fazendo parte da minha atividade profissional (M).

Uma sensação de “poder fazer muito pouco”, pois envolve muitas questões que estão além do nosso alcance: ambiente, social, econômica, educacional... (M).

Os enfermeiros expressam sentimentos semelhantes, sendo que dos dezessete participantes dessa categoria profissional, dois não gostam ou não querem atuar em saúde mental; sete falam de despreparo, insegurança e desconforto; cinco dizem gostar ou ter desejo de aprender a trabalhar nessa área. Além desses, um declara sentir como um desafio e dois ressaltam a necessidade de toda a equipe assumir o cuidado com os pacientes dessa área:

Saúde mental é uma área que não me interessa, não gostaria de atuar (E).

Despreparada, impotente, fazendo parte de uma equipe, é preciso um conhecimento científico que dê subsídio para as condutas da saúde mental (E).

Ainda encontro muitas dificuldades, talvez até insegurança de não saber lidar com o paciente nos momentos de surto ou de transtornos (E).

Adoro e queria ter mais conhecimentos para ter mais resolutividade, e a Secretaria ajudar na referência (E).

Eu gosto e me identifico muito (E).

Me sinto responsável por estar acolhendo esse paciente, buscando o melhor para sua saúde e, muitas vezes, me deparando com dificuldades que fogem a nossa competência: medicações, exames especializados... (E).

Quando se pensa em atuar em saúde mental isoladamente, aparecem sentimentos de limitação ou de impotência, mas a atuação em equipe é a possibilidade da mudança (E).

Acho que todos os profissionais devem atuar juntos, pois não é só função do psicólogo cuidar da saúde mental, mas de todos nós, à medida do nosso alcance (E).

Os psicólogos, ao falarem da possibilidade de mudarem sua prática, passando a privilegiar a atenção às pessoas que vivem a experiência da loucura, seguindo as propostas da desinstitucionalização, relatam, predominantemente, sentirem-se

instigados, desafiados, embora também existam sentimentos de estranheza e medo:

Esquisita e seduzida, pois esse tipo de trabalho é desafiador e difícil para mim. Por isso é atrativo. Sinto que essa prática necessita de uma melhor unidade dos profissionais que trabalham na US. Acho que um grande entrave, além disso, o grande número de frentes de trabalho que temos de fazer não nos deixa dedicar a estas pessoas que demandam maior tempo (P).

Instigada. Dificuldades: sair da teoria e ir para a prática implementando novas ações. Possibilidades: trabalho em equipe (P).

Atualmente consegui aderir aos princípios da reforma psiquiátrica, embora sentisse uma resistência inicial que pude ir elaborando com o tempo [...]. Acredito que a grande dificuldade é de poder estar trocando experiências e, assim sendo, acho de primordial importância a supervisão em relação aos casos em atendimento, assim, como é feito no CAPS (P).

Muito estimulada. Acredito que não dá mais para conservar-se em práticas tão restritas. Quando penso, parece que irá faltar suporte teórico, mas repenso e vejo que não é por aí. Não se pode encarar o transtorno grave como um tabu. Não tive, até o momento, prática muito significativa, mas a possibilidade de estar ampliando, não o campo de atuação, mas a forma de atuação é, sem dúvida, muito estimulante. Penso que uma prática para alcançar-se resultados novos, seja primeiramente fazermos o que estamos fazendo: nos agrupando, conversando, trocando... (P).

Eu acho que tô fazendo iss [trabalhando com pessoas com transtornos graves na Unidade] porque eu já tô de saco cheio de fazer as outras coisas que eu fazia, e isso pra mim é extremamente novo. Então é um desafio, trabalhar com esse tipo de população, esse tipo de clientela que eu não sei trabalhar, que eu tô construindo isso, isso me atrai por causa disso (P).

Nota-se que a novidade dessa área de atuação, enquanto instiga os psicólogos, causa principalmente desconforto e insegurança entre médicos e enfermeiros. Acreditamos que tal diferença relaciona-se com as características próprias da área de estudo de cada categoria, o que torna os psicólogos mais familiarizados

com o lidar com fatores imprecisos, subjetivos, não quantificáveis. Já os médicos e enfermeiros, vindos de uma formação mais técnica e pautada no cientificismo moderno, vêm-se diante de um campo novo e com características que não se encaixam nessa perspectiva naturalizante, objetivável, quantificável e passível de previsões. O predomínio da lógica científica e a expectativa de que a utilização de elementos dessa lógica possam fornecer a segurança abalada ao vislumbrar a prática com a loucura fica evidenciada em algumas respostas:

[...] é preciso um conhecimento científico que dê subsídio para as condutas da saúde mental (E).

