

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Linha de Pesquisa: Saúde Mental

***“Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde:
cartografia da produção do cuidado em saúde mental
na atenção básica de saúde”***

por

Daniele Pinto da Silveira

*Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título
de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Stiebler Vieira

Co-Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, agosto de 2003

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

S587e Silveira, Daniele Pinto da
Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do
cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. / Daniele Pinto da
Silveira. Rio de Janeiro: s.n., 2003.
184p., tab.

Orientadores: Vieira, Ana Luiza Stiebler e Amarante, Paulo Duarte de
Carvalho.

Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde
Pública.

1. Saúde Mental. 2. Serviços Básicos de Saúde. 3. Prática Profissional.
4. Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde.

CDD - 20.ed. - 362.2



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Linha de Pesquisa: Saúde Mental

***“Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde:
cartografia da produção do cuidado em saúde mental
na atenção básica de saúde”***

por

Daniele Pinto da Silveira

*Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título
de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública*

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Stiebler Vieira

Co-Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, agosto de 2003

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

***“Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde:
cartografia da produção do cuidado em saúde mental
na atenção básica de saúde”***

por

Daniele Pinto da Silveira

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Professor Doutor Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP/FIOCRUZ)
Co-orientador

Professor Doutor Benilton Bezerra Júnior (IMS/UERJ)

Professora Doutora Maria Helena M. de Mendonça (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Cláudia Mara de Melo Tavares (UFF)

Professor Doutor Antenor Amâncio Filho (ENSP/FIOCRUZ)

Dissertação defendida e aprovada em: 22/08/2003

Dedico esta Dissertação a duas pessoas muito queridas e sempre presentes nesta jornada: à minha mãe e a meu saudoso pai (*in memoriam*), pelo amor e pela simplicidade com que me ensinaram a persistir na busca dos meus ideais... e a transformar meus sonhos em realidade.

Esta conquista também é de vocês!

AGRADECIMENTOS

À minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência com cada um de vocês durante nossa formação: Germana Reis, Juliano Lima, Carla Caselli, Paulo Sá, Teresa Cavalcante, Patrícia Sayd, Luiza Victal, Jussara Brito, Wagner Martins, Ana Brum, Eduardo, Rosa Marluce, João Inácio e Maria do Carmo;

Aos amigos do Grupo de Estudos “Segunda em Questão” do LAPS/FIOCRUZ, aliados nas descobertas e também no desejo de trilhar novos caminhos na atenção à saúde mental no Brasil;

À equipe de pesquisa da primeira fase do “Projeto de Apoio à Reabilitação e Reinserção Social dos Pacientes Internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro”, por termos nos constituído verdadeiramente num grupo de trabalho que compartilha de um novo aprendizado;

A Geandro, psicólogo e sanitarista da Coordenação da Área de Planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por todas as informações compartilhadas que em muito enriqueceram as análises realizadas nesta pesquisa;

A Sérgio Pacheco, amigo e confidente, por muitas vezes me emprestar seus “ouvidos” durante os momentos delicados desse processo;

À Ana Paula Guljor, pelo convite para participar da construção de uma experiência desafiadora em saúde mental e, também, por apostar no meu trabalho;

À Cláudia Mara, pela disponibilidade de rever comigo a Dissertação;

A um casal sensacional: Elisa e Flávio. À Elisa, minha prima, mas principalmente à minha amiga de todas as horas, pela atenção e entusiasmo que tornaram minha vida no Rio muito mais leve e prazerosa e a Flávio, por me auxiliar a transcrever as fitas das entrevistas;

Aos familiares e amigos que deixei em Minas e àqueles que conquistei aqui no Rio - preciosos *encontros* dessa vida. E à Gisele, minha irmã muito amada e querida;

À Cláudia, Tiago, Cíntia, Eduardo e Daniel e demais funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que fazem desta instituição um lugar muito bom de se estar - clima indispensável para a boa condução dos nossos estudos;

Aos funcionários e aos usuários do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e, muito especialmente, à Else Gribel, Rita de Cássia, Michael Robson e Creuza - o auxílio de vocês foi de um valor inestimável, obrigada por tudo;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro concedido durante todo o período do Mestrado, sem o qual não seria possível ter tornado este sonho

realidade;

À professora Rosalina Koiffman, pela reaproximação tão frutífera com a Epidemiologia e pelas orientações concedidas durante o processo de coleta dos dados;

À professora Maria Helena Mendonça, pelas sugestões tão pertinentes ao analisar o Projeto desta pesquisa na Banca de Qualificação e por aceitar participar de mais este momento de discussão;

Ao professor Benilton Bezerra Júnior, por nos honrar com sua participação na composição desta Banca;

Ao professor, amigo e co-orientador Paulo Amarante, pela riqueza de suas considerações que nos instigam a repensar continuamente nossas práticas e por compartilhar conosco suas experiências e conhecimentos que vem contribuindo, imensamente, para o meu amadurecimento enquanto pesquisadora na área de saúde mental;

À Ana Luiza Stiebler Vieira, minha orientadora e grande incentivadora no desenvolvimento desta pesquisa, por acreditar no potencial do meu trabalho, pela acolhida às minhas inquietações e pela confiança com que sempre me conduziu durante este percurso.

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver.”

(Heidegger, 1995)

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DO SABER E DAS PRÁTICAS	

MÉDICO-PSIQUIÁTRICAS	16
1.1. Racionalidade Científica e Saber Médico: um resgate histórico	19
1.2. O Processo de Psiquiatrização do Sofrimento Psíquico	25
1.3. Entre a Prevenção e a Promoção: a saúde mental na comunidade	29
CAPÍTULO II: SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL: ATRAVESSAMENTOS EM ANÁLISE	40
2.1. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: o <i>Acolhimento</i> como <i>práxis</i> subjetivante	50
2.2. Das Necessidades e Demandas de Saúde: encontros e desencontros entre profissionais e usuários	54
2.3. Pela Integralidade na Atenção aos Fenômenos de Saúde/Doença: escuta do sujeito <i>versus</i> escuta da doença	63
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	68
CAPÍTULO IV: A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	95
4.1. Breve Relato sobre a Reestruturação da Assistência	96
4.2. Características e Peculiaridades da Área de Planejamento 3.1 e o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	101
CAPÍTULO V: ACOLHIMENTO, ESCUTA DO SUJEITO E INTEGRALIDADE	108
5.1. Da observação participante	109
5.2. Das entrevistas: a fala dos trabalhadores em saúde	114
5.3. Os registros nos prontuários: o que dizem sobre a produção do cuidado em saúde mental	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
ANEXOS	167

RESUMO

Partindo do pressuposto de que a Saúde Pública e a Saúde Mental “coabitam” um mesmo plano, que vem a ser um plano de intervenção tecno-política no processo de subjetivação do sujeito em sofrimento, o presente estudo discute a possibilidade de emergência de novas relações entre “aquele que cuida e aquele que é cuidado” nas estratégias da atenção básica em saúde. Possui como objetivo principal mapear as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas numa Unidade Básica, do município do Rio de Janeiro, visando, assim, conhecer o comprometimento e a articulação das ações desenvolvidas neste âmbito com as novas estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, em consonância com as proposições da Reforma Psiquiátrica. Presume-se que existe a necessidade de potencializar os espaços de produção da saúde na Atenção Básica como dispositivos de *acolhimento* capazes de contribuir para o processo de inversão do modelo de atenção em saúde mental, em curso no Brasil. Procura-se conhecer os modos de cuidado oferecidos pelos profissionais de saúde às necessidades de saúde que emergem como sendo problemas de saúde mental, elencando alguns eixos de análise considerados como possíveis norteadores de uma nova *práxis*, sejam eles: a noção de *acolhimento*, de *escuta do sujeito* e de *integralidade*. Esta análise pautou-se na observação participante, na condução de entrevistas semi-estruturadas com alguns profissionais de saúde da Unidade e da Estratégia Saúde da Família e, também, na coleta de informações dos prontuários, através de um instrumento desenvolvido para tal finalidade. Considera-se que a investigação realizada, que assume a perspectiva de um dos co-produtores deste cuidado - os trabalhadores em saúde -, pôde identificar modos de agir em saúde mental na rede básica em que ainda predominam o modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento nas ações intra-muros. A partir desta cartografia da produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, indaga-se que outros fazeres podem ser desenhados neste processo de inclusão dos cuidados primários no campo da Atenção Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Sofrimento Psíquico, Atenção Básica em Saúde, Modos de Cuidado, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study discusses the possibility of new relationships between those who take care of others and those who are taken care of, considering that Public Health and Mental Care are involved in techno-political intervention in subjectification of people in suffering. Its main purpose is to map mental health care modalities developed at a Basic Health Unit in the city of Rio de Janeiro, in order to notice the commitment to and the articulation of the local actions with the new strategies of care to people in mental suffering according to the propositions of the Psychiatric Reform. It is supposed that it is necessary to potentiate health production spaces in Basic Attention as a device of user embracement which are able to contribute to the process of inverting the attention model in Mental Health in Brazil. This research intends to recognize care modes practiced by health professionals with regard to the needs which are brought up as mental problems. It also presents some analytical axes which can be considered possible references for a new praxis: the notions of *user embracement*, *listening* and *integrality*. The study is based on participant observation, semi-structured interviews with professionals who work in Health Units and Family Care Strategy, besides information collected in medical charts, through a personalized tool, conceived for this purpose. By adopting the perspective of one of the care co-producers - the health workers -, this investigation was able to identify ways of mental care action in which the biomedicine model in health care organization, the psychiatrization of care in mental health, the bureaucratization of the process of work and activities restricted to the space of the Unit are dominant. Based on this care production in Mental Health cartography, this dissertation searches for other possible actions in this process of including primary care in psychosocial attention area.

KEY-WORDS: Mental Suffering; Basic Health Care; Care Modes; Psychiatric Reform.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Área de Planejamento em Saúde

CAP – Coordenação da Área de Planejamento

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª
revisão

CSM – Coordenação de Saúde Mental

CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

DSM-IV – Sigla em inglês para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

ESF – Estratégia Saúde da Família

GMS – Gerência de Saúde Mental

IQV – Índice de Qualidade de Vida

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NUDEQ – Núcleo de Dependência Química

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Posto de Atendimento Médico

PSF – Programa Saúde da Família

PS – Pronto-Socorro

PU – Posto de Urgência

RA – Região Administrativa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

A presente dissertação descreve e analisa os modos de cuidado e a escuta oferecida pelos profissionais de saúde às pessoas em sofrimento psíquico que chegam à atenção básica em saúde, tomando para estudo de caso uma unidade de saúde no município do Rio de Janeiro: o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Formada em Psicologia pela Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ/MG), onde concluí a graduação em 1998, iniciei minha primeira experiência em saúde pública como psicóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Nepomuceno¹, município ao sul de Minas Gerais. Ao iniciar o meu trabalho fui lotada num Centro de Saúde da SMS, onde até então não havia nenhuma política pública ou serviço de atenção em saúde mental que pudesse prestar atendimento à comunidade². Meu interesse, então, pelo tema da trajetória de pessoas com queixas de “nervoso” - para usar a expressão de Duarte (1998)³ - e de pessoas em grave sofrimento psíquico em unidades da rede básica de saúde surgiu desta experiência, interrompida para que eu pudesse ingressar no Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

Iniciar minhas atividades profissionais na Secretaria de Saúde do município constituiu-se num novo, mas instigante desafio para mim. Como acontece, com muitos profissionais de psicologia na área da saúde, fui designada para desenvolver meu trabalho num Centro de Saúde - considerado o mais acessível pela secretaria de saúde devido principalmente à sua posição geográfica em relação às comunidades mais distantes⁴. A sua localização no território justificou que ali fosse estruturado o “Serviço de Saúde Mental” da SMS.

A prática cotidiana, com as confrontações e dilemas vivenciados na Unidade de Saúde, começou a delinear o que hoje é, em parte, objeto de estudo desta Dissertação. Ao assumir o cargo, ainda acreditava ser possível desenvolver atividades clínicas sem outras implicações numa instituição de caráter médico-sanitário, como o são os Centros de Saúde – ingenuidade de iniciante. Porém, nada mais desestabilizador

¹ A SMS/Nepomuceno pertence à Diretoria Regional de Saúde de Varginha/MG (DRSV/MG).

² O que havia anteriormente, era apenas o encaminhamento de pessoas que necessitassem de atendimento médico-psiquiátrico de urgência para hospitais psiquiátricos públicos ou para clínicas particulares conveniadas com o SUS, existentes na região. Em casos de crianças, por exemplo, era comum o encaminhamento para a APAE do município nos chamados casos de “déficits cognitivos”, dentre outros “distúrbios”, identificados, principalmente, pela instituição escolar.

³ Sobre o estudo etnográfico do autor sobre “o nervoso”, ver: Duarte, L.F.D., 1998. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

⁴ Nepomuceno é um município que tem como base da economia local a produção cafeeira. Boa parte dos usuários do Centro de Saúde era proveniente de fazendas locais ou de “pequenas roças” localizadas à beira da rodovia.

do que as incongruências e impasses surgidos do próprio trabalho. Como era de se esperar, em pouco tempo, eu havia sentido os efeitos do que se convencionou chamar de *ambulatorização*. Foi então que decidi tentar buscar outros modos de operacionalizar o serviço, em conjunto com um psiquiatra lotado na mesma Unidade.

Longe de nos aproximarmos da estruturação de uma rede de atenção em saúde mental no município, procuramos no nosso âmbito local questionar o que vinha acontecendo, buscando maior implicação com o trabalho que desenvolvíamos e tentando romper com um padrão de ações que julgávamos ser contraproducente. Em muitos momentos vivenciei a angústia de estar repetindo um modelo tradicional de assistência, tão contestado nos meios acadêmicos.

O que passou a acontecer trouxe para mim muito mais perguntas do que respostas. Se conseguíamos questionar o funcionamento inicial do que na SMS passou-se a chamar Serviço de Saúde Mental, buscando desenvolver atividades outras (por exemplo, mantendo um “grupo aberto” aos usuários), começamos também a perceber que determinados aspectos da reestruturação desse tipo de serviço em uma Unidade de Saúde, bem como da implementação de outras ações no setor, ultrapassavam em muito a nossa competência técnica e a possibilidade de mudança. Ficava cada vez mais claro que uma política local de saúde mental não era prioridade no planejamento das ações de saúde do município, naquele momento. Esta conjuntura era agravada pela inexistência de outros serviços extra-hospitalares locais e pela escassez de profissionais qualificados em saúde mental na região.

Foram essas vivências e essas dúvidas que me levaram a buscar o curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade do Estado de Minas Gerais, no ano de 2000. As discussões ampliadas para a esfera da saúde pública e um outro olhar possibilitado pela problematização da dimensão política existente no trabalho em saúde, aliado à percepção das implicações subjacentes à organização dos serviços e ações de saúde a nível local – com novas ações direcionadas ao nível micropolítico, como por exemplo o Programa Saúde da Família, e discussões preliminares sobre a inserção de possíveis estratégias de saúde mental nesta nova conformação da Atenção Básica – alimentaram o meu desejo em aprofundar-me nesse debate.

Foi quando, então, optei por cursar o Mestrado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, na área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Ao longo do Mestrado tenho tido a chance de amadurecer a idéia de que é preciso redimensionar os dispositivos de cuidado em saúde da Atenção Básica - tendo em vista o contexto dos Distritos Sanitários e também o das novas políticas de

saúde mental no Brasil - como espaços legítimos de *acolhimento* capazes de contribuir para o processo de inversão do modelo assistencial e de reestruturação da rede de atenção em saúde mental. Essa é a linha norteadora da discussão desta dissertação.

Algumas diretrizes políticas apontam essa direção como, por exemplo, o plano de ações elaborado em março de 2001 a partir da “Oficina de Inclusão das Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família”, que poderá ampliar o acesso aos cuidados da população de baixa renda, dada a prioridade de alocação dos recursos conferida ao PSF pelo Ministério da Saúde. Outro momento importante de discussão dos encaminhamentos tecno-políticos neste setor ocorreu em 2002, por meio da parceria firmada entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a Assessoria Técnica de Saúde Mental, com o objetivo de criar um programa comum de incremento das ações de saúde mental na atenção básica. Em decorrência disso, foi realizado em abril do mesmo ano, no município do Rio de Janeiro, um Seminário sobre a reorganização de serviços e formação de recursos humanos em saúde mental para o trabalho na atenção primária.

Partindo dessas considerações, o pressuposto deste trabalho é que a saúde pública e a saúde mental são atravessadas em sua prática pela dimensão tecno-política, que incide diretamente sobre o processo de subjetivação dos sujeitos em sofrimento. Tentarei, assim, formular algumas proposições acerca da possibilidade de emergência de novas relações entre o profissional que produz o cuidado em saúde e o sujeito que demanda atendimento nos espaços da atenção básica, principalmente, no que diz respeito aos usuários que chegam à sua unidade sanitária de referência com necessidades de saúde que podem configurar-se como queixas de sofrimento psíquico.

Muito pouco tem se produzido acerca das práticas *psi* desenvolvidas nas unidades de saúde, local onde muitos profissionais de saúde mental atuam e acabam por se deparar com uma infinidade de empasses, mas também com um universo de possibilidades de ação junto à comunidade bastante rico quando explorado.

Apenas recentemente, alguns autores⁵ vem trazendo à tona essa discussão, em grande parte mobilizados pelas incursões das equipes de Saúde da Família nas comunidades, que engendram e agenciam novas abordagens dos fenômenos de saúde/doença, novas relações entre o usuário e a equipe – agora, buscando descentrar-se da figura do médico. Essa nova configuração das ações faz emergir novos problemas, novos dilemas que englobam as dimensões teórica e metodológica de um campo de conhecimento que se anuncia em construção.

O escopo desta pesquisa - guiado pela indagação de quais são os *modos de cuidado* e a *escuta* oferecida na atenção básica em saúde às necessidades que emergem como problemas de saúde mental – concerne exatamente ao trabalho de cartografar e analisar estas modalidades de atenção e de cuidado disponibilizados pela rede básica às pessoas em sofrimento psíquico. Esta investigação toma como ponto de referência a perspectiva do serviço de saúde, ou melhor, parte das concepções e dos modos de ação/intervenção dos trabalhadores em saúde. Cabe marcar que esta investigação situa-se neste *espaço* existente *entre* profissional e usuário, construído e expresso através do vetor das práticas em saúde co-produzidas por todos os envolvidos nesse processo. Por isso, a relevância de cada trabalhador em saúde na recepção e no acolhimento do usuário que chega à unidade, uma vez que o processo de produção coletiva da ação de saúde está presente desde o primeiro contato do usuário com o serviço – seja ainda na portaria ou no atendimento realizado pela equipe da “triagem” – até a sua chegada no profissional de saúde especializado ou até mesmo no seu referendamento a outros serviços da rede de atenção.

No caso do presente estudo, as inquietações e as perguntas norteadoras iniciais foram:

- Qual é o espaço da atenção básica no atual contexto da reforma psiquiátrica brasileira?
- Como podem as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família transformarem-se em dispositivos de atenção capazes de contribuir com a inversão do modelo assistencial em saúde mental, no município do Rio de Janeiro?
- Quais os atuais modos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito das ações da atenção básica em saúde?

⁵ Ver por exemplo, os trabalhos de:

1. Brêda, M. Z., 2001. *O Cuidado ao Portador de Transtorno Psíquico na Atenção Básica de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz.

2. Lancetti, A. (org.), 2001. *SaúdeLoucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª ed.

- Como um estudo de caso, de abordagem qualitativa, pode informar eixos de análise e construir caminhos, para pensar a *práxis* em saúde mental na atenção básica, mais coerentes com o contexto das novas políticas de saúde mental em curso no Brasil?

Esses questionamentos serviram de base para a construção do referencial teórico deste trabalho e para a escolha da metodologia empregada para a execução da pesquisa.

Para conduzir cada momento desta discussão acerca do cuidado dirigido ao sujeito *porta-dor (voz)* de queixas relacionadas a problemas de saúde mental na rede básica de saúde, a presente dissertação foi sistematizada da seguinte forma:

No primeiro capítulo, partindo da premissa de que a racionalidade psiquiátrica mantém uma certa especificidade em relação à racionalidade médica, realiza-se um resgate da constituição e evolução desses saberes e procura-se demarcar o quanto alguns paradigmas da racionalidade médico-psiquiátrica moderna permanecem, ainda hoje, como hegemônicos na prática dos serviços de saúde, analisando que implicações advém daí no modo de cuidar dos usuários numa instituição onde o enfoque é predominantemente médico.

No segundo capítulo, aborda-se a interface produzida pelo encontro da Saúde Mental e da Saúde Pública, mais propriamente, nos serviços da atenção básica em saúde. Foram elencados, para tal debate, alguns eixos de análise considerados como possíveis norteadores de uma nova *práxis* neste âmbito, sejam eles: a noção de *acolhimento*, de *escuta do sujeito da experiência* e de *integralidade*.

O terceiro capítulo apresenta o referencial metodológico que guiou a realização do trabalho de campo, bem como explicita as técnicas de análise de dados escolhidas para apresentação dos resultados da pesquisa.

No quarto capítulo, faz-se um breve relato da reestruturação da assistência à saúde mental, no município do Rio de Janeiro, e contextualiza-se o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria na Área Programática 3.1 (AP 3.1), onde foi realizado o estudo de caso.

Já no quinto e último capítulo, procede-se à análise dos resultados obtidos fundamentada no referencial teórico-metodológico descrito nos capítulos anteriores e apresenta-se a discussão acerca da configuração das estratégias utilizadas pela unidade de saúde para cuidar dos usuários com queixas de sofrimento psíquico. Essa análise pautou-se na observação participante na Unidade, para a qual houve a elaboração de um diário de campo, em que eram registrados comentários não apenas das atividades dos profissionais e técnicos, mas também de comentários dos próprios

usuários enquanto aguardavam na sala-de-espera para serem atendidos. Foram também conduzidas entrevistas semi-estruturadas com técnicos e profissionais de saúde da unidade e, em especial, com os profissionais de saúde mental. Além disso, como uma estratégia de construção de um panorama geral do padrão de atendimentos em saúde mental produzido pelos profissionais de saúde e caracterização da clientela usuária, foram coletadas informações dos prontuários através de um instrumento desenvolvido para tal finalidade.

Vale salientar que toda a complexidade do tema e também o fato de estar me inserindo muito recentemente nestes debates acerca da Atenção Básica em Saúde - no contexto tanto das novas políticas públicas do setor quanto no desenvolvimento das novas estratégias de cuidado em saúde mental, em curso no Brasil - podem imprimir algumas imprecisões e limites neste trabalho, constituindo-o em um olhar ainda em maturação de minha parte. Ainda assim, considero que este trabalho certamente pode oferecer um mapeamento de alguns modos de agir em saúde mental na atenção básica e discutir enfoques e abordagens possíveis do sofrimento psíquico nesse cenário, apontando para a necessidade de se considerar os atores principais dessa problemática, o usuário e o profissional de saúde, ou, mais precisamente, o *encontro* entre ambos.

CAPÍTULO I:
CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DO SABER E DAS PRÁTICAS
MÉDICO-PSIQUIÁTRICAS

I. CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DO SABER E DAS PRÁTICAS MÉDICO-PSIQUIÁTRICAS

“O primeiro pensamento que me veio à mente foi que eu tinha um rosto, mãos, braços, e toda a estrutura mecânica dos membros que pode ser vista em um cadáver e à qual chamei o ‘corpo’.”

René Descartes

“O ser humano contemporâneo é fundamentalmente desterritorializado. Com isso quero dizer que seus territórios etológicos originários – corpo, clã, aldeia, culto, corporação... – não estão mais dispostos em um ponto preciso da terra, mas se incrustam, no essencial, em universos incorporais. A subjetividade entrou no reino de um nomadismo generalizado.”

Félix Guattari

Colocar-se perante o desafio de discorrer, ainda que brevemente, sobre o momento de constituição científica dos saberes e das práticas médico-psiquiátricas e sobre o seu desenvolvimento histórico é uma tarefa que se justifica pela importância que assume neste trabalho os paradigmas da racionalidade médica e psiquiátrica em sua implicação nos modos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, nos espaços de produção da saúde localizados na atenção básica.

Inicia-se este trabalho, partindo de uma análise da conjuntura epistemológica que favoreceu o nascimento do saber médico, enquanto saber científico organizado e sistematizado de acordo com a racionalidade das ciências ‘positivas’. Ao longo deste percurso, procura-se traçar e delimitar o momento de corte epistemológico¹ que marca o surgimento da Medicina Moderna como ciência Clínica, em torno dos últimos anos do século XVIII. Destaca-se, especialmente, a *função discursiva* na transformação do saber e das práticas médicas no que concerne à sua relação com o corpo do homem, com o conhecimento acerca das doenças e sua relação com o sofrimento humano.

Ainda no âmbito do desenvolvimento das disciplinas médicas, procura-se situar o surgimento da psiquiatria como ciência médica responsável por descrever,

¹ Trabalha-se com o conceito de *corte epistemológico* no sentido da expressão *ruptura epistemológica*, consagrada a partir de Gaston Bachelard (*La formation de l'esprit scientifique*, 1964), que se relaciona ao aparecimento de uma descontinuidade epistemológica e histórica na produção de conhecimentos.

classificar e tratar as ‘enfermidades mentais’ - quando então, também, a loucura torna-se objeto da observação médica e é submetida a seus métodos.

Portanto, o objetivo aqui proposto é focalizar, ainda que em linhas gerais, os determinantes conceituais, bem como os discursivos, que operaram as mudanças no quadro epistêmico² das ciências médico-psiquiátricas e o quanto esse saber sobre o processo de adoecimento e sobre o sofrimento humano influenciaram e influenciam as práticas médico-psiquiátricas e a relação estabelecida entre ‘aquele que cuida e aquele que é cuidado’ - objeto de investigação deste trabalho.

² Esta categoria, quadro epistêmico, está sendo utilizada de acordo com a concepção desenvolvida por Piaget & Garcia (1987:234) para descreverem o processo no qual “ a cada momento histórico e em cada sociedade, predomina um determinado quadro epistêmico, produto de paradigmas sociais e que é a origem de um novo paradigma epistêmico.(...) Assim constituído, o quadro epistêmico começa a atuar como uma ideologia que condiciona o desenvolvimento posterior da ciência (...). É somente nos momentos de crise, de revoluções científicas, que se dá uma ruptura com a ideologia científica dominante...”. [Ver a esse respeito J. Piaget & R. Garcia, *Psicogênese e história das ciências*. Lisboa: Dom Quixote, 1987.]

1.1. Racionalidade Científica e Saber Médico: um resgate histórico

Para abordar o tema do surgimento da medicina contemporânea e delinear o desenvolvimento de suas bases conceituais e de seus princípios epistemológicos é necessário retroceder a um período bem anterior – compreendido entre meados do século XVII e fins do século XVIII – denominado Idade Clássica e apreender como ocorreu a inserção da prática médica no espaço social.

A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente centrada no indivíduo, e é somente com a reestruturação do espaço hospitalar “...a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina” que há a possibilidade da medicina instaurar-se como um saber científico acerca do indivíduo e da população (Foucault, 1992:105):

“O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar.(...) A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população.”

(Foucault, 1992 :111)

Esse momento pode ser caracterizado, de acordo com Luz (1988:88), como o “...início do processo de ordenação moral das classes sociais que conduzirá, (...), à Polícia Médica”³, na Alemanha do século XVIII. Essa significativa passagem, na história da medicina social, é muito bem analisada por Costa (1979), ao descrever o processo através do qual a medicalização coletiva preventiva ou curativa torna-se “norma médica” e “decisão política”.

Durante o século XVIII, período em que o *espírito do tempo*⁴ era dominado pela razão Iluminista, a medicina inicia o processo através do qual constitui-se como uma prática racional de cuidados, organizando-se como clínica e como medicina social.

A composição da medicina e da tecnologia hospitalar realiza, então, conforme Birman (1992:79), “a substituição do antigo ideal da salvação pelo moderno ideal da cura”. Antes desse período de transição, pode-se considerar que o homem pertencia ao domínio do sagrado, do divino e, a partir do século XIX, o homem torna-se objeto de escrutínio da ciência – coisificado, é um ser passível de estudo – o corpo é

³ Para uma descrição mais detalhada desse processo, ver Rosen, G., 1979. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal Editora.

⁴ Esse termo está sendo utilizado no sentido do termo alemão *Zeitgeist* para expressar o espírito filosófico e ideológico predominante de uma época.

dessacralizado e passa a ser apenas corpo físico. Instituiu-se a saúde como valor e como indicador maior da felicidade humana. No entanto, cabe ressaltar que nessa racionalidade, a concepção de saúde *implícita* desenvolve-se em oposição à de doença, no sentido de não ser tomada como objeto do saber médico, que constituir-se-á eminentemente em um saber acerca das entidades patológicas, tendo-se como testemunho o advento da patologia clínica. Isso significa dizer que a saúde é tomada em sua relação de oposição ao estado mórbido, enquanto *negatividade*, representando a ausência de patologias.

À medida que se acompanha as transformações na prática da clínica médica, estas colocações parecem ganhar força, pois como será observado adiante, a clínica, que nos primórdios da medicina apresentava-se como “arte de curar doentes”, gradualmente torna-se a ciência das doenças, dos desvios e dos distúrbios. O espaço hospitalar, conseqüentemente, é reorganizado e medicalizado.

A medicalização do espaço hospitalar proporciona a observação contínua do doente e o conseqüente acompanhamento da evolução/curso da doença, tornando exequível a observação dos sinais e sintomas do fenômeno patológico. Pela primeira vez, existe a possibilidade de fazer prognósticos e realizar comparações entre grupos de doentes. Esta nova prática de lidar com a doença e com o doente instaura uma grande transformação epistemológica no saber médico, que acarreta pelo menos duas conseqüências estruturantes desta nova racionalidade, produzida nas instituições médicas: a *objetivação* do corpo humano visto como *organismo*, sede das doenças, e a *objetivação* do fenômeno mórbido como *entidade patológica*.

Outro elemento, também, criador das condições de nascimento de uma nova racionalidade médica é a *redefinição* do *estatuto social* do doente. O enfermo deixa de ser amaldiçoado pelo ‘mal’ que possui e passa a ser sujeito⁵ da sua doença, devendo, portanto, ser tratado e curado através da intervenção e dos instrumentos da ciência médica.

Além disto, a *apropriação do método das ciências naturais* pelo saber médico é essencial para garantir à medicina o cunho de ciência racional e natural. Isso ocorre com o aparecimento de uma nova episteme: *a experiência*. O método naturalista fundamenta-se na observação e na análise do fenômeno estudado e, deste modo, *a experiência* consiste em observar, descrever, comparar e classificar os objetos de estudo.