O que fazer quando tem crise na residência? As respostas que recebemos são muito vagas, não tem protocolo, não tem veículo nem profissional preparado (M).

Uma sensação de 'poder fazer muito pouco', pois envolve muitas questões que estão além do nosso alcance: ambiente, social, econômica, educacional... (M).

Ainda encontro muitas dificuldades, talvez até insegurança de não saber lidar com o paciente nos momentos de surto ou transtornos (E).

Trabalhar com a loucura exige abertura ao imprevisto, ao não racional, enfim, a uma outra lógica de atuação que tem sido nomeada como atenção psicossocial e também de clínica ampliada, da qual já falamos. Exige, ainda, disponibilidade dos profissionais para a invenção constante, para a desconstrução das respostas prontas e universais.

[...] o primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que, no caso da psiquiatria, é a normalidade plenamente restabelecida. Isto não significa, em absoluto, renunciar a tratar, a 'cuidar'. Esse 'rejeitar' a solução possibilita uma mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das ações e interações institucionais [...] (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, P. 28).

Na perspectiva da desinstitucionalização, o foco da ação não é mais a doença (sua etiologia, sua "história natural", etc.), mas sim a pessoa que sofre e sua existência. Trata-se de assumir a complexidade do nosso "objeto" de trabalho e

também o fato de que se o objetivo não é mais a “cura”, o que buscaremos é a “[...] produção de vida, de sentido, de sociabilidade” (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30), ou seja, o objetivo será construir, com as pessoas em questão, novos modos de lidar com seu sofrimento, novos modos de lidar com a vida, transformando-os de modo a viverem melhor. Como não é possível definir, de modo universal, o que é “viver melhor”, não se trata, então, de uma prática padronizável, mas sim de uma construção singular de cada pessoa, que, todavia, pode ser mobilizada por práticas coletivas.

Trata-se de uma prática de invenção e construção conjunta com as pessoas envolvidas, considerando as condições concretas de vida e não modelos ou padrões ideais. Assim, não há a pretensão de se “resolver o problema” quando se sabe que se trata de problemas complexos, que não serão solucionados de uma vez por todas a partir da intervenção técnica de um profissional de saúde. Porém, isso não isenta o serviço ou os profissionais de seu compromisso com a produção de saúde. Na verdade, o que se trata é de lembrar que esse compromisso não se esgota na produção dos procedimentos técnicos dentro das normas prescritas. O compromisso – e a exigência – não deve ser com o número de consultas, por exemplo, mas com a produção de saúde que se tem, ou não, alcançado.

Maybe not ‘resolve’ by hour, not ‘cure’ now, but, nevertheless, surely ‘take care’. After having discarded the ‘solution-cure’ she discovered that taking care means occupying oneself, here and now, with making with which the ways of living and of feeling the suffering of the ‘patient’ and that, at the same time, she transforms her concrete and everyday life, which feeds this suffering (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33).

E se mudarmos a lógica do que entendemos por cuidado, as práticas também precisam ser modificadas. Se estamos tratando da existência, da vida, então fatores do ‘social’, do econômico, etc., também estarão dentro de nosso campo de ação, não sendo mais vistos como fatores externos ao campo da saúde e que comprometem os resultados desse campo. A clínica, que agora, é uma clínica ampliada, inclui o trato com essas questões.

Enfim, dentro desse processo de mudanças e dentro do trabalho em saúde, tal como se dá nas práticas desinstitucionalizadas, há uma ampliação do campo de atuação dos profissionais de saúde, um “enriquecimento de sua profissionalidade”, o que não significa a aquisição ampla de novas competências técnicas. O que acontece, ou o que se espera, é que os profissionais possam “aprender a aprender”: Aprender com as pessoas, usuárias dos serviços de saúde, que inventam soluções e saídas impensáveis para os técnicos.

[...] a profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especializadas e codificadas, e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção“ (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 45).

Por fim, lembramos o estudo de Desviat (1999), que analisa os problemas e dificuldades que se tem encontrado associados à desinstitucionalização, no qual aborda a dificuldade dos profissionais dos Centros de Saúde Mental Comunitária para manter a atenção aos pacientes crônicos de meios socioeconômicos menos favorecidos. O autor expõe que esta dificuldade se constitui numa das razões do abandono do tratamento destes pacientes, que continuaram a ir para os hospitais psiquiátricos, enquanto, nos Centros, se passou a desenvolver o tratamento de pessoas com transtornos menores. Citando várias pesquisas sobre o tema, Desviat (1999) aponta a existência de um conflito entre as necessidades dos pacientes com problemas crônicos e a dos profissionais de saúde que, em sua formação, são treinados para lidar com situações ‘curáveis’, que dão maior satisfação pessoal que os casos crônicos ou difíceis, levando à insatisfação e ao fatalismo terapêutico com relação aos últimos.