Pode-se mencionar como um bom *analisador* dessa realidade que se configura o sistema epistêmico da medicina do século XVIII no qual, como sinalizado por Foucault (1992:107), “[o] *grande modelo da inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu*”. De acordo com Luz (1988:94-95), a categoria *natural* presente nas teorizações médicas acerca do corpo doente e do

⁵ A opção por utilizar o termo *sujeito*, neste caso, tem o intuito de reiterar a dupla significação que o mesmo pode assumir: a de alguém que se coloca como ator de sua própria existência e que, simultaneamente, não deixa de estar sujeitado às determinações históricas, sociológicas e ideológicas de seu tempo.

sofrimento humano produzido pelo adoecer exerce – entre outras atribuições – a função de naturalizar *realidades* sociais. Ao proferir um discurso naturalista sobre dimensões do *socius*, o saber médico insere também implicações políticas no campo da prática, contribuindo para processos de ordenação e adaptação social de grupos e instituições à *ordem médica*.

Esse intervir ou tratar do *corpo doente* – *diferentemente* do que seria um cuidar da *pessoa que adocece* – é perpassado permanentemente pelo modelo explicativo do adoecer inerente às concepções médico-sanitárias do processo saúde/doença:

“A questão central é a do imaginário médico da penetração e interiorização do mal no organismo. As categorias de contaminação e contágio, que atravessam o período clássico na história da medicina (...), bem como as de transmissão e de flagelo (...), são os elementos essenciais do imaginário da medicina moderna, base da teoria até hoje dominante na explicação do processo do adoecimento e da morte humana.”

(Luz, 1988:86, grifos meus)

Com isso, a medicalização⁶ e as ações tecnocráticas vão adquirindo progressivamente um maior impacto e significação nas práticas de saúde, não apenas no imaginário da classe médica, mas também no imaginário dos grupos sociais e dos sujeitos em sofrimento, que passam a creditar às intervenções medicamentosas e tecnológicas o *poder* de força curativa ou preventiva das doenças. E essas ações se dão simultaneamente ao nível da *espacialização*, quer seja no “corpo individual” ou no “corpo social”, reforçando ainda mais os efeitos político-ideológicos que podem desencadear.

Num cenário de ruptura e descontinuidade epistemológica - ao nível da organização dos saberes – existente em fins do século XVIII e início do XIX, essas

⁶ Conforme Castel (1978), o termo *medicalização* indica um processo através do qual a medicina expandiu seus domínios sobre um crescente número de aspectos da vida social.

transformações possibilitaram o nascimento da clínica médica e, também, o da medicina social.

Mais importante que entender que as mudanças citadas anteriormente tiveram a função indiscutível de redimensionar o sentido e a direção da prática médica – em especial no campo da clínica, que mais tarde tornar-se-á anátomo-clínica com Bichat, introduzindo no plano da clínica a prática da localização e da eliminação de doenças – é perceber o início de um processo através do qual a *complexidade*⁷ do adoecer humano vai sendo ocultada, encoberta e destituída de seu “potencial criativo”⁸ pelo reducionismo das categorias nosológicas e dos conceitos arquetípicos da ciência médica moderna. É preciso ressaltar que as principais mudanças ocorridas se deram ao nível da espacialização e da verbalização do patológico. Isso significa dizer, conforme Foucault (1987:10), que o *olhar* e a *linguagem* acerca dos fenômenos mórbidos adquiriram nova estrutura e novo sentido, estabelecendo uma nova aliança entre o que é “visível” e o que é “enunciável”:

“O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização formal e em profundidade, (...) que criou a possibilidade de uma experiência clínica: (...) poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica.”

(Foucault, 1987:13)

⁷ A noção de *complexidade* vem sendo desenvolvida por vários autores – H. Atlan (1979), F. Capra (1982), E. Morin (1988), T. Chardin (1989), I. Stengers (1990), dentre outros - entretanto para o propósito aqui empreendido faz-se a opção de sintetizá-lo de acordo com algumas considerações de I. Stengers (1990:170) que se refere à *complexidade* como uma questão de ordem prática, surgida de um *encontro* empírico que reporta a um questionamento do poder atribuído aos conceitos. Para um melhor entendimento do uso atribuído à idéia de *complexidade* no presente trabalho, destacam-se dois eixos fundamentais: o de um instrumento potencial de *problematização* das relações interacionais e o da possibilidade de *emergência* do novo, da realidade, tida como em permanente construção. Destaca-se, também, que a idéia de *complexidade* pode ser bastante profícua no que tange às discussões sobre a limitação dos modelos de diagnóstico-cura vigente no discurso médico, baseado numa ótica fragmentadora que privilegia as especialidades em detrimento de uma concepção mais integrada do sofrimento e do adoecer humano.

⁸ O estudo desenvolvido por Canguilhem (1966/2002) em ‘*O Normal e o Patológico*’ pode ser considerado um marco no campo das investigações sobre os processos de saúde/doença, tendo imprimido uma nova concepção teórico-filosófica do fenômeno de adoecimento humano e tendo resgatado a complexidade dos processos vitais a ele subjacentes. Através do conceito de “*normatividade da vida*”, Canguilhem (1966/2002: 158-188, grifos meus) pensa a saúde como “*a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas*”, subvertendo desse modo a compreensão do que seja normalidade e patologia. Nessa nova perspectiva, a noção de cura é ampliada podendo ser tomada como a capacidade do ser humano “*criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas*”. Uma filiação teórico-conceitual da concepção canguilhemiana pode ser encontrada nos trabalhos de Oliver Sacks (1995), de modo mais pontual no livro ‘*Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*’, no qual o autor desenvolve as noções de “*paradoxo da doença*” e de “*potencial criativo da doença*”. Através das histórias clínicas de alguns pacientes, Sacks revela que “*...por vezes [é] levado a pensar se não seria necessário redefinir os conceitos de saúde e doença, para revê-los em termos da capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem, adequada a sua disposição especial e modificada e a suas necessidades, mais do que em termos de uma “norma” rigidamente definida. (...) Ao que me parece, quase todos os meus pacientes, quaisquer que sejam os seus problemas, buscam a vida – e não apenas a despeito de suas condições, mas por causa delas e até mesmo com sua ajuda.*” (Sacks, 1995:16-18, grifos meus).

As transformações observadas no discurso médico constataam o aparecimento de uma nova estrutura discursiva referente aos fenômenos patológicos e à relação estabelecida com o doente. A configuração da linguagem médica muda no sentido de produzir um discurso racional e articulado entre o saber médico e o objeto de seu olhar.

No contexto das sociedades contemporâneas, é importante considerar as atualizações ocorridas no saber e nas práticas médicas. Sibila (2002:181) faz um resgate muito apropriado dos movimentos permanentes de deslocamento realizados no campo da ciência médica em função da atual aliança entre tecnociência e mercado que incidem nas “*novas dinâmicas de biopoder*” conferidas pelos dispositivos das *sociedades de controle*⁹ e que repercutem em todas as esferas de saber - principalmente na potência discursiva da ciência. Em relação ao biopoder, afirma Sibila:

“Na genealogia traçada por Foucault, o sangue aflora como o objetivo predileto dos dispositivos de poder nas sociedades de soberania. No período prévio à industrialização do Ocidente, toda uma rica simbologia e uma ritualização específica homenageavam o fluido vermelho, que corre pelas veias dos homens(...). Já na Modernidade o sexo desbancou o sangue e assumiu o papel principal na simbologia e nos rituais abraçados pelo biopoder. Agora, entretanto, toda uma mística ligada aos genes está emergindo, e parece disposta a converter esses componenetes moleculares dos organismos humanos nos novos protagonistas do biopoder.”

(Sibila, 2002:181, grifos meus)

Alguns autores (por exemplo, Pinheiro *apud* Camargo Jr., 2001:79) têm apresentado importantes contribuições a essa discussão ao procurarem analisar os mecanismos de ação constituintes da racionalidade médica ocidental contemporânea. O ponto central sinalizado é a emergência do que se denomina Biomedicina, “...a qual realiza na sua prática diária um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma.” Conforme Sibila (2002:184):

“Um dos fenômenos associados a tais processos é um certo declínio da psicanálise tradicional, em proveito dos tratamentos ultra-rápidos e superefetivos ligados à nova geração de psicofármacos. Uma série de drogas surgidas nas últimas décadas, de grande sucesso publicitário, mercadológico, terapêutico e subjetivante em todo o mundo, constituem bons exemplos dessa transição: Prozac, Lexotan, Valium, Citalopram e Ritalina fazem parte desse grupo. A nova falange psicofarmacológica opõe-se radicalmente às terapias psicanalíticas tradicionais, ligadas ao paradigma da ‘interioridade’ inerente ao Homo psychologicus, que eram longas e dolorosas por definição.”

(Sibila, 2002:184, grifos meus)

Expressando também essa tendência do mundo contemporâneo a privilegiar soluções rápidas e superficiais, Castel (1995:09) afirma que “...na atualidade se trata mais de obter uma mais-valia de gozo e eficiência do que um conjunto de conhecimentos das próprias profundezas”. Pode-se observar esse processo no campo do saber psiquiátrico na prerrogativa concedida ao arsenal

⁹ Para um aprofundamento neste tema, remeter-se às considerações de Gilles Deleuze em “Controle e Devir; Post-scriptum sobre as sociedades de controle.” *In: Conversações* (Tradução de Peter Pál Pelbart). Rio de Janeiro: Editora 34, 1992/2000.

medicamentoso da Psiquiatria Biológica em detrimento de processos de intervenção mais longos e complexos encontrados, por exemplo, na Psiquiatria Dinâmica e na Psiquiatria Social e também em detrimento da utilização do instrumental de outros campos de saber na lida com as questões referentes à saúde mental.

Com base nessas reflexões, pretende-se levantar alguns questionamentos sobre o olhar e a escuta que perpassam as práticas cotidianas nas ações de atenção à saúde dirigidas às pessoas que buscam na sua unidade sanitária de referência cuidados em saúde mental. Pressupondo que na relação entre aquele que ‘trata’ e aquele que é ‘tratado’ prevalece o discurso sobre a doença, surge a indagação acerca do discurso sobre o doente. Teria este um lugar no saber e nas práticas médico-sanitárias da atenção básica? Ao falar-se daquele que sofre, daquele que necessita ou demanda cuidados, permite-se que ele fale de si mesmo, de sua condição? Nesse sentido é que esta investigação coloca-se a mapear as estratégias de atenção e de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais do CSEGSF, através do estudo das práticas discursivas médico-psiquiátricas desenvolvidas nesta unidade da atenção básica em saúde.

Após considerar o surgimento da medicina contemporânea e o processo de medicalização do sofrimento psíquico, é preciso comentar os paradigmas da instituição psiquiátrica. Assim, revisitar esses paradigmas, a partir deste momento, tem a função de resgatar, através de um olhar histórico, o que há de instituído nas práticas de cuidado e o que permanece cristalizado nas ações, direcionando o olhar e a escuta para a doença e suas apresentações sintomáticas, afastando-os progressivamente do sujeito da experiência.

Colocar-se nesse exercício de pensamento sobre este momento de construção de novos cenários para a atenção psicossocial no Brasil, dadas algumas experiências em curso no âmbito da atenção básica, cria a possibilidade de novas configurações na rede assistencial, oferecendo contornos outros, produtores de novas significações sobre os fenômenos de adoecimento psíquico, em espaços privilegiados de produção e reprodução do discurso médico, como tem sido as instituições de saúde.

1.2. O Processo de Psiquiatrização do Sofrimento Psíquico

Nesta etapa do trabalho, procura-se explorar a trajetória do saber médico-psiquiátrico no processo de deslocamento do fenômeno de sofrimento psíquico como alvo dos “*dispositivos de alienação*” para alvo dos “*dispositivos de saúde mental*”¹⁰, ao longo de períodos considerados expressivos e marcadores de transformações histórico-conceituais e, também, de mudanças representacionais no esquema perceptivo deste universo.

¹⁰ Portocarrero (*apud* Amarante, 1998:103) é quem realiza esta distinção entre “dispositivos de alienação” e “dispositivos de saúde mental”.

O esforço aqui empreendido será na direção de retomar - a partir de textos clássicos¹¹ sobre esta temática - o caminho percorrido pela loucura do momento em que esta experiência é concebida apenas como vivência da *diferença*, sem no entanto configurar-se como expressão de morbidade, aos acontecimentos principais que a conduzem e a mantêm no universo das instituições de reclusão e, enfim, nas instituições de “reabilitação psicossocial”¹².

Pretende-se, com esta exposição, identificar e demonstrar que fatores confluentes foram os grandes possibilitadores da emergência e da consolidação de uma nova disciplina médica – a Psiquiatria – que, concomitante a outros saberes que ambicionavam o cunho da cientificidade, carecia de um objeto de estudo observável e passível de investigação congruente aos paradigmas e métodos da ciência moderna.

Acentua-se que duas disciplinas¹³ desempenharam papel preponderante no destino tomado pela loucura no mundo ocidental, a Psiquiatria e a Psicologia - ambas muito mais resultado do que causa deste processo de patologização do mundo psíquico. Na verdade, deve-se logo afirmar que, a despeito destes saberes terem sido os grandes colaboradores da consolidação de uma Psicopatologia do sofrimento psíquico e da sua legitimação como saber pretensamente científico, a grande transformação operada no universo da loucura se deve, primordialmente, a modificações na percepção sócio-histórica e no interior das instituições assistenciais.

Destaque é concedido ao papel desempenhado pelas instituições de confinamento, que podem ser identificadas como o espaço, o *locus* no qual, ao longo dos três últimos séculos, encerra-se e apropria-se do fenômeno da loucura, produzindo dessa forma o processo de patologização e medicalização dos fenômenos de sofrimento psíquico que ainda hoje exerce função majoritária em grande parte do conhecimento e do olhar dirigidos aos ditos problemas mentais.

Na análise foucaultiana sobre a formação das instituições asilares, fica claro que não se tratavam de instituições médicas, mas sim de estruturas assistenciais, de caráter semi-jurídico, com poder máximo sobre o louco e, não apenas sobre ele, mas também sobre todas as pessoas marcadas pelo signo da *desrazão*. A esse fenômeno,

¹¹ As análises realizadas no campo das práticas e dos saberes acerca da loucura por autores consagrados, como Michel Foucault, Robert Castel e Roberto Machado, foram as principais fontes selecionadas devido à relevância e ao mérito das obras. Outros autores de destacada proeminência no debate sobre a Reforma Psiquiátrica também compõem o referencial teórico deste trabalho.

¹² Pitta, A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001. 2ª edição.

¹³ O conceito de *disciplina* científica, na compreensão de Luz (1988:13), refere-se a um tipo específico de *discurso* produzido no âmbito da racionalidade científica – diferente, portanto, do conceito de *disciplina* ligado à concepção foucaultiana de dispositivo disciplinar. Os dois conceitos, entretanto, estão relacionados pois a *disciplina* científica pode acarretar efeitos sociais que, também, poderão ser *disciplinares*.

Foucault (2000:45-78) - retomando uma formulação da época - reserva a designação de a “Grande Internação”. A criação desses estabelecimentos, em toda a Europa, era destinada e ligada em sua origem e em seu sentido primeiro à *moralização do espaço social*.

A loucura, progressivamente, inicia um processo de identificação com a *experiência da morte*, representando simbolicamente a fragmentação do corpo em vida, e mais que isso, significando a *morte social* da pessoa em grave sofrimento psíquico. Produz-se, desse modo, o registro da loucura no imaginário social, vinculado a uma *concepção crítica* – excludente e tutelar. Essa concepção mantém-se ainda presente na cultura institucional de muitos serviços de saúde, que sem conseguir romper com antigas concepções reproduzem e perpetuam essa lógica manicomial.