[...] é preciso treinar os médicos em formação em tratamentos psicossociais específicos para pacientes crônicos, porque, caso contrário, quando vêem que aquilo que sabem não funciona com esses pacientes, eles passam a evitá-los ou a perdem a paciência (MINKOFF; STERN, apud DESVIAT, 1999, p. 82).

Acreditamos que os sentimentos de insegurança, desconforto e impotência que os participantes de nossa investigação expressaram estão ligados, ao menos em parte, a estes aspectos, e seu enfrentamento estará ligado, necessariamente, à

construção de uma nova prática de saúde que permita a efetivação da clínica ampliada e da atenção psicossocial.

Por outro lado, o fato de os psicólogos sentirem-se instigados, estimulados e seduzidos, pode ser explicado pelo fato de que, se essa nova prática envolve riscos, ao mesmo tempo ela permite, também, o exercício da autonomia e da criatividade, experiências que devem ser bem-vindas numa instituição que tem sido bastante aprisionante desses movimentos. Podemos ver essa mudança na forma de trabalho expressa no relato de um membro do Projeto Qualis/PSF, de São Paulo, que desenvolve as ações de saúde mental através da organização de equipes volante, sem utilizar nenhum dos dispositivos tradicionais de atenção (as consultas de psicologia, de psiquiatria, as visitas domiciliares tradicionais, etc.), fazendo uma aposta na radicalização da desinstitucionalização (LANCETTI, 2001):

[...] quando se conseguiu trabalhar em equipe e romper com o saber hierarquizado, quando se estabeleceu um clima de entusiasmo e empreendimento capaz de superar as dificuldades e o sentimento de impotência, quando todos se entusiasmaram com o desafio de lidar com o sofrimento humano e cuidar dele de modo arrojado e sensível, foi possível superar a precariedade e alcançar bons resultados (GONÇALVES, 2001, p. 112).

Considerando a possibilidade de que parte dos problemas que emergem como necessidades de saúde na percepção da população, mantendo o grande fluxo da demanda espontânea que busca as Unidades de Saúde, seja proveniente de questões econômicas e sociais, acreditamos poder dizer que as noções de clínica ampliada e de atenção psicossocial são, além de compatíveis, muito úteis para o trabalho na atenção primária, constituindo-se em ferramentas necessárias para a viabilização da proposta de mudança no modelo de atenção à saúde que se pretende alcançar no SUS pela estratégia de Saúde da Família. Nesse mesmo sentido, Campos, G. (2003) já tem proposto a utilização dessa noção de clínica ampliada, surgida no campo da reforma, para os serviços de saúde em geral, com ênfase naqueles da rede básica, principalmente para o PSF. Acreditamos que, na verdade, a apropriação do discurso da reforma, em todas as suas dimensões, pelos profissionais da atenção básica, só traria contribuições para o alcance dos

objetivos a que se propõem. Da mesma forma, consideramos que a apropriação da proposta brasileira da APS (ou seja, da atenção básica e do PSF) e das questões envolvidas na sua prática atual no SUS, por parte dos atores do processo da reforma psiquiátrica, se torna essencial para que este se constitua, de fato, num processo de desinstitucionalização e de transformação da relação da sociedade com a loucura.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vendo o resultado deste trabalho, que nos parece longo, mas ainda bastante limitado por seu caráter exploratório, a impressão que temos é que mais e novas questões se colocam sobre o tema. De todo modo, discutiremos o que conseguimos reter como contribuição com relação às inquietações que nos levaram à escolha deste tema de estudo.

Tendo desenvolvido o estudo dos conceitos da APS e a forma de sua implementação no Brasil e, principalmente, após termos tratado da realidade de Vitória, já podemos nos apropriar do fato de que, no que concerne à busca de um novo modelo de atenção em saúde, não se tratam mais apenas de propostas, de intenções ou de conceitos, mas sim de um processo de construção em curso no País, com todos os riscos que se corre de seguir por caminhos equivocados.

Equivocados ou não, os caminhos já estão sendo percorridos e trata-se de investigarmos o que contêm de possibilidades de criação ou o que podem trazer de reprodução, apresentando-se, junto à população, como formas impositivas e prescritivas.

Nossa investigação procurou explorar o momento atual desse processo, e o que primeiro concluímos foi que, apesar das inúmeras dificuldades que se apresentam, podemos considerar o processo de reordenamento da atenção básica como um processo que não apresenta incompatibilidades com as propostas da reforma psiquiátrica, sendo, ao contrário, um processo com o qual só temos a somar, tanto levando nossa contribuição, quanto recebendo daqueles

que nele trabalham a visão das novas questões que se apresentam na prática concreta no território.