Vale lembrar que a medicina construiu as bases do seu arcabouço teórico-científico sobre a loucura pautada num saber classificatório ou taxonômico de uma teoria geral da doença. No entanto, esse empreendimento para incorporar o desconhecido e complexo fenômeno da loucura ao corpo do saber médico não se deu sem grandes esforços e conflitos.

Machado (1988:67-68) aponta na racionalidade médica clássica a pretensão de identificar a *loucura* como *patologia*. Entretanto, tal pretensão parece não ter se sustentado na observação dos loucos e de suas expressões sintomáticas, mas no modelo de História Natural da Doença - importado das ciências naturais. O referido modelo caracteriza-se por ser um conhecimento eminentemente classificatório, que encontra no sintoma a verdade e a essência da doença. Todavia, como incorporar tal saber, desprovido de conhecimento empírico sistematizado mas pleno de categorias morais, à medicina clássica reconhecidamente positivista? O resultado foi a sistematização de um conjunto de estruturas muito mais imagísticas do que reais que constituíram o pensamento médico acerca da loucura naquele período.

Há que se pontuar que o deslocamento da experiência da *loucura* como categoria de *desrazão* para categoria de *doença mental* foi primeiramente institucional, antes de ser teórico. O asilo – ‘*a priori*’ da psiquiatria – possibilitou o nascimento da disciplina psiquiátrica no corpo da ciência médica e lhe forneceu os fundamentos sobre os quais foram erigidos suas concepções teóricas, seus modelos de tratamento e, fundamentalmente, seu objeto de investigação, *a doença mental*.

Logo, o asilo torna-se instância de julgamento e correção, e o médico é encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. A *loucura* encerra-se, assim, de modo irrefutável sob a jurisdição da racionalidade médica

científica. Técnicas de controle social e de estratégia médica misturam-se e dão o tom da confusão estabelecida entre a percepção/concepção da loucura e o tratamento/práticas a ela designados.

Em *Doença Mental e Psicologia*, Foucault (1989:81) afirma que a Reforma¹⁴ iniciada por Pinel na França suscita o processo que permitiu à psiquiatria instaurar-se definitivamente como ciência médica positiva, além de conferir nova aparência às instituições da Grande Internação. Nesta etapa, o tratamento do louco “rompe” o aprisionamento físico¹⁵ mas reconstitui o aprisionamento moral. Os fundamentos da Tecnologia Pineliana podem ser sintetizados basicamente em dois princípios importados da Botânica e das Ciências Naturais: o isolamento e a classificação. Pode-se considerar o atual arranjo nosográfico do saber psiquiátrico contemporâneo uma atualização depurada das primeiras categorias criadas neste período, a partir dos princípios alienistas.

A nosografia psiquiátrica funda, então, a legitimação do conhecimento médico acerca das experiências de sofrimento psíquico, porém sem deter uma explicação eloqüente do que significa a *loucura* enquanto experiência da *doença mental*.

A mudança mais marcante, desencadeada pelo esfacelamento da categoria de *desrazão* e sua substituição pelo conceito de *alienação mental*, reside nesta reestruturação interna das instituições asilares que ganharam a significação intrínseca de instâncias de tratamento. Em outras palavras, este movimento traduz-se no aparecimento – equivocado certamente – da hospitalização e do isolamento como tendo *per se* um sentido curativo. Como foi visto, o isolamento era a principal medida terapêutica designada por esta Medicina Mental que se ergueu sobre os muros do asilo psiquiátrico.

Essa reforma da instituição asilar e de seus dispositivos disciplinares ou, melhor dizendo, esse *aggiornamento* - para utilizar o conceito desenvolvido por Castel¹⁶, no sentido de *adornar* com os conhecimentos e os instrumentos do saber médico-psiquiátrico velhas fórmulas de intervir no mundo da loucura - faz ressurgir as

¹⁴ O termo Reforma é utilizado neste trabalho para designar uma ‘reorganização negociada’ do aparato asilar, diferentemente do termo Revolução concebido como corte, ruptura em relação ao modelo assistencial anterior.

¹⁵ De acordo com Foucault (1989:82), no ano de 1793, Pinel liberta “os acorrentados” que ainda se encontravam no Hospital de Bicêtre. O ato de Pinel, documentado como este fato histórico, parece ter rompido com algumas repressões físicas inflingidas aos internos, porém restaurou toda a associação moral existente no campo da loucura, aprisionando o *louco* num sistema de *Tratamentos Morais*.

¹⁶ O autor desenvolve o conceito de *aggiornamento* para referir-se ao processo de ‘atualização’ da psiquiatria e à metamorfose do dispositivo de controle social, que segundo Amarante (2000:41) “vai da política de confinamento dos loucos até à moderna ‘promoção da sanidade mental’”.

mesmas práticas segregadoras e tutelares, porém revestidas de nova significação moral, demarcando o que pode ser designado como a Primeira Reforma do *Aparelho Psiquiátrico*¹⁷.

Para Castel (1978:55), este processo de medicalização da *loucura* não significou simplesmente a apropriação desta pelo *olhar* médico. O mais relevante é que através das instituições médicas a medicalização do sofrimento psíquico delineou um novo lugar jurídico, social e civil para o louco: o de *alienado mental*.

Esse percurso realizado para a inscrição da loucura no saber médico moderno pode ser descrito sucintamente da seguinte maneira, conforme a análise foucaultiana (1989:87), “*na modernidade, através das ciências humanas, aceitando a loucura como alienação, a patologizaram e a elevaram ao status de doença mental.*”

Mais uma vez, é sensato reafirmar que na base de todas estas mudanças perceptivas acerca da loucura, no campo das práticas e dos saberes médico-psiquiátricos, encontra-se o papel absolutamente indispensável representado pela disciplinarização e reorganização das instituições de reclusão. É no seu interior e a partir do seu reordenamento que, paulatinamente, foi produzida uma nova espacialização e verbalização acerca da loucura, quando lhe foi conferida um lugar específico e restrito – o hospital psiquiátrico – bem como uma nomeação medicalizada – *doença mental*.

A seguir apresentam-se as tentativas posteriores de “reformas” da instituição psiquiátrica e de seus recursos terapêuticos, em decorrência das crises sucedidas em seu modelo tradicional de intervenção.

1.3. Entre a Prevenção e a Promoção: a saúde mental na comunidade

Se anteriormente, durante o período da Reforma Pineliana, o hospital era considerado o *locus* de tratamento da *alienação mental*, através do isolamento e do tratamento moral; no período do Pós-Guerra é estabelecido um paradoxo quando se descortina o avesso da Tecnologia Pineliana: o hospital psiquiátrico passa a ser responsabilizado pelo agravamento da doença mental.

Para Birman & Costa (*apud* Amarante, 2000:21), é exatamente no contexto da crise do paradigma psiquiátrico que vão sendo construídas as novas experiências e as novas propostas de intervenção no âmbito da Psiquiatria. Para eles, a psiquiatria clássica entra num processo de falência de seus dispositivos teórico-práticos

¹⁷ Enfatiza-se o termo empregado *Aparelho Psiquiátrico*, fazendo uma menção à concepção desenvolvida por Althusser em seu trabalho “*Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*”, do qual pode-se inferir que as instituições

a partir do momento em que se instaura uma transformação radical no seu objeto e, também, uma ruptura epistemológica do saber psiquiátrico: o foco da intervenção do psiquiatra deixa de ser o tratamento da *doença mental* para constituir-se na promoção da *saúde mental*.

Como consequência desta mudança epistemológica, também, ocorreram transformações no discurso psiquiátrico e nas suas estruturas assistenciais. Birman & Costa (1994:41-45) identificam na história da psiquiatria dois grandes momentos em que o seu arcabouço teórico-assistencial é redimensionado.

Primeiramente, os autores apontam para o desenvolvimento de um processo de crítica à ineficiência da instituição asilar, que conduz ao resgate da ‘função curativa’ do manicômio através da reforma da instituição psiquiátrica. Este período é marcado pelas grandes Reformas Asilares iniciadas com as experiências das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e com o movimento de Psicoterapia Institucional (França) - nas quais a lógica do tratamento baseia-se, respectivamente, no conceito de reeducação social ou *aprendizagem ao vivo* (‘pedagogia social’) e na concepção de que a doença está na instituição e, portanto, é a instituição como *corpo vivo* quem deverá ser ‘tratada’.

Já num segundo momento, ainda segundo Birman & Costa (1994:41-45), o que se observa é a ampliação do dispositivo psiquiátrico para as comunidades, para o espaço público, tendo como meta a prevenção e a promoção da saúde mental. Parece haver uma superação das reformas restritas ao espaço hospitalar, entretanto acompanhada de uma projeção difusa da terapêutica e do saber psiquiátrico para o corpo social – fato este que traz consigo implicações políticas e ideológicas bastante problemáticas no campo da assistência. Representam este movimento de reforma do modelo psiquiátrico, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos E.U.A. e a Psiquiatria de Setor na França.

As mesmas condições que estruturam o surgimento e a consolidação da Psiquiatria Institucional é que tornam propício o projeto da Psiquiatria de Setor e da Psiquiatria Comunitária. Em ambas, a estratégia utilizada visa a promoção da saúde mental entendida como processo de adaptação social¹⁸.

Considera-se necessário ressaltar alguns elementos essenciais – indispensáveis nas análises posteriores acerca da atual estruturação das políticas de atenção em saúde mental – decorrentes do projeto de setorização do hospital e da

psiquiátricas também tomariam parte. [ver Althusser, L., 1970]

¹⁸ De acordo com Birman & Costa (1994:44) A. Meyer é o primeiro formulador do conceito de *enfermidade mental* como desadaptação social, ou seja, como reação a uma situação ambiental conflitiva.

comunidade, implementado a partir da Psiquiatria de Setor. A política de setor representou uma importante contribuição francesa à organização dos serviços na comunidade. Pode-se dizer que a tentativa de integrar o espaço hospitalar e a comunidade favoreceu um pouco o rompimento das estratégias assistenciais baseadas no projeto da Psicoterapia Institucional – centrado no hospital psiquiátrico. Segundo Amarante (1994:35), a partir desta nova política de setorização da assistência, diversos serviços foram concebidos para tratar o paciente psiquiátrico no seu meio social. O *território* surge como elemento nuclear organizador das ações de prevenção, tratamento e ‘pós-cura’ das doenças mentais. Todavia, para Rotelli,

“... a experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria.”

(Rotelli *apud* Amarante, 1994:36)

Desta maneira, também no entendimento de Amarante, a prática da iniciativa francesa não alcançou os resultados desejados por várias razões, ressaltando-se aqui a “... *resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria...*” (Amarante, 1994:35).

Sendo o espaço público o novo *locus* da ação e do saber psiquiátricos, progressivamente, a Psiquiatria ramifica e estende suas técnicas para o corpo comunitário, por meio de uma abordagem prioritariamente preventiva da doença mental. Estão implícitos nesta nova estrutura teórica-assistencial conceitos incorporados da Saúde Pública, destacando-se o conceito de *História Natural da Enfermidade* – de Clark & Leavell – e o *conceito de risco*.

Nesse sentido, a relação estabelecida entre saúde/doença mental expressa sob o signo da adaptação/desadaptação social reinscreve no saber e nas práticas médico-psiquiátricas uma concepção *naturalizada* de normal/anormal no universo do sofrimento psíquico. Parece insurgir, a partir desta ‘nova’ *norma psiquiátrica*, a existência imaginária de um *padrão* esperado e desejado de comportamento, bem como de meios adequados de vivenciar e expressar a saúde ou o sofrimento psíquico. E, é nesse contexto que se desenvolve também o conceito de *crise*, no bojo do modelo proposto pela Psiquiatria Preventiva¹⁹.

Pela ótica desse novo enfoque, a doença mental pode e deve ser prevenida, e a Psiquiatria torna-se o instrumento mais apropriado para evitar que um acúmulo sucessivo de crises conduza à enfermidade (Birman & Costa, 1994:56).

Novamente, na história do saber psiquiátrico antigos conceitos e ideais são retomados, agora expressos na atualização da noção de profilaxia - presente na tecnologia alienista - a partir do ideal

¹⁹ Em relação ao tema, ver Caplan, G., 1980. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

da prevenção e da promoção da saúde mental. Mais do que com a noção de tratar/curar defronta-se com a ideia de “promover” a saúde mental – novo alicerce do saber psiquiátrico – e de prevenir possíveis desequilíbrios nessa saúde, através de intervenções correlatas ao seu nível de constituição. Refere-se ao estabelecimento da assistência psiquiátrica calcada em novos parâmetros que pressupõem, além das ações de prevenção secundária e terciária – parte do antigo sistema curativo –, as ações de prevenção primária. Essas últimas constituem-se num modo de produção da assistência em saúde mental paradoxal e inconsistente em relação à racionalidade psiquiátrica da qual deriva e se coloca a serviço.

Essa concepção de prevenção em saúde mental requer muita reflexão em torno dos efeitos tecno-políticos que pode produzir. Quanto a esse aspecto, Birman & Costa lembram o fato de que “... *todos os espaços sociais tornam-se passíveis de adoecer, e são potencialmente objeto da psiquiatrização da ‘Comunidade’...*” (1994:60), levantando assim questões essenciais relacionadas ao poder atribuído à instância psiquiátrica, ao conhecimento e aos modelos peculiares desenvolvidos por ela para lidar com o sofrimento psíquico.

Em certa medida, pode-se dizer que a reforma preventivista apresenta-se como uma contraposição ao processo de exclusão social dos indivíduos em sofrimento mental. Porém, o modelo asilar acaba sendo retroalimentado pelo circuito inaugurado pela Psiquiatria Preventiva.

Dada essa conjuntura, é tácito pensar que as propostas preventivistas prepararam o caminho para os modelos assistenciais de desinstitucionalização nos E.U.A. – movimento este representado, na verdade, por um conjunto de medidas de desospitalização²⁰.

Em decorrência deste processo, iniciado a partir das experiências da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, surge a tendência de reduzir a permanência e de evitar o ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, propiciando deste modo a instauração de dispositivos alternativos à hospitalização.

Há que se lembrar, entretanto, que as medidas implementadas pelos programas de prevenção não produziram a resposta terapêutica esperada. O resultado mais visível foi um aumento significativo da demanda ambulatorial, através da absorção de uma nova clientela para os tratamentos *psi* e a manutenção do *status quo* no universo hospitalar, visto que essa população atendida nos serviços extra-hospitalares não era composta em sua maioria por egressos asilares, que a princípio seriam os alvos dessas novas ações dirigidas a transferir os internos para os novos serviços.

²⁰ É desejável, desde já, estabelecer uma diferenciação clara entre os conceitos de *desinstitucionalização* e *desospitalização* no âmbito do que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica. Prefere-se marcar tal distinção, a partir de algumas considerações de Rotelli, De Leonardis & Mauri (1990:33) que indicam a desinstitucionalização como processo social complexo, transformador das relações de poder entre pacientes e instituições; ao contrário, da política de desospitalização ocorrida sobretudo nos EUA e em alguns países da Europa, conduzida de forma a racionalizar os recursos, através da redução gradativa do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, sem que isso implicasse uma transformação paradigmática na lógica assistencial. A título de conferir ao termo sua verdadeira dimensão, segue a citação: “...*a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento.*” (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1990:33)

Dadas essas circunstâncias, no contexto das políticas de promoção à saúde²¹ constata-se o aparecimento de uma normatização ou padronização de “*estilos de vida saudáveis*” através da formulação de novas políticas públicas de saúde, no cenário internacional. Se, por um lado isso demarca positivamente a ampliação do conceito de saúde, por outro polemiza a difusão da existência de estilos de viver saudáveis que garantiriam ao sujeito promessas como a da longevidade, da jovialidade, enfim, de uma série de valores da sociedade contemporânea, que se apresentam como desejáveis e alcançáveis, caso se desenvolvam hábitos socialmente reconhecidos e atestados pelo saber médico como benéficos ao bem-estar geral da pessoa (como por exemplo, dietas saudáveis, exercícios regulares, atividades de lazer frequentes, dentre outras sutilezas do “bem viver”).

A mesma expectativa parece consolidar-se em relação à saúde mental das pessoas e das comunidades. Um determinado padrão de atitudes e comportamentos normatizados é esperado. A noção de risco e de crise compõem os fundamentos teórico-assistenciais das ações em saúde mental desenvolvidas na atenção básica – território privilegiado das ações de promoção e prevenção em saúde pública.

De um certo modo, essas considerações sinalizam também um determinado controle exercido pela *sociedade contemporânea*, que pode ser designado como *controle informacional* mas que remete paralelamente para um outro tipo de controle há muito conhecido – há que se lembrar que a Medicina Social o desempenhou com muita propriedade –, o controle sobre os corpos dos indivíduos e da coletividade enquanto corpo social.

Problematizando ainda mais essa questão, faz-se apenas uma breve referência à Deleuze (1992/2000:220), no sentido em que este utiliza o termo “*sociedades de controle*” - já mencionado anteriormente -, para ressaltar possíveis efeitos micropolíticos deste processo de refinamento do ideal preventivista. Ao reportar essa dimensão do modelo assistencial da Psiquiatria Comunitária são pertinentes as considerações de Passos & Benevides (2001:94) quando colocam em discussão os conceitos foucaultianos de biopoder e biopolítica, que giram em torno do eixo poder-vida:

“...se, na sociedade disciplinar,(...), o exercício do poder se fazia sobre corpos individuados submetidos a moldagens ortopédicas ou corretivas, contemporaneamente as relações de poder incidem sobre o próprio processo da vida. O biopoder se caracteriza por uma nova aposta das políticas e das estratégias econômicas na vida e, sobretudo, no viver. O que precisamos entender é essa relação de imanência do biopoder, que exige um reequacionamento das formas de luta e de intervenções clínico-políticas, quaisquer que sejam elas.”

(Passos & Benevides, 2001:94, grifos meus)

As repercussões dos modos-de-vida ou estilos de vida saudáveis na esfera da produção do saber e das práticas psiquiátricas ganham consistência com a predominância/pregnância da Psiquiatria

²¹ A Conferência de Alma Ata, realizada no ano de 1978, selou as ações de promoção à saúde no âmbito da atenção primária como a estratégia central em saúde pública destinada ao enfrentamento dos problemas de saúde dos países subdesenvolvidos. De acordo com Buss (2002:50), promover a saúde é algo distinto de prevenir os agravos ou de tratá-los. De acordo com a Carta de Otawa (1986), a promoção da saúde pode ser definida como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.*”

Biológica²² na área da assistência à saúde. A Psiquiatria Biológica ramifica-se e desenvolve-se a partir das concepções mais tradicionais da racionalidade científica moderna, baseando-se nas “velhas soluções” doença-cura e na sua lógica dicotômica normal/anormal, atualizada e ampliada no conceito de desvio como transtorno.

Quanto à influência da racionalidade médica moderna na esfera dos modelos de assistência à saúde, Mattos (2001:49) afirma reconhecer uma distinção fundamental na experiência do sujeito que recebe cuidados preventivos e curativos em saúde. Para os fins deste estudo, o foco recai nas atividades preventivas da rede básica de saúde, que não são derivadas diretamente da experiência individual de sofrimento e são profundamente distintas das experiências assistenciais curativas, essas diretamente demandadas pelo usuário.

Exatamente por não serem solicitadas por quem busca por cuidados, as práticas de diagnóstico ou de intervenção precoce devem ser exercidas com muita cautela. Pode-se, inclusive dizer que tais ações tipificam o *processo de medicalização*, uma vez que através desse movimento o saber médico recomenda hábitos, dita comportamentos desejáveis e, sutilmente, estende seus poderes à vida privada das pessoas.

Como exemplificação extrema do referido processo, Sibila tece as seguintes considerações:

“Os exames genéticos pré-sintomáticos estão sendo usados na avaliação subjetiva, como uma previsão fiável – com toda a garantia e a legitimidade do saber científico – das potencialidades e dos riscos que as pessoas podem apresentar no futuro. Configurando genótipos de suscetibilidade, tais testes constituem um poderoso instrumento de controle em termos de biopoder, cujo uso estende-se cada vez mais...”

(Sibila, 2002:193, grifos meus)

A concretude e a legitimidade do saber da Psiquiatria Biológica é melhor visualizada através dos Manuais de Diagnóstico produzidos pelas comunidades científicas internacionais – como é o caso do CID-10 e do DSM-IV, este último elaborado pela Associação de Psiquiatria Americana/APA. O modelo de classificação do “adoecimento psíquico” presente nestes manuais não rompe com os paradigmas da Psiquiatria tradicional, apenas opera uma *modulação* dos mesmos ao fragmentar, ou melhor, decompor em segmentos cada vez menores as grandes categorias molares da Psiquiatria Clássica. O que ocorre, nesse processo é um *refinamento*, um *aprimoramento das categorias diagnósticas*

²² Leal (1999:04) pontua uma diferenciação da “psiquiatria biológica” do final do século XX e da “psiquiatria clássica”, não considerando que a primeira possa ser uma variação da segunda. Para ela, “[a] psiquiatria biológica, ao contrário da psiquiatria clássica, não toma como objeto de seu conhecimento, em nenhum momento, a questão da subjetividade. Sequer apresenta qualquer disponibilidade ou preocupação em compreender a loucura para além de sua dimensão estritamente orgânica.(...) As qualidades morais dos indivíduos não são tematizadas pela psiquiatria biológica. (...) O substrato orgânico deixa de ser uma via para a transcendência do sujeito, ele é um fim em si mesmo, uma mera descrição das alterações passíveis de ocorrerem no corpo daquele considerado louco.”

existentes, possibilitando a captura e o enquadramento do sofrimento em qualquer um daqueles diagnósticos. Tudo torna-se passível de ser classificado como *distúrbio, transtorno* nesta “*nova nosologia psiquiátrica*”, que em síntese pode ser denominada de uma *nosologia dos estilos de vida*.

Não se pode deixar de dizer e evidenciar que essa problematização reflete também um processo ainda mais sutil do que o da *psiquiatrização* da vida – no qual o controle se dá fundamentalmente pelo fármaco -, mas trata-se sobretudo de uma *psicologização* dos problemas sociais e cotidianos que passa a justificar intervenções/controles os mais variados no que se poderia chamar de “drama íntimo” do sujeito. Essas intervenções podem até mesmo se efetivar através do próprio sujeito num dispositivo de “auto-controle”, impulsionado, por exemplo por manuais de “auto-ajuda” disseminados, principalmente, por algumas abordagens da Psicologia do Ego norte-americana. A análise deste processo, produzida por Aguiar (2002:142), explicita muito bem os efeitos da psiquiatrização da vida na sociedade contemporânea:

“...o discurso da Psiquiatria Biológica vem sendo fortemente veiculado nos meios de comunicação, atingindo todo o tecido social numa produção massificada de subjetividades. Cada vez mais, as pessoas incorporam o vocabulário neurocientífico ao modo como experimentam a vida, traduzindo seus próprios sentimentos, suas motivações, seus desejos, seu caráter, seus corpos e pensamentos em termos como “baixa da serotonina”, “recaída da depressão”, “alteração da dose do antidepressivo”, etc. Trata-se da veiculação midiática de um discurso que produz subjetividades ‘medicalizadas’.”

(Aguiar, 2002:142)

No contexto da emergência da indústria psicofarmacologia e em meio a vastas transformações políticas e culturais, surge na década de 60²³, o movimento da antipsiquiatria na Inglaterra, distinguindo-se dos demais por ser a primeira tentativa de romper com o paradigma psiquiátrico instituído e com todas as formas de subordinação e exclusão derivadas do saber e das práticas médico-psiquiátricas no campo da loucura. Apesar de procurar dirigir um novo *olhar* à experiência de sofrimento psíquico – conferindo-lhe uma significação relacional e não médica - e iniciar um processo de desconstrução dos conceitos e terapêuticas designadas pela psiquiatria clássica, a antipsiquiatria acaba por contribuir com a experiência que realmente constituir-se-á numa verdadeira *ruptura* do modelo psiquiátrico (tradicional e reformado) e da cultura manicomial. Refere-se à experiência da Psiquiatria Italiana, iniciada em Gorizia, durante os anos 60, que irá inaugurar o surgimento de uma nova percepção e uma nova prática comprometida com a invenção de novos fazeres no campo da atenção psicossocial.

A reforma psiquiátrica italiana, desencadeada por Franco Basaglia, em decorrência de seu trabalho no manicômio de Gorizia, caracterizou-se inicialmente por ser um movimento de humanização e transformação do hospital psiquiátrico. Em seguida, essa experiência assume uma outra dimensão e consolida-se como desconstrução das forças e dos dispositivos institucionais do manicômio, outorgados e representados pelas noções de tutela, exclusão e periculosidade, criadas e assimiladas pelo tecido social.

Como afirma Basaglia (*apud* Desviat, 1999:43), esta movimentação inicial constituiu uma estratégia de mudança “*da comunidade terapêutica, etapa provisória que deve ser negada, de*

²³ Neste trabalho, todas as décadas citadas referem-se ao século XX.

maneira a que a ação possa ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionam os mecanismos originários de marginalização do doente mental.”

Assim, ocorre o processo de superação da simples humanização do espaço hospitalar, impulsionando a experiência de Gorizia, depois estendida a Trieste, para um lugar de negação da realidade psiquiátrica. Um ‘não’ contundente é decretado ao manicômio, aliado à toda uma crítica às instituições de violência e marginalização. As *instituições totais* – na significação utilizada por Goffmann (1961/2001)²⁴ – são questionadas em seus paradigmas, tornando o movimento uma experiência também de caráter político.

O grande marco da transformação do modelo assistencial italiano é a chegada de Basaglia a Trieste. Para Dell’Acqua (1992:44), esse é o momento em que se materializa a desmontagem do aparelho manicomial e se reinventa novos lugares e formas de lidar com o sofrimento psíquico:

“A experiência de Trieste levou à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de um ‘circuito’ de atendimento que, ao mesmo tempo que oferecia e produzia cuidados, oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica.”

(Dell’Acqua, *apud* Rotelli, 1992:44)

Parece importante indicar que o cerne de toda essa discussão iniciada na Itália não pretendeu desqualificar a necessidade de uma proposta terapêutica para aqueles que dela precisassem; a “instituição negada” não significa a suspensão da construção de novas estratégias de ação no trato com o fenômeno da loucura e sim indica outros campos possíveis de intervenção no espaço social:

“A originalidade do modelo triestino talvez esteja exatamente no fato de ter percorrido, além das cooptações ideológicas (...), a evidência dos comportamentos e a responsabilidade das decisões naquele espaço impreciso que está entre o abstrato reconhecimento dos direitos do ‘doente’ e a possibilidade efetiva ao seu poder de vida na cidade.”

(Basaglia & Gallio, 1991:47)

O discurso antiinstitucional basagliano que tem por fio condutor o processo de desinstitucionalização - enquanto desconstrução do paradigma psiquiátrico “doença-cura” - não se propõe a negar a “doença mental” enquanto “existência-sofrimento”, mas sim apontar para a negação “...de definições abstratas de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas...” (Basaglia *apud* Amarante, 1996:78). Enfim, *posta em questão* está a *objetivação* do sujeito em seu sofrimento.

A expressão “colocar entre parênteses”²⁵ a doença mental, na verdade, convoca a inverter a operação realizada pelo saber psiquiátrico, em sua tradição mais nefasta, de criar as condições

²⁴ Para maiores informações acerca desse conceito, reportar-se ao trabalho do autor: *Manicômios, Prisões e Conventos*, Editora Perspectiva, 1961/2001.

²⁵ Essa noção “colocar entre parênteses”, ou para usar o termo husserliano “*epochè*”, deriva de alguns pressupostos da Filosofia Fenomenológica. Tal expressão difundiu-se no campo da Reforma Psiquiátrica a partir da experiência basagliana e de suas produções teóricas.

que designaram ao fenômeno do sofrimento psíquico o *status* de doença mental. Para Amarante (1996:78) este processo:

“...diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não só da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica -, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença. A época da doença mental surge da necessidade, precedente a qualquer classificação, de poder voltar as vistas para o doente.”

(Amarante, 1996:78)

A Psiquiatria Democrática Italiana, partindo da experiência das Comunidades Terapêuticas, manteve alguns pontos em comum com esse modelo e com a Psiquiatria de Setor francesa, dos quais se evidencia, pelos propósitos deste trabalho, o princípio de democratização das relações e a idéia de territorialidade.

Essa reconquista do espaço da cidade como espaço privilegiado de pactuação social é o desafio que emerge da convocação do movimento de Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que não é apenas no contexto dos “novos serviços” de atenção psicossocial que esse resgate irá se dar. Esses espaços devem ser compreendidos como estratégias agenciadoras de novos vínculos ou de novas significações na *rede de contratualidade* do sujeito em seu existir.

Compreende-se que os espaços de produção da saúde existentes na atenção básica do sistema público de saúde estão inseridos de modo privilegiado nas comunidades. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Apropriar-se desta estratégia de saúde comunitária pode possibilitar a criação de novos modos de cuidar das pessoas com problemas psiquiátricos e engendrar espaços singulares de cuidado em saúde mental consoantes com princípios caros à Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileira, como as noções de integralidade na atenção, territorialidade e participação popular com controle social.

Ultrapassar o espaço das instituições de saúde, propiciado pelas estratégias de ação comunitária, não significa dizer que se pode prescindir do serviço – enquanto estrutura tecno-assistencial - mas que essas estruturas assistenciais podem configurar-se como pontos de referência da co-produção do cuidado. A operacionalização do cuidado em saúde mental nos dispositivos da atenção primária encontra seu *locus* de ação, fundamentalmente, no território.

As implicações advindas destas colocações remetem diretamente ao sujeito – co-produtor das relações de cuidado. Este sujeito não é apenas sujeito de sua doença, ainda que a necessidade de uma atenção terapêutica, seja ela o quão intensa for, apareça como núcleo central da relação de cuidado. Cabe lembrar que o sofrimento psíquico grave geralmente compromete de modo considerável a existência dos sujeitos, porém as pessoas que vivenciam esta experiência não são apenas adoecimento; as suas existências englobam outras dimensões do humano que devem também ser contempladas nos projetos de produção da saúde. Sendo assim, qual o cenário mais próprio de habitação desses projetos, senão o cenário da cidade? E, esta é a convocação que se sustenta nas práticas desenvolvidas na esfera das novas modalidades de cuidado em saúde mental: um movimento de “retorno” às cidades, ou em outras palavras, aos territórios existenciais que são produzidos na dimensão do *socius*.