Nesse sentido, acreditamos que nossos questionamentos sobre se as propostas da APS e as da reforma psiquiátrica são compatíveis pôde ser respondida de forma positiva, pois, independente das intencionalidades iniciais, vemos que a proposta do PSF contém virtualmente a potencialidade para se constituir num espaço promotor de novos sentidos e modos de vida, o que é objetivo também da reforma psiquiátrica no Brasil. O PSF trouxe para o campo da assistência à saúde no País a exigência de lidar com a complexidade das condições de vida na contemporaneidade, fazendo com que os profissionais de saúde tenham que enfrentar cotidianamente a realidade de vida de grande parte da população brasileira.

O impacto desse enfrentamento pode, de certa forma, ser pensado com sendo análogo ao que vivemos ao propor – e efetivar – o cuidado com a loucura sem excluí-la das relações sociais, tratando-se, em ambos os casos, da recomplexização do “objeto” antes oculto pela lógica da simplificação tecnocientífica.

Para os profissionais de saúde, parece surpresa saber que não basta receitar, fornecer medicação e até ir à casa das pessoas levando a medicação na hora exata (como é feito em algumas tentativas de tratamento de tuberculose, por exemplo) para que elas, agradecidas, cumpram o tratamento prescrito. A complexidade da vida e de suas escolhas se coloca em frente às boas intenções, chocando muitas vezes os profissionais, mas mostrando que há mais a conhecer que aquilo que a ciência ou a técnica permitem: o contato com a violência, na forma muitas vezes cruel (e haverá formas não cruéis de violência?) da violência familiar contra crianças; o tráfico vislumbrado como única opção de vida por muitos adolescentes, mas que tem tirado a vida de tantos deles; a prevalência do uso abusivo do álcool e o rápido crescimento do uso de outras drogas; o encaminhamento maciço de crianças para tratamento... Enfim, tantos fatos que podem ser reduzidos a indicadores e parâmetros quando tratados dentro de salas ou gabinetes, mas que nas ruas das cidades aparecem como modos de vida

comportando dor, conflitos, paradoxos e escolhas de difícil entendimento e de mais difícil ainda intervenção.

A complexidade, enfim, se impõe e a insuficiência das respostas tradicionais fica exposta. É aí que temos a contribuir com as noções e com a experiência da desinstitucionalização, com as práticas da clínica ampliada e da atenção psicossocial. Mas é daí, também, que temos o que aprender e ouvir para saber que a “nossa” complexidade também irá se complexizar mais e mais ao estarmos nas ruas, não mais apenas com as pessoas egressas dos hospitais, mas com elas e com aquelas que não estiveram nunca nos hospitais, mas que vivem a violência cotidiana da exclusão econômica e social que agora é estrutural. Novas demandas, novas questões, novos “quadros” com que lidar. A nova cronicidade composta pelas pessoas que nunca conheceram o manicômio, mas que não se “encaixam” na sociedade, nem em quadros clínicos, nem aderem ao cuidado nos novos serviços que, para eles, é “A” instituição, por ser a única instituição de tratamento conhecida...

Trata-se de problemas complexos que teremos que enfrentar juntos: desinstitucionalizar as práticas e desinstitucionalizar também nossas próprias soluções, nossas próprias respostas e certezas. Ganharmos, de fato, o território, mas com tudo o que ele comporta: para além da loucura nomeada como doença mental, a loucura da vida contemporânea e a loucura que é lidar com a tentativa de construir novas formas de vida em tempos em que o assujeitamento é regra.

Parece-nos que esse é o quadro geral, o panorama que temos a enfrentar. E nesse panorama, após as leituras e o contato com os profissionais da rede básica, pareceu-nos que, para além de qualquer diferença nas matrizes conceituais da reforma psiquiátrica brasileira e da APS, no momento concreto da construção da atenção, que é o que estamos vivendo no SUS, nossas propostas se unem e o compartilhamento de nossas práticas só pode trazer ganhos e crescimento, gerando zonas de intercessão produtivas e potentes.

Porém, há também muitas dificuldades concretas a enfrentar: há que se manter os serviços, e, então, como conciliar a especificidade da atenção às pessoas que

vivem a experiência da loucura com a necessária manutenção de algumas rotinas?

Ainda que seja necessário vencer o burocratismo que, em geral, impera nas instituições, um tanto de organização e planejamento continuam necessários quando se fala na construção e manutenção de um sistema de saúde para a atenção a toda a população, para que este não fique tão vulnerável a interesses particulares, à corrupção, à má gerência e também para que possa sobreviver à presença de profissionais específicos. Também aí há muito o que trocar entre as pessoas com maior percurso no campo da reforma e aquelas da área de organização de serviços de saúde.