A emergência desse novo paradigma - designado por Costa-Rosa (2000:141-168) como Modo Psicossocial²⁶ - pressupõe uma vinculação distinta entre os atores envolvidos, organizada primordialmente, em torno da noção de *cuidado*²⁷. Nesta pesquisa, defende-se a idéia de que a configuração das relações travadas entre usuários e profissionais de saúde na atenção básica é alvo potencial desta nova contratualidade entre os envolvidos no processo de co-produção da saúde e do cuidado em saúde mental.

Logo, o cenário atual aponta para uma constante ruptura com os antigos paradigmas que, embora contestados, ainda permeiam muitas ações no campo da atenção à saúde mental, sinalizando para a urgência da *desconstrução* cotidiana de velhas práticas e da *invenção* incessante de novos espaços de atenção e modos de cuidar das pessoas em grave sofrimento psíquico.

Após revisitar algumas das principais produções teóricas que tratam da historicização, e mais, da decomposição de alguns vetores determinantes para a composição do campo psiquiátrico, enquanto uma prática e um saber instituído acerca do sofrimento psíquico e da diversidade de sua experiencição, e também, tendo pontuado os principais movimentos que buscaram operar uma desestabilização neste campo, rompendo com os paradigmas clássicos desta Psiquiatria e delineando outras modalidades de cuidado, iremos a seguir tratar do que existe de *entre*, de construções possíveis a partir de um diálogo da saúde pública com a saúde mental, em especial no território das ações que vem se desenvolvendo através das políticas da atenção básica em saúde no Brasil.

O capítulo seguinte será desenvolvido procurando sistematizar algumas considerações que sejam pertinentes e, ao mesmo tempo, que se constituam em indagações provocadoras de uma reflexão sobre como pode ser construída esta relação da atenção à pessoa em sofrimento psíquico e as estratégias da rede básica de saúde.

²⁶ As premissas do Modo Psicossocial serão brevemente discutidas no Capítulo II. Para maior detalhamento a respeito ver trabalho do autor “O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar”. In: *Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade* (P. Amarante, org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

²⁷ A noção de cuidado na esfera da atenção à saúde será tema de discussão do Capítulo II.

CAPÍTULO II:
SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL:
ATRAVESSAMENTOS EM ANÁLISE

II. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL: ATRAVESSAMENTOS EM ANÁLISE

“As mentalidades coletivas mudam e mudarão amanhã cada vez mais rápido. É preciso que a qualidade da produção dessa nova subjetividade se torne a finalidade primeira das atividades humanas e, por essa razão, ela exige que tecnologias apropriadas sejam postas a seu serviço. Um tal recentramento não é apenas tarefa de especialistas mas requer uma mobilização de todos os componentes da ‘cidade subjetiva’.”

Félix Guattari

Tendo afirmado que este trabalho pressupõe que a saúde pública e a saúde mental coabitam um mesmo plano de intervenção tecno-política nos processos de subjetivação do sujeito em sofrimento que se apresenta ao sistema público de saúde em busca de cuidados, cabe ao menos pontuar algumas questões quanto a compreensão desse sujeito no espaço coletivo e, principalmente, quanto ao seu *status* de ator na co-produção destas ações de saúde no cenário da atenção básica.

Há que se considerar como um dos elementos nucleares desta análise as características específicas do trabalho em saúde desenvolvido na rede básica. Quanto a isso, Starfield (2002:21), ao recolocar o desafio das ações de saúde na atenção primária esclarece que:

“a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento.”

(Starfield, 2002:21)

Dadas essas circunstâncias, os profissionais de saúde da atenção primária são permanentemente convocados na prática cotidiana a buscar uma integralidade nas ações dirigidas aos usuários, haja vista a diversidade de problemas e situações de saúde que atingem os indivíduos e que chegam aos serviços como necessidades de saúde. Portanto, trabalhar com uma perspectiva ampliada do processo de saúde é condição imprescindível no planejamento e na execução das ações no campo sanitário, desenvolvidas por gestores e profissionais da atenção primária. Sinaliza-se que nesta gama de demandas de saúde que chegam às unidades da atenção básica apresentam-se também, e com igual importância, problemas que concernem à saúde mental dos sujeitos. Esta afirmativa imprime uma determinada dinâmica à discussão aqui proposta, pois recai na problemática de como atender, como acolher e como cuidar destas necessidades de saúde num espaço em que impera a racionalidade médica tradicional, tão alheia às subjetividades e seus devires.

Atualmente, no Brasil, não há como falar de atenção básica em saúde sem reportar-se à importante dimensão que assumiu a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹ neste contexto. Segundo Souza *et alli* (2002:20), a ESF “...está [inserida] em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)...”.

A ESF enquanto formulação de uma nova política pública de atenção comunitária, procura neste momento posicionar-se muito mais como estratégia organizadora dos sistemas municipais de saúde do que como um programa verticalizado de ações a serem cumpridas. Isso amplia em muito as possibilidades de inclusão de outras ações não restritas à composição da equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde (MS). Neste cenário de transformações estruturais da atenção básica em saúde a ESF apresenta-se com objetivo de:

“substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolatividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.”

(MS, 2002:16)

Para autores como Souza *et alli* (2002:20-21), a Estratégia Saúde da Família expressa um movimento de ruptura com um tradicional padrão de assistência à saúde e traz à cena um novo paradigma baseado em princípios que tomam a saúde como produto social. E eis alguns destes eixos de reorientação das práticas possibilitados pela ESF:

“...organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; o vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica.”

(Souza *et alli*, 2002:20-21)

Porém, de acordo com uma avaliação atual da implementação do ESF em dez centros urbanos, realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, algumas dificuldades têm sido encontradas na implementação do Programa nos grandes centros, em oposição à sua implementação bem sucedida em municípios de pequeno porte. No referido estudo foram identificados três grupos de problemas referentes a este processo:

¹ Situa-se em meados da década de 90 essa importante transformação da organização das ações e serviços de saúde na Atenção Básica do SUS. A Atenção Básica tornou-se alvo de novas políticas de saúde, ganhando lugar de destaque na rede pública de saúde. Este novo rearranjo em que os cuidados primários em saúde assumem a porta-de-entrada do sistema é incentivada pela criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos aos municípios em base *per capita*. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) surgem neste contexto de mudanças político-assistenciais e compõem as principais estratégias elegidas para reestruturação da rede primária em saúde, no Brasil. Optou-se neste trabalho por referir-se ao PSF como Estratégia Saúde da Família, fazendo uso da atual designação que lhe é conferida.

“...os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde (...); aspectos afetos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e, o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.”

(MS, 2002:17, grifos meus)

Essas dificuldades encontradas na implementação da ESF nas metrópoles brasileiras aparecem como obstáculos a serem superados e não devem ser consideradas empecilhos para a consolidação da Saúde da Família enquanto estratégia de atenção à saúde das comunidades.

Algumas das dificuldades apontadas no estudo do MS incidem nas propostas e experiências de inclusão da saúde mental na ESF, posto que a ruptura com o modelo tradicional de cuidados em saúde é algo efetivamente construído no campo da reforma psiquiátrica. Contudo experiências inovadoras e bem sucedidas têm apontado caminhos para uma conversa mais amistosa entre saúde mental e atenção básica. Alguns autores como Sampaio & Barroso (2001:209), ao analisarem a experiência de aproximação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes de Saúde da Família no município de Quixadá (CE), consideram que:

“Quanto mais o PSF estabelecer-se e capilarizar-se no município, mais deve integrar-se à rede de relações que se construa em torno da atenção à saúde mental. A construção que acontece é a de uma rede de relações sociais em busca de uma nova atitude diante dos problemas referentes ao processo saúde mental/sofrimento psíquico/doença mental. Não apenas uma rede sanitária, articulada para prevenir agravos individuais, concebidos como naturais e produtos de uma história natural, mas articulada à cidade e ao cidadão, centro ativo de políticas e percepções críticas sobre a cultura.”

(Sampaio & Barroso, 2001:209)

Assim, a problematização da incursão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família emerge como necessária quando as práticas de atenção e de cuidado focalizam o usuário da atenção básica nesta nova possibilidade de co-produção da saúde que surgem destas experiências². Em consonância com o pensamento de Alves (2001:173), acredita-se que as reflexões acerca da viabilidade de conjugar-se estratégias de cuidado em saúde mental com ações de saúde desempenhadas pela equipe de Saúde da Família indicam que:

“...haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar “integral” do problema, do contrário não faria sentido ser local, territorial e portanto, comunitário.”

² A fim de conhecer outras experiências de inclusão de ações de saúde mental no âmbito das ações desenvolvidas pela ESF, sugere-se a leitura: Lancetti, A. *et alli*, 2001. *Saúde Loucura/Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec.

(Alves, 2001:173, grifos meus)

Desse modo, para que a ESF possa desenvolver-se de modo consistente e caracterizar-se como verdadeiro operador da inversão do modelo assistencial na atenção básica, através da prática dos trabalhadores em saúde que compõem as equipes, a lógica de trabalho precisa conduzir as ações de modo a constituir este espaço não apenas como a porta-de-entrada do circuito assistencial, mas deve incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que contemple além da prevenção e do tratamento dos agravos, a implicação do *socius* no processo de saúde e de adoecimento dos sujeitos.

Após tantas considerações não seria indicado negligenciar as diferenças e as especificidades da saúde pública e da saúde mental, enquanto campos de saberes e de ações que incidem diretamente sobre uma rede de significações sociológicas, na qual está imerso o sujeito da saúde. Uma das diferenças entre esses dois campos é terem percorrido trajetórias distintas enquanto movimentos político-sociais reformadores. Como analisado por Amarante (1996:21-22), os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica estiveram mais sincrônicos em seus projetos de origem. Segundo o autor, gradativamente, a reforma sanitária:

“vai-se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas, das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das conseqüências imediatamente derivadas da natureza desse modelo, tais como a ‘escuta’ e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/mal-estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, (...). Em suma, a questão entre os movimentos pelas reformas psiquiátrica e sanitária está na relação com a qual um e outro mantém com o saber constituinte de seus campos específicos.”

(Amarante, 1996:22)

Apesar das suas dissemelhanças, o que se deseja ressaltar e procurar identificar, neste momento, são as possíveis interfaces dessas áreas: no que elas convergem e quais seus pontos de intersecção. Este é um movimento necessário à discussão proposta em que pesam as aproximações existentes nos cuidados em saúde mental e em atenção básica.

O primeiro aspecto dessa interface parece localizar-se exatamente na busca pela *amplitude da concepção de saúde* da qual se deseja partir e que se considera englobar a complexidade desse fenômeno sempre dinâmico. Se o aspecto central deste trabalho envolve uma reflexão sobre a produção de ações voltadas para o acolhimento e o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, no âmbito dos cuidados primários em saúde, um resgate da saúde enquanto conceito e enquanto construção cotidiana de um fazer é crucial. Uma das conceituações que parece atender ao requisito colocado acima entende que a produção da saúde se dá:

“a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar

com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.”

(WHO *apud* Starfield, 2002:21, grifos meus)

Com esta colocação, que reafirma um posicionamento favorável à complexificação da compreensão do processo de saúde, pode-se buscar situar a importância da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Se a saúde pode ser concebida “como um recurso para a vida diária”, como não se propor a discutir estratégias de abordagem dos sujeitos em sofrimento psíquico no conjunto de ações organizado pelas políticas de saúde da atenção básica estruturadas em torno da ESF?

Tanto as políticas de saúde pública quanto as de saúde mental estiveram, ao longo de algumas décadas, em parte comprometidas com o desenvolvimento de ações preventivas e reformadoras, de modo especial, nos cuidados primários em saúde. Acredita-se que este movimento exprime, em parte, a tentativa de ampliar o escopo das intervenções através de ações de promoção e prevenção em saúde. A superação de um modelo biomédico e psiquiátrico, restrito às intervenções curativas e de reabilitação, de caráter medicalizante e hospitalar, parece que têm sido o objetivo de algumas políticas públicas do setor saúde que visam à redução de internações hospitalares, a redução do tempo de permanência no hospital e, de modo mais incisivo na saúde mental, o redirecionamento dos recursos das internações hospitalares para outros dispositivos de atenção diária³.

Dito de outra forma, parece que este conceito positivo de saúde exprime também uma busca contemporânea destes dois campos de saber para trazer ao planejamento das ações de saúde a *co-responsabilidade* por outras dimensões do adoecer e do sofrimento humano, postas em jogo quando se coloca a produzir saúde. E, esta co-responsabilidade é, há algum tempo, foco das preocupações do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, expresso, por exemplo, no reconhecimento da necessidade de implementação de ações intersetoriais, que atendam a outras necessidades do sujeito, e não somente àquelas reconhecidas como pertencendo ao campo da saúde.

Outro ponto de intersecção entre saúde mental e atenção básica diz respeito ao *caráter formador das ações* desempenhadas pelos trabalhadores em saúde – e ao referir-se aos trabalhadores em saúde, inclui-se nesta categoria também os trabalhadores em saúde mental. Teixeira (2001:50), ao considerar a implicação dos “trabalhadores sociais”⁴ na formação do sujeito da saúde coletiva, explicita bem essa

questão ao nos lembrar da tarefa *trans-formadora* da saúde coletiva, a qual subjaz a ideia de *formação* presente nas ações co-produzidas por profissionais e usuários dos serviços de saúde pública. Para os objetivos desse trabalho, a noção central que se quer sublinhar é a de que a *produção da saúde*, realizada através do vetor das *técnicas*, é invariavelmente atravessada pela *produção de subjetividade*. Uma análise que toma como foco os modos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, no contexto dos cuidados

³ Esta colocação pode ser exemplificada pela normatização estabelecida pela portaria nº106, de 11/02/00, do Ministério da Saúde, através da qual são definidos os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental e fica regulamentado que “...a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.” (Ministério da Saúde, 2000).

⁴ O autor toma emprestado essa “infra-definição” de Guattari & Rolnik (1986) para referir-se de modo particular àqueles que trabalham no campo da saúde coletiva.

primários em saúde, é visivelmente interpelada pelo vetor da técnica, enquanto um determinado modo de conceber e realizar o cuidado em saúde mental e, simultaneamente, está comprometida com o processo de produção da saúde e da subjetividade desses sujeitos.

Assim, chega-se a um outro determinante dessa interface: a *noção de subjetividade*. Conforme sugerido, no início do capítulo, concebe-se que o sujeito da saúde coletiva possui um *status* de ator na co-produção da sua saúde e na saúde da coletividade. Na verdade, acredita-se poder dizer que as técnicas, os recursos terapêuticos e os modelos assistenciais elegidos para a ação incidem diretamente sobre as subjetividades, sobre os modos de estar e de sentir o mundo - num sentido heideggeriano - daqueles que buscam cuidados nos serviços de saúde pública. Para esclarecer melhor o posicionamento adotado neste trabalho recorre-se à uma afirmativa de Ayres (2001:66) ao discorrer sobre uma metáfora kantiana:

“não existe o sujeito individual, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um ‘sonho’ de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente ‘o outro de cada um’.”

(Ayres, 2001:66)

Neste sentido, se a produção da subjetividade é processada a cada *encontro* do usuário com o profissional de saúde, se somos *“sempre e imediatamente ‘o outro de cada um’”*, talvez fosse mais apropriado falar de *intersubjetividade* para explicitar este espaço de produção presente nas relações entre os atores sociais, que antes de tudo constitui-se num espaço de encontro. Mais adiante, será desenvolvida a idéia de que a noção de *acolhimento* pode ser instrumentalizada como um operador dinâmico deste encontro. Neste momento preliminar, alerta-se para o fato de que o acolhimento não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento na atenção básica, mas sobretudo caracteriza-se por ser uma estratégia que utiliza os elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na co-produção da saúde.

Logo, convocar o usuário da unidade de saúde para assumir esta posição de ator requer um duplo movimento dos profissionais de saúde em sua prática cotidiana: deslocar a carga de onipotência profissional e de supremacia da técnica - implícita até nas ações de saúde mais primárias - para reinvesti-la nos processos relacionais, dialógicos que visem a um compartilhamento das responsabilidades entre usuários e trabalhadores em saúde.

Ao colocar esta questão do protagonismo no campo da saúde mental, Torre & Amarante (2001:84) atentam que *“a construção política do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político”*. Esta passagem da condição de usuário-objeto para usuário-ator depende da superação da dicotomia sujeito/objeto - marca do pensamento cartesiano. O conceito, proposto por Teixeira (2001:55), de *agenciamentos tecnosemiológicos* - que contrapõe-se ao de “objeto” - parece garantir maior dinamismo a esta rede indissociável de interfaces existente na co-produção das mensagens, informações, valores e significações presentes no trabalho em saúde coletiva.

Outro ponto intercambiável a ser analisado é o que se refere aos *compromissos ético-políticos* contemporâneos da saúde pública e da saúde mental,

enquanto campos de saber-poder. As formações discursivas produzidas por estes campos são permanentemente confrontadas com impasses tecno-políticos, uma vez que o discurso sanitário e o discurso psiquiátrico são dotados de grande poder coercitivo, residindo aí sua potência discursiva. Conquanto, é verdadeiro também que, principalmente a partir do movimento de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica brasileira, têm-se buscado refletir acerca da extensão e do alcance das práticas sanitárias e as implicações sócio-políticas advindas das políticas setoriais e dos recursos técnicos utilizados na execução das ações de saúde pública.

Sendo assim, o compromisso com o usuário, o cuidado no planejamento e na condução das ações de saúde exige uma constante observância da ética no seu fazer cotidiano. A consideração já realizada de que produzir saúde é produzir subjetividade aumenta esse compromisso ético e remete ao risco da produção de “*cidadanias hierarquizadas*”, também no campo da saúde coletiva. Este conceito é muito bem explicitado por Barros & Josephson (2001:59) ao analisarem alguns trabalhos que tratam dos modos de produção nas grandes cidades contemporâneas, modos estes que fazem surgir espaços de “*hierarquização social*”:

“...[existem] dispositivos e estratégias de disciplina e controle que têm presidido a organização e a reformulação dos espaços urbanos e têm redundado na produção de cidadanias hierarquizadas, com a segregação e marginalização de grandes camadas da população em áreas onde a oferta de serviços e tecnologias é subdesenvolvida em todos os aspectos – as favelas, os bairros de periferia e as invasões de grandes terrenos desabitados.”

(Barros & Josephson, 2001:59, grifos meus)

Avaliar em que medida a reorientação dos modelos assistenciais em saúde vem reproduzindo esta mesma lógica de estratificação da atenção e do cuidado ao usuário do sistema público de saúde e contribuindo para a manutenção da hierarquização social dos sujeitos compõe uma pauta de discussões atuais, as quais devem ser inseridas nos debates encaminhados pelos movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil.

2.1. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: o *Acolhimento* como *práxis* subjetivante

Nesta seção procura-se localizar a noção de *acolhimento* como um eixo norteador das ações em saúde mental realizadas na atenção básica, entendendo o *acolhimento* como um modo de cuidado.

A noção de cuidado, personalizada na figura do cuidador, tem sido debatida, há algum tempo, por diversos autores (Rotelli, 1990; Dell'Acqua & Mezzina, 1991; Leal, 1999; Figueiredo, 1999; Merhy, 2002), em decorrência dos novos paradigmas que demarcam o Modo Psicossocial⁵.

Para os fins desta pesquisa a noção de *acolhimento* é tomada com uma *práxis* “*intercessora*”⁶ nos processos relacionais travados entre profissional de saúde e usuário e como um atributo das práticas clínicas em saúde, realizadas por qualquer membro da equipe.

Dessa forma, a pretensão da discussão aqui proposta é situar o lugar do *acolhimento* enquanto uma atitude cuidadora ou postura capaz de redimensionar a *práxis* cotidiana nas unidades básicas de saúde e nas equipes de Saúde da Família quando da abordagem e do cuidado às pessoas em grave sofrimento psíquico. Este movimento de acolher não se restringe aos espaços de recepção nas unidades de saúde, mas se estende e se operacionaliza nos muitos espaços de encontro entre profissionais e usuários. No dizer de Ayres (2001:71), este cuidado é atravessado pelo vetor da intervenção técnica em saúde, mas seu alcance ultrapassa este limite:

“...cuidar, no sentido de um ‘tratar que seja’, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva.”

(Ayres, 2001:71)

É importante pontuar que alguns dos conceitos trabalhados atualmente na esfera da assistência médico-sanitária dentro de concepções que pretendem romper com modelos assistenciais hegemônicos – tradicionalmente verticalizados e fragmentários –

⁵ Costa-Rosa (2001:14) afirma que o Modo Psicossocial pode ser conceituado segundo quatro parâmetros: 1) *Em relação ao objeto e aos meios de trabalho*, preceitua a implicação subjetiva do usuário e a horizontalização das relações interprofissionais e para com a população da área; 2) *Em relação às formas de organização intrainstitucionais*, preconiza reorientação no sentido de uma distribuição horizontal e distinção das esferas de poder; 3) *No que se refere à situação espaço-geográfica, imaginária e simbólica da instituição*, indica a tomada do território como referência e a integralidade das ações nele realizadas; 4) *Quanto à ética dos efeitos das ações em saúde mental*, pontua a superação da ética da adaptação para uma ética pautada na meta da produção de subjetividade singularizada.

⁶ A palavra *intercessora* é utilizada neste trabalho na mesma acepção que lhe é conferida por Gilles Deleuze, ao desenvolver o conceito de “*intercessor*” (2000:151-168). Para aprofundamento no tema, ver trabalho do autor: *Os Intercessos*. In: *Conversações*. (Tradução de Peter Pál Pelbart). Rio de Janeiro: Editora 34, 1992/2000. 3ª ed. pp.151-168. Passos & Barros (2000:77) desenvolvem uma boa compreensão deste conceito quando o concebem como um “*conceito-ferramenta*”, cheio de força crítica, capaz de gerar crise, desestabilizando lugares e concepções cristalizadas.

já vêm sendo construídos no cerne das discussões acerca dos novos modos de cuidado na atenção em saúde mental. Portanto, tais conceituações não trazem em si um caráter inovador, a não ser pelo viés de sua incorporação na lógica da reorganização das ações e dos cuidados primários em saúde.

Na verdade, a utilização de conceitos operacionais como o acolhimento visa produzir novos sentidos nas negociações estabelecidas entre a população que chega à unidade de saúde demandando algum tipo de assistência e os profissionais que ali atuam, pois entendido como conceito operativo, o acolhimento pode ser capaz de tangenciar e agenciar transformações no campo das *experiências de encontro* entre o usuário e o profissional da atenção básica, criando outras formas de produzir saúde.

Dadas essas considerações, o acolhimento concebido enquanto agir atravessa os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção, por exemplo. Nesse mesmo espírito de materialização do acolhimento, Boff (2002:139) atribui ao olhar no rosto do outro a concretude de uma *postura de acolhida*:

“(...)É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. (...) O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. (...) Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de res-ponsa-bilidade diante do rosto do outro (...). É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação.”

(Boff, 2002:139, grifos meus)

2.1.1. O Acolhimento como processo de trabalho em saúde

Num contexto de produção da saúde em que o acolhimento esteja presente, os processos de trabalho tendem a ocorrer centrados no usuário⁷ (Franco *et alli*, 1999:33). O foco da atenção desloca-se do profissional de saúde (em geral, médico) para o usuário e também para os outros membros da equipe.

Neste modo de agir em saúde, através da inversão do modelo assistencial, todos os profissionais possuem maior autonomia para avaliar, decidir e executar as ações de saúde, ainda que a interação na equipe multiprofissional seja fundamental para o processo.

Neste trabalho, acredita-se que a concepção de *território*, entendido como o espaço de construções simbólicas e de pertencimento subjetivo do sujeito – não como território meramente geográfico, e sim *território existencial* – media a *rede de relações sociais* e deve integrar um *locus* privilegiado de ação no cenário das políticas de saúde mental da rede básica. Isso porque estratégias de atenção à saúde, como a Estratégia Saúde da Família, preconizam o serviço de base territorial e estruturam suas ações em torno do núcleo familiar e comunitário, no qual os recursos disponíveis na comunidade devem ser incorporados e instrumentalizados. A inversão do modelo assistencial concretiza-se através de uma lógica que procura responder aos problemas de saúde/doença da comunidade de um modo mais amplo, compreendendo a indissociabilidade entre a produção da saúde e as condições ambientais, sociais e econômicas locais.

No tocante, então, à questão da *responsabilização*, é essencial ressaltar que a “tomada de responsabilidade” refere-se à responsabilidade da unidade sobre a saúde de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo ao assumir a demanda com todo o alcance social ligado ao estado de sofrimento do sujeito e da coletividade (Dell’Acqua & Mezzina, 1991:62-63). Assim, as ações de saúde mental na atenção básica – dado o cenário dos distritos sanitários⁸ – podem participar das redes sociais de apoio ao sujeito. E mais, devem apropriar-se da noção de *mobilidade* no território, não aguardando apenas a demanda espontânea, mas integrando e intervindo *politicamente* no universo simbólico da comunidade.

⁷ Usuário-centrada é o termo utilizado pelos autores (Franco, Bueno & Merhy, 1999:33) para abordar a questão dos processos de trabalho em saúde nos quais a ênfase do atendimento recai sobre aquele que busca o serviço. Essa estratégia de ação possui como característica fundamental a interação humanizada entre o usuário e o profissional de saúde.

⁸ Segundo Costa & Maeda (2001:20), “o Distrito Sanitário corresponde ao que internacionalmente foi disseminado na proposta dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), encaminhada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de transformação dos sistemas nacionais de saúde com o objetivo de favorecer a aplicação da estratégia de atenção primária, de forma a propiciar a “Saúde para Todos no Ano 2000””.

A atual proposta de reorganização da Atenção Básica, principalmente a partir da NOAS-SUS 01/02, a qual indica uma ampliação e complexificação das ações desenvolvidas na rede básica de saúde – expressa na designação Atenção Básica Ampliada –, parece favorecer uma nova composição das estratégias nela desenvolvidas e reafirma seu posicionamento estratégico enquanto porta-de-entrada do sistema público de saúde. Isto exige uma reestruturação dos processos de trabalho em saúde para que, de fato, as ações da atenção básica possam primar por um redirecionamento do modelo assistencial.

As ações de saúde mental operacionalizadas na rede básica podem assumir características mais complexas, no sentido de englobar novos modos de agir e de intervir junto a esta clientela que busca cuidados psiquiátricos nas unidades de saúde ou expressa sua demanda à equipe do PSF. É premente uma reestruturação das unidades, das dinâmicas de recepção e de atendimento às pessoas em grave sofrimento psíquico na atenção básica em saúde. O acolhimento é apontado neste estudo como um possível operador desta transformação.

Conforme Campos (*apud* Costa & Maeda, 2001:25), grande parte dos problemas de saúde que atingem o primeiro nível de cuidado do sistema público de saúde poderiam ser equacionados fortalecendo a atenção primária através, por exemplo, da função de acolhimento aos problemas de saúde que chegam às unidades:

“...80% dos problemas de saúde no nível de atenção primária podem ser resolvidos atribuindo-se à Rede Básica as funções de acolhimento, assistência e vigilância à saúde. Impõe-se à Rede Básica a função de acolhimento, ou seja, o atendimento de todas as intercorrências que chegam aos serviços, resgatando-a como a verdadeira porta-de-entrada do sistema...”

(Campos *apud* Costa & Maeda, 2001:25)

Para que esse processo, esse movimento seja efetivo e permanente, depara-se com um *trabalho* simultâneo de *desconstrução* da cultura institucional baseada em antigas concepções do processo de saúde/doença e das relações assistencialistas em saúde - nas quais o usuário perde sua capacidade de interlocução com o profissional da unidade. E, no que tange às intervenções em saúde mental no âmbito da atenção básica, o movimento que se coloca é o da integração e da articulação das práticas sanitárias locais com as novas práticas da atenção psicossocial. A imagem-objetivo que guia esta mudança no plano assistencial é a conformação de uma rede dinâmica e ampliada de dispositivos comunitários, integrados entre si, que promovam

maior acessibilidade aos serviços de saúde mental e garantam a integralidade das ações voltadas ao sujeito da saúde.

2.2. Das Necessidades e Demandas de Saúde: encontros e desencontros entre profissionais e usuários

Pensar em termos das necessidades e das demandas em saúde mental que atravessam o universo dos serviços da rede de atenção à saúde, e neste estudo em particular, das unidades básicas e da estratégia de Saúde da Família que compõem os dispositivos assistenciais da atenção básica dos SUS, impele a uma inevitável questão: a que necessidades e demandas estamos referindo-nos? Sob a perspectiva de que atores sociais nos colocamos? Na verdade, a dicotomia que parece instaurar-se quando levanta-se tais questões reflete muito mais um aspecto pontual que tangencia as elaborações teóricas acerca das relações entre demanda e oferta - que em alguns estudos realizados tendem a analisar seus componentes separadamente, atribuindo à demanda aos usuários dos serviços e à oferta aos profissionais de saúde ou aos gestores, como bem observa Pinheiro (2001:67) -, do que por uma distinção factível no cotidiano⁹ das instituições de saúde.

Elementos outros perpassam o campo das práticas sanitárias, aqui concebidas também como práticas sociais, nas quais os atravessamentos tecno-políticos assumem papel preponderante nos mecanismos de co-produção da saúde, interferindo e produzindo seus efeitos nos contratos que se estabelecem continuamente entre os atores envolvidos neste processo. Assim, a apropriação das categorias de oferta e de demanda como “analísadores” das práticas de saúde mental na atenção básica vem atender à essa necessidade de se buscar instrumentos que possam contemplar não somente a dimensão assistencial, mas também a dimensão tecno-política que emerge das relações travadas entre o serviço e a comunidade.

Alguns estudos sinalizam a existência de uma centralidade nas práticas médicas em unidades de saúde que gira em torno da categoria doença, característica da racionalidade médica contemporânea, conforme suscitado a seguir:

“Parece que o modelo explicativo para os problemas de saúde apresentados pela população não possui similaridade com os modelos utilizados para elucidar as doenças - ao mesmo tempo em que esta constitui o elemento central da racionalidade da prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde. Haja vista a existência de um consenso entre profissionais e técnicos sobre os ‘sintomas e sinais’ apresentados pelos pacientes, que embora considerem como verdadeiros e que de fato geram desconforto e incapacidade, não caracterizam na maioria dos casos uma doença, o que deveria ser o real motivo para procura dos serviços.”

(Pinheiro, 2001:78, grifos meus)

⁹ Neste estudo, a escolha é a de trabalhar com a compreensão de cotidiano elaborada por Milton Santos na qual o autor sintetiza as idéias principais que gostaria de ressaltar. Segundo ele, “...o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum.” (Santos, 1999:258, grifos meus)

Ademais, enquanto modelos explicativos para saúde lançam mão de conhecimentos das ciências sociais e humanas, as doenças são elucidadas por meio de conhecimentos cumulativos acerca da fisiologia e da anatomia humana, daí partindo para sua prevenção, diagnóstico e tratamento.