Na realidade de Vitória, pudemos perceber que a implementação de uma política e de ações concretas de saúde mental tem sido complicada e confusa, o que se pode constatar ao analisarmos o histórico da área. Neste fica claro que a tentativa de definição de uma política específica da área passa por idas e vindas, havendo momentos de formulação de documentos, projetos e propostas que, ou são abandonadas devido à definição de novos rumos da instituição, ou não são realizadas mesmo após terem sido aprovadas nas instâncias iniciais de formulação. Ao lado desse movimento, vemos que as ações concretas nas Unidades de Saúde, embora apresentem algumas mudanças, não têm contribuído para efetivar a intenção, sempre presente, de implementar um programa que tenha impacto na mudança do modelo asilar tradicional.

Em nossa análise, a SEMUS é uma Secretaria que, de certa forma, personifica a tensão presente no SUS, vivendo as conseqüências de tentar implementar um modelo que, no discurso institucional, se pretende inovador, ao mesmo tempo em que segue a lógica neoliberal/tecnocrática. Essa lógica, que objetaliza as pessoas, parece estar criando um clima de intenso sofrimento para seus profissionais, situação que não tem sido acolhida pela instituição. A aproximação com a saúde mental foi tomada como oportunidade para a expressão dessa realidade, o que aponta a expectativa dos profissionais de que os psicólogos “cuidem” do problema, ou seja, cuidem deles, profissionais das Unidades de Saúde.

Acreditamos que tal situação contribui para o desencontro entre os profissionais, pois a tentativa de aproximação é feita com interesses divergentes, o que tende a causar insatisfação, realimentando o isolamento entre eles. Avaliamos que a análise do clima institucional que tem gerado tanto mal-estar é algo de extrema importância, porém, na nossa avaliação, esta seria uma função do setor de recursos humanos/desenvolvimento de pessoal, que deveria intervir, também, na forma de gerência das Unidades, qualificando-a para a condução de processos de trabalho mais flexíveis e criativos. Essa mudança nos parece essencial e urgente caso exista, de fato, a intenção de transformação do modelo de atenção à saúde de Vitória.

No que concerne à saúde mental, a definição clara, por parte da instituição, sobre o quanto e sobre como pretende investir na efetiva implementação dessa área como um eixo prioritário de ação na atenção básica é também essencial, pois só assim será possível um trabalho de definição de diretrizes que sejam, de fato, seguidas como orientação para as práticas cotidianas dos profissionais das USs. Até o momento, a tentativa de implementação das diretrizes da reforma como orientação para as ações tem sido pouco frutífera em termos de alcançar alteração concreta das práticas, ainda que possa ser avaliado haver algum efeito no que concerne ao início de apropriação do discurso e das propostas de reforma psiquiátrica por parte dos profissionais.

Quanto a estes, notamos que, a partir de sua percepção, há abertura para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, sendo as propostas da reforma psiquiátrica bem acolhidas. A Unidade de Saúde, na visão destes profissionais, aparece como um serviço fundamental para a reforma, pois o fato de ser um serviço efetivamente territorial, que trabalha com o vínculo (que ainda é um vínculo formal, pautado apenas na adscrição à US) e que pode acompanhar o usuário do serviço ao longo do tempo dá a este serviço as condições para fazer um bom trabalho de atenção psicossocial.

Concordamos com essa percepção dos profissionais, que permite concluir que a inclusão das USs como dispositivos da desinstitucionalização é um caminho rico para a sua ampliação, permitindo-nos desinstitucionalizar nosso raciocínio

habitado a pensar em termos de serviços e recursos específicos para os “usuários de saúde mental”, o que, no limite, é manter a institucionalização, mantendo, também, a atenção a estes no nosso domínio de ação.

Trata-se, agora, de construirmos, juntos (nós da reforma e os profissionais da atenção básica) formas capazes de fazer das USs dispositivos que consigam, de fato, acolher as pessoas e trabalhar não só para atender à sua queixa, mas visando, também, sua subjetividade, abrindo caminhos para formas mais autônomas e criativas de ser. Para atingir tal objetivo, a ênfase nas noções de vínculo, acolhimento e responsabilização se faz necessária, e é nesse sentido que a incorporação do saber e das práticas de saúde mental pautadas na desinstitucionalização pode ser mais produtiva na construção de um novo modo de fazer em saúde. Efetivamente, algumas formas de concretizar esse tipo de funcionamento têm sido propostas e experimentadas, seja pela radicalização defendida por Lancetti (2001) que propõe as equipes volantes de saúde mental atuando diretamente no território junto às equipes do PSF, ou pela criação de Núcleos de Saúde Coletiva com equipe de saúde mental para cada região de saúde como proposto por Campos, G. (2003), ou mesmo pela inclusão de profissionais da área de saúde mental nas equipes das USs, o que tem sido o caminho tentado em Vitória, mas que não tem alcançado muito sucesso em função da permanência de práticas clínicas e de processos de trabalho tradicionais e burocratizados.