Entretanto, para Camargo Jr. (*apud* Pinheiro, 2001:81), há uma consonância de objetivos entre a oferta produzida nos serviços e a demanda produzida pela população, devido principalmente:

“...ao modus operandi dos médicos no desempenho de suas funções nas unidades de saúde, que, na prática, tem sido diversificado, na medida em que se ancora na ciência enquanto um componente que favorece a objetivação do que será investigado, ao mesmo tempo que se apóia em elementos subjetivos como mecanismo de aproximação e convencimento do paciente sobre suas condutas.”

(Camargo Jr. *apud* Pinheiro, 2001:81)

Alguns estudos apontam para a existência de uma dicotomia entre a “doença do médico” e a “doença do doente” (Tesser, Luz & Campos, 1998:07), explicitando que é “...*corriqueiro nos hospitais, clínicas e serviços, no discurso da biomedicina, e soa normal a qualquer profissional de saúde, particularmente o médico, que a realidade da doença do doente independa dele próprio e do profissional que o atende*”. De acordo, com as elaborações desses autores esta concepção disseminada no campo da atenção à saúde tem propiciado a criação de duas doenças no plano da assistência médico-sanitária, uma advogada pelo doente e outra pelo profissional de saúde, como descrito a seguir:

“A doença ‘do médico’ – aquele construto teórico com critérios objetivos, boa parte deles desvinculados das vivências, das sensações e dos sentidos vividos pelos doentes, ainda que extraído destes e de informações do corpo, e com estatuto de realidade. E, por outro lado, a doença do ‘doente’ – na maioria das vezes, um mosaico de sintomas, sensações, concepções e sentimentos de várias qualidades, com valores e significados diversos para cada um e para cada subgrupo cultural, social etc.”

(Tesser, Luz, Campos, 1998:07)

E, correlacionada a essas questões, porém localizando-as numa perspectiva etnográfica sobre a referência ao “nervoso”¹⁰ nas classes trabalhadoras, Duarte (1994:88) indica que muitos autores tematizam a existência de uma oposição entre cultura popular e cultura profissional, quanto às teorizações acerca do sofrimento psíquico. As evidências deste distanciamento emergem com mais clareza quando toma-se como eixo de análise as linguagens-código particulares aos especialismos do campo da saúde, produzidas e reproduzidas no interior das instituições assistenciais.

“A própria oposição entre cultura laica x cultura profissional, (...), ganha novos contornos desde que se compreenda que o nervoso não é a cultura laica, mas uma das culturas laicas possíveis (como há hoje

¹⁰ Duarte (1994:84-85;1998:23-31) realiza uma minuciosa investigação a respeito do espaço cultural dos “nervos” e dos “nervosos” nas classes trabalhadoras, identificando a categoria “nervos” como “*código de expressão privilegiado das perturbações das classes populares brasileiras*”. Descreve que “os nervos não abolem o dualismo físico-moral, mas constituem antes uma verdadeira teoria das conexões e fluxos possíveis entre as duas dimensões (...)”. E o que advém desta constatação, segundo o autor, é a composição de uma teoria não-psicologizada do humano a partir do caráter relacional do nervoso.

também uma psicologizada e houve certamente outrora uma outra humoral) que se enfrentam com uma cultura profissional quase completamente afastada do modelo nervoso e comprometida com alguma das versões do saber psicologizado contemporâneo sobre a pessoa. A compreensão dos embaraços (e perturbações) decorrentes desse descompasso entre teorias da perturbação no confronto entre terapeuta e paciente (...) é sem dúvida uma das frentes de pesquisa mais urgentes e sérias.”

(Duarte, 1994:88)

Talvez, esse distanciamento entre técnicos, profissionais e usuários do sistema de saúde, seja minimizado nas ações da atenção básica, desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, haja vista um dos agentes do cuidado tratar-se de um membro integrante da comunidade local – como é o caso dos agentes comunitários de saúde – estando, portanto, também implicado nos mesmos processos culturais e sociais vivenciados pelo usuário, e participando das mesmas redes de significação sociológica

produzidas e reproduzidas nas interações pessoais e institucionais locais. O agente comunitário aparece como um ator importante no trabalho em saúde desenvolvido pela ESF, uma vez que ele, segundo a análise de Lopes *et alli*:

“...identifica, encaminha, orienta, dá sugestões, apóia, controla e acompanha os procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para o enfrentamento das situações problemáticas, por meio do fortalecimento de vínculos de co-responsabilidade, junto à comunidade.”

(Lopes *et alli*, 2002:29)

Seguindo este caminho, supõe-se que as atividades de atenção em saúde mental realizadas no cenário dos cuidados primários em saúde podem imprimir uma nova dinâmica às ações de saúde como um todo se realizarem um deslocamento do foco de suas ações do *locus* das unidades de saúde para o cenário comunitário, uma vez que, de acordo com Pinheiro (2001:94):

“é possível perceber que as diferenças qualitativas entre as UBSs e os módulos do PSF residem na multiplicidade de relações e interações entre os atores envolvidos com a oferta e demanda por serviços de saúde. A principal delas consiste principalmente no estreito e intensivo contato do profissional com a comunidade, no qual a participação do agente comunitário tem sido fundamental para o fortalecimento da relação equipe/serviço/usuário.”

(Pinheiro, 2001:94)

Certamente, este movimento apresenta implicações importantes, pois opera um redirecionamento das ações, dinamizando os modos de cuidado em saúde mental na atenção básica e buscando implementar outras alternativas ao modelo assistencial tradicional. Deve-se esclarecer que, embora acredite-se que os atendimentos realizados por profissionais “psi” nestas Unidades muitas vezes caracterizem-se por serem tecnocráticos e desarticulados das outras ações de saúde em termos de planejamento e organização - em outras palavras, desconhecendo o *por quê fazer, o como fazer e o para*

quem fazer - não defende-se que o espaço clínico ou tecno-assistencial seja despotencializado nestes espaços. A população que chega com demandas que possam vir a ser identificadas como problemas de saúde mental podem e devem receber algum tipo de resposta, de atenção na sua unidade sanitária, e o lugar da clínica é também um espaço legítimo para o desenvolvimento destas ações. A questão que se coloca é a do reconhecimento de que não se pode fornecer qualquer resposta ao sofrimento psíquico nas instituições de saúde. Pensar novas possibilidades para a inserção da saúde mental na atenção básica e para o seu comprometimento com o movimento de inversão do modelo de assistência psiquiátrica, no Brasil, é sobretudo procurar agenciar outros equipamentos sociais disponíveis num determinado território, criando novos recursos de intervenção, fora dos contornos e limites do consultório, articulando-os a outros dispositivos de atenção em saúde existentes.

Uma política de saúde mental para a atenção básica deve primar pela promoção ou emergência de novas formas de abordar as questões de sofrimento mental em seus dispositivos, desvelando assim novos sentidos para as práticas desenvolvidas – como, por exemplo, ao criar a estratégia de manter como referência um profissional de saúde mental para uma ou duas equipes de Saúde da Família. Esta aproximação do profissional “psi” da comunidade, esta modalização entre discursos e práticas de saúde mental, pode ser considerada o deslocamento fundamental para revigorar as práticas neste campo. Novamente, a relação produzida entre as necessidades de saúde e a oferta de ações/serviços atravessa o cuidado em saúde mental que pode ser co-produzido entre usuários e profissionais.

Muito dessa problemática reside na constatação de que as *relações pessoais* estão *despotencializadas* no processo de produção da saúde, tanto como instrumento capaz de dinamizar os recursos terapêuticos, postos em jogo na situação clínica, quanto como instrumento de “*intercessão*” nas relações construídas entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional/serviço, como visto na seção anterior. Sendo assim, “...a tônica da discussão sobre a relação médico-paciente redundava sobre o eixo competência médica e atenção, sendo esta, na grande maioria dos casos, referida como sensibilidade e carinho que o profissional tem, ao dedicar-se à medicina como ‘arte de curar’ ” (Pinheiro, 2001:85).

Estas afirmativas significam não apenas apontar para uma conhecida dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde e o usuário, que habitualmente implica em compreensões distintas, por parte de ambos, sobre o fenômeno do adoecimento e sobre o sofrimento que esta experiência acarreta, mas, primordialmente, indicam um deslocamento operativo no qual a ação focaliza a “doença do médico” em detrimento do “sujeito doente” (Tesser, Luz & Campos), 1998:08). Ainda seguindo algumas considerações desses autores pode-se concordar que:

“Todo aquele relato extra [do usuário], quando pode existir – que está além e aquém dos sintomas e sinais que são úteis e identificáveis com síndromes e patologias constantes no rol das ‘doenças do médico’ – não tem utilidade. Pode interessar ao profissional da biomedicina apenas muito secundariamente. Pois, a rigor, o conhecimento estabelecido (a fisiopatologia, a grade nosológica) nada tem a fazer com ele. Pode ser absorvido no sentido de desviar a atenção do doente dos mesmos, desqualificando-os em geral como ‘doença’ e tentando aliviar ansiedades e ou obter aderência, ou seja, garantir o cumprimento da terapêutica. Ou pode ser abordado com alguma estratégia de enfoque ‘psi’ – psicossomático, psicológico etc. Mas isso só ocorre raramente: geralmente esses relatos, essas vivências e sintomas são mesmo ignorados, e, mais freqüentemente,

são abortados. Isto é: o médico contemporâneo não sabe o que fazer com a 'doença do doente' ou, se quisermos, com a grande (e progressivamente maior) parte dela que não tem interseção com as 'doenças do médico'. Temos aí, pois, um grande nó da crise da atenção à saúde na biomedicina, fonte de desencontros inesgotáveis entre médicos e pacientes."

(Tesser, Luz & Campos, 1998:08)

No entanto, a superação dessa dicotomia – que é também expressão da dicotomia psique-soma –, segundo alertam os autores, não pode restringir sua estratégia de ação à uma *abordagem integrativa* de saberes médicos e saberes “psi” – ainda que este seja um dos pontos nodais da questão da crise de atenção à saúde. É preciso reconhecer, sobretudo, que na co-produção da saúde e no processo de adoecimento dos sujeitos muitas dimensões do ser humano confluem – como pertencimento sócio-cultural destes sujeitos, situação econômica e ambiental – e participam sobremaneira na constituição dos processos de saúde/doença, como também atuam na sua interpretação e na sua assimilação por parte dos atores envolvidos.

Torna-se claro, portanto, que buscar uma compreensão não somente teórica do que designamos como necessidade de saúde constitui parte importante deste processo de conhecimento acerca dos fatores e das dinâmicas que compõem os encontros e os desencontros entre usuários e profissionais na produção da saúde.

Repensar a organização dos serviços ou das ações médico-psiquiátricas na atenção básica pressupõe recolocar as necessidades de saúde como eixo central desta discussão, já que sustentam de um modo geral a configuração da instituição, em termos de alocação de profissionais, distribuição de equipamentos e demais recursos assistenciais, bem como, da dinâmica operacional desempenhada cotidianamente (rotinas organizacionais). Scraiber & Mendes-Gonçalves (1996:29) apresentam muito apropriadamente algumas “*imagens sugestivas*” da complexidade implícita ao conceito de necessidades:

“Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da ‘assistência’, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como ‘uma falta’, algo que carece, como, por exemplo, uma informação.”

(Scraiber & Mendes-Gonçalves, 1996:29)

Campos (1991:32) reitera que muitos autores consideram que as necessidades percebidas e expressas pelo indivíduo ou pela população como um todo devem ser consideradas no processo de planejamento em saúde, pois:

“(...) são estas necessidades a principal razão da existência de demandas ao sistema de saúde. E ainda, seriam estas demandas fonte de grande parte do respaldo político e social que, em última instância, dá legitimidade às ações do setor, que teria como obrigação social a tarefa de resolver problemas de saúde.”

(Campos, 1991:32-33)

Outro ponto nodal desta dinâmica oferta-demanda refere-se a importância da relação do usuário com os serviços de saúde disponíveis na comunidade. É consensual no campo da saúde coletiva que a disponibilização de determinados serviços de saúde nas comunidades é geradora de demandas de saúde, enfocando-se neste caso específico as demandas psiquiátricas.

Scaiber & Mendes-Gonçalves (1996:29-30) situam esta relação entre oferta, distribuição e consumo de serviços de saúde em termos de uma conexão circular, tendo em vista que:

“Considerando-se, (...), que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada produção e distribuição social de serviços, em tal ou qual padrão de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde), o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, ‘contexto instaurador de necessidades’.”

(Scaiber & Mendes-Gonçalves, 1996:29-30, grifos meus)

Tais considerações confirmam que, realmente, existe uma profunda relação entre a disponibilização de serviços extra-hospitalares em saúde mental, nas comunidades, e a frequência com que esses serviços são demandados pela população local. Isso leva a pensar sobre as implicações decorrentes da organização e do incremento de ações em saúde mental na atenção básica, principalmente, na esfera do PSF. Se considera-se que no trabalho em saúde pública e em saúde mental existe uma grande interferência de determinantes sócio-políticos há que se problematizar os efeitos que podem ser engendrados no plano comunitário quando se propõe que ações de saúde mental sejam incorporadas ou reinstrumentalizadas no cenário das políticas da rede básica do SUS.

A relevância da formulação de políticas para a atenção básica em saúde que englobem um cuidado integral àqueles que sofrem com problemas psiquiátricos em suas comunidades justifica-se no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais em saúde mental presentes na rede de atenção. Em outras palavras, seria desejável um outro tipo de enfrentamento desta problemática na atenção básica em saúde, bem como uma disposição dos novos serviços de atenção diária em saúde mental para mobilizar as unidades de saúde pertencentes ao seu território de ação. Isso visando a um melhor planejamento das ações realizadas pelos profissionais da rede de saúde (em termos das modalidades de atendimento prestadas, capacitação de técnicos de referência nas unidades sanitárias ou nas equipes de Saúde da Família, mapeamento de serviços de referência disponíveis em sua área de abrangência, encaminhamento

pactuado com os demais serviços) na tentativa de um equacionamento das funções de cada dispositivo de atenção e de uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades.

Portanto, o desafio parece ser qualificar a atenção básica como um dos dispositivos comunitários de apoio aos serviços de atenção diária¹¹ em saúde mental, ao acolher, atender e encaminhar adequadamente estas demandas que continuam chegando nas unidades básicas de saúde. Segundo Sampaio & Barroso (2001:212), o ponto central desta relação entre estratégias de atenção à saúde da rede básica e dispositivos de atenção psicossocial reside na seguinte questão:

“...a parceria PSF/CAPS não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria. Há uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político. A busca do eixo epistemológico pressupõe pesquisa sistemática dos perfis psicossanitários, das demandas recíprocas, da satisfação dos trabalhadores em saúde e dos usuários. O acordo político exige um gestor socialmente sensível, apoiado por um pacto de governabilidade, decidido a inverter paradigmas arcaicos de relação Estado/sociedade. CAPS e PSF implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis.”

(Sampaio & Barroso, 2001:212, grifos meus)

Refletir sobre os aspectos supramencionados é pensar toda uma rede assistencial em saúde, que ainda se encontra bastante cindida e fragilizada, não apenas em termos das concepções de saúde/doença presentes entre os profissionais da área – mormemente compreendida à luz de uma racionalidade médica biologizante e fragmentária – mas, e diretamente a ela ligada, em decorrência do modo como tradicionalmente as instituições de saúde