Em nosso município, costuma-se usar a frase popular que diz que, no atual processo de implementação do SUS, “temos que trocar o pneu com o veículo em movimento”. Bem, parece-nos que isso só pode ser possível para os equilibristas, acrobatas, enfim, para artistas. Tal perspectiva é bem-vinda se se tratar da implementação de uma prática desinstitucionalizada na qual possamos “fazer da vida um obra de arte”, acolhendo o devir e podendo criar estilos próprios de nos conduzir e de conduzir os problemas no trabalho. Tal prática seria bem-vinda como prática de saúde, uma vez que exige uma ética que implica liberdade e respeito com o outro. Todavia, também se pode entender que se trata da aquisição de mais uma competência a se somar ao arsenal técnico necessário para alcançar a eficiência na produção de indivíduos serializados, a baixo custo e

sem demandar investimentos... Da mesma forma, quando propomos que os serviços devem se diversificar e se tornar mais flexíveis, com os profissionais abertos ao novo e ao imprevisível, devemos saber que, hoje, esse é o discurso corrente nas empresas globalizadas, o que nos lembra que, a todo momento, caminhamos pelo fio da navalha, pois nosso discurso e nossas propostas só vão mesmo significar mudanças no sentido da aposta na potência da vida e das pessoas se estiver clara e seguramente pautado numa ética que, em oposição à racionalidade hegemônica, tenha como base os valores da solidariedade e da cooperação para a construção de uma nova organização social marcada pela diversidade e pela multiplicidade. Para que o equilíbrio na corda bamba da vida signifique um fazer artista e não uma maior competência técnica, é essencial que esteja garantido pela ética, ética que deve se articular com a estética, com a política e com um projeto de defesa da vida que é o que pode fazer das práticas de saúde dispositivos de mudança dos modos de ser e de viver, o que é objetivo tanto da desinstitucionalização quanto do SUS em sua vertente mais crítica.

8. REFERÊNCIAS

1. ABDALLA, M.G. **O princípio da cooperação**: em busca de uma nova racionalidade. São Paulo: Paulus, 2002.
2. AMARAL, M.A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.
3. AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
4. _____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
5. _____. (Coord.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
6. _____. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
7. AMARANTE, P. et al. Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil. In: Vilela, A.M. J.; Crezzo, A. C.; Rodrigues, H.B.C. **Clio – Psyche Hoje**. Saberes e Dizeres Psi na História do Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. p. 51-63.
8. BAPTISTA, L.A. **A Cidade dos Sábios**. Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. São Paulo: Summus Editorial, 1999.
9. _____. Narrações contemporâneas: vagabundos e turistas nas práticas da saúde mental. In: VILELA, A.M. J.; CREZZO, A. C.; RODRIGUES, H.B. C. **Clio – Psyche Hoje**. Saberes e dizeres Psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. p. 71-83.
10. BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
11. BARROS, D.D. **Jardins de Abel**. A desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

12. _____. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 171-193.
13. BARROS, M.E.B.B.; PINTO, S. **Questões metodológicas**. Texto de referência da disciplina de metodologia científica do curso de especialização em Clínica Transdisciplinar. (não publicado) 2003.
14. BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
15. BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Edição do autor, 1991, p. 27-51.
16. BASAGLIA, F. O. Prefácio. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. P. 11-12.
17. BASSANI, E. **Atuação do psicólogo clínico nos serviços de saúde mental da Prefeitura do município de Vitória (ES)**. 1995. Dissertação (Mestrado em fundamentos evolutivos e sociais do comportamento). Universidade Federal do Espírito Santo, 1995.
18. BASTOS, L.H.C.V. **Ilhas de invenção e solidão: um estudo da atenção à saúde mental para a infância e a adolescência na rede municipal de saúde em Vitória – ES**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
19. BAUMAN, Z. **Globalização: as conseqüências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.
20. _____. **O mal-estar na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
21. _____. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

22. BEZERRA JUNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 6. ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2000, p. 133-169.
23. BICHAFF, R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos**. 2001. p. 146-153.
24. BIRMAN, J.A. cidadania tresloucada. In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.
25. BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 41-72.
26. BOLDSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-409, 2002.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Manual de orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília, 1990.
28. _____. _____. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília, 1994.
29. _____. _____. **I Seminário de experiências internacionais em saúde da família**: Relatório Final. Brasília, 1999.
30. _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde**: atividades 1999. Brasília, 2000.
31. _____. _____. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2002.

32. _____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002a.
33. _____. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Saúde Mental na Atenção Básica**. Apresentação realizada no seminário de saúde mental no PSF. Vitória, 2003.
34. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**. Informativo da Saúde Mental, Ano III, n. 14, 2004.
35. BREDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471- 480, 2001.
36. CAMPOS, F.B.C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
37. _____. Os desafios da gestão de redes de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos**. 2001. p. 46-51.
38. CAMPOS, B.F.C.; HENRIQUES, C.M.P. **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.
39. CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29 -87.
40. _____. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
41. _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.

42. CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
43. CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
44. CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
45. _____. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
46. CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura 1**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. P. 33-45.
47. COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: Amarante, P. (Organizador) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000. p. 141-168.
48. COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Ação psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 13-44.
49. DANESE, M.C.; FUREGATO, A.R. O usuário de psicofármacos num programa de Saúde da Família. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, Ano XXV, v. 25, maio/ago. 2001.
50. DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. In: FOULCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
51. _____. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.
52. _____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
53. DELEUZE, G.,; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.
54. DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Edição do autor, 1991.

55. DESVIAT, M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
56. DIAS, R. Apresentação. In: ABDALLA, M.G. **O princípio da cooperação: em busca de uma nova racionalidade.** São Paulo: Paulus, 2002. p. 15-19.
57. FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção de Saúde; Introdução às Cartas de Promoção da Saúde, In: Brasil, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide; Declaração de Sundswal; Declaração de santafé de Bogota; Declaração de Jacarta; Rede dos Megapaises e Declaração do México.**2001.
58. _____. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L.; BOLDSTEIN, R. MARCONDES, W.B. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência em Manquinhos-RJ.** Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002. p. 15-37.
59. FLEURY, S. A questão democrática no Brasil. In: **Saúde e democracia: A luta do CEBES.** São Paulo: Lemus Editorial, 1997. p. 25-41.
60. FONSECA, T. M. M. Estudo etnográfico sobre o significado da estratégia Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória/ES. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.
61. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
62. _____. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
63. _____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1987.
64. _____. **Resumo dos cursos do Collège de France.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

65. FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado À mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.
66. GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 113-147.
67. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
68. GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. 3. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
69. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
70. KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987. p. 67-83.
71. _____. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.
72. LANCETTI, A. **Notas sobre clínica e política**. Trabalho apresentado no III Fórum Social Mundial, 2003.
73. _____. A modo de posfácio. In: MARSIGLIA, R. et al. **Saúde mental e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987. p. 85-93.
74. _____. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. et al. (Direção) **Saúde Loucura 1**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 75- 89.
75. _____. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: **Saúde Loucura 7- Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001. p. 11-52.

76. LEAL, E.M. **O agente do cuidado na reforma psiquiátrica brasileira:** Modelos de conhecimento. Tese (Doutorado em Ciências da saúde). Programa de Pós-graduação em psiquiatria, psicanálise e saúde mental do Instituto da Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
77. LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, São Paulo, 2001.
78. LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma clínica antimanicomial.** São Paulo, Hucitec, 1997.
79. _____. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
80. LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
81. MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.
82. _____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
83. MELMAN, J. **Família e Doença Mental:** Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editoras, 2001.
84. MENDES, E.V. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995, p. 159-185.
85. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

86. MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECÍLIO, L.C.O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. p. 117-160.
87. _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.
88. _____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.15-35.
89. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** - Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, 1993.
90. MORIN, E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Veja, A.; Nascimento, E.P. (Org.). **O Pensar Complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p.21-34.
91. _____. **A Cabeça Bem-Feita. Repensar a reforma. Reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
92. NEGRI, B.; WERTHEIN, J. Apresentação. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002, p. 13-14.
93. NESPOLI, G. **A micropolítica do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso no território da Ilha das Caieiras, Vitória/ES**. Dissertação (Mestrado medicina social). Instituto de medicina social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2002.
94. NICÁCIO, M.F.S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: Desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação

- (Mestrado em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.
95. NICÁCIO, F. Apresentação. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 9-15.
96. OLIOSA, M.C. **Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
97. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Primary Health Care: A Framework for Future Strategic**. Global Report. 2003.
98. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD /OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Dessarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud em la transformacion de los sistemas nacionales de salud**, 1989.
99. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / INSTITUTO MÁRIO NEGRI. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Milão:OPS, 1990.
100. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: As Lições Aprendidas ao Longo de 25 Anos e os desafios futuros**. Documento Oficial CE 132/13. Washington, DC. 2003.
101. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde nas Américas**. Documento oficial CE 132/R5. Washington, DC. 2003 a.
102. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: Lições Aprendidas em 25 Anos e futuros desafios**. Documento Oficial. CD44.R6, Washington, DC. 2003 b.

103. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: As Lições Aprendidas ao Longo de 25 Anos e os desafios futuros. Documento Oficial.** Documento oficial CD44/9 (Port.). Washington, DC. 2003 c.
104. PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária no Brasil. In: **Saúde e democracia: A luta do CEBES.** São Paulo: Lemus Editorial, 1997. p. 11-24.
105. PELBART, P.P. Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura, In: Guattari, F. et al. **Saúde Loucura 2.** São Paulo: Editora Hucitec, 1989. p. 130-139.
106. PESSOTO, U.C. **As políticas de saúde para a América Latina e Caribe da organização Pan-Americana da Saúde e do Banco Mundial:** uma análise dos discursos e seus documentos. Dissertação (Mestrado em Integração da América). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
107. PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p. 65-112.
108. PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.19-26.
109. PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Projeto Vitória do Futuro.** Disponível em <<http://www.vitoriadofuturo.org.br>>. Acesso em 20 de janeiro de 2004.
110. _____. QUEIROZ, G.C. **A NOAS no contexto da reforma sanitária brasileira.** Apresentação realizada no Fórum Estadual de Coordenadores de Saúde Mental do Espírito Santo, setembro de 2002.

111. RAUTER, C. O psicólogo e sua inserção na área de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, Niterói, v. 7, n. 2 e 3, p. 70-74, 1995.
112. ROTELLI, F; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 17-59.
113. ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 89-99.
114. SAMPAIO, L.F.R.; LIMA, P.G.A. (Org.). **Apoio ao programa de saúde da família**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.
115. SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. 13. ed. Porto: Afrontamento, 2002.
116. SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2003.
117. SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.
118. _____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.
119. SEMUS. **Plano municipal de Saúde Mental**. Vitória: SEMUS, 1990.
120. _____. **Plano Municipal da Saúde Mental**. Vitória: SEMUS, 1992.
121. _____. **Política de saúde mental para o município de Vitória**. Documento preliminar. Vitória: SEMUS, 1995.
122. _____. **Política de Saúde Mental do Município de Vitória**. Vitória: SEMUS, 1999.
123. _____. **Manual para a atenção básica no município de Vitória**. 2000.
124. _____. **Relatório da 3º Conferência Municipal de Saúde**. 2000a.

125. _____. **Diagnóstico da gestão plena sistema municipal.** Vitória, 2002.
126. _____. **Projeto Integrar.** Vitória, 2002a.
127. _____. Coordenação de Saúde Mental. **Saúde Mental na SEMUS: Histórico e Momento Atual.** Impasses e Perspectivas, 2002 b.
128. SILVA, M.V.O. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política: Escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 84-111.
129. SPINK, M.J. O psicólogo e a saúde mental: resignificando a prática. In: Spink, M.J. **Psicologia e saúde: práticas, saberes e sentidos.** Petrópolis: Editora Vozes, 2003, p. 149-159.
130. _____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** São Paulo: Cortez Editora, 2000.
131. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
132. STENGERS, I. **Quem tem medo da ciência?** Ciência e poderes. São Paulo: Siciliano, 1990.
133. TEJADA de RIVERO, D. **Alma-Ata: 25 Años despues.** Revista Perspectivas de Salud. Volumem 8, Número 2, 2003, p. 3-7.
134. TENÓRIO, F. **A psicanálise e a reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
135. TENÓRIO, F.; OLIVEIRA, R.; LEVCOVITZ, S. Apresentação: a importância estratégica dos dispositivos de recepção. In: **Cadernos do IPUB**, v.7, n.17, Rio de Janeiro, 2000. p. 7-14.
136. TORRE, E.; AMARANTE, P. “História da Loucura”: 40 anos transformando a história da psiquiatria. **Psicologia Clínica.** V.13, n. 1, Rio de Janeiro, 2001, p. 11-26.

137. VASCONCELOS, E.M. **Do Hospício à Comunidade**: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.
138. _____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
139. _____. (Org.). **Saúde Mental e serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.
140. VENÂNCIO, A.T.; LEAL, E.M.; DELGADO, P.G. **O campo da atenção psicossocial**. Anais do 1ª Congresso de Saúde mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1997.
141. World Health Organization. **Primary Health Care**: A Framework for Future Strategic Directions - Global Report, Geneve, 2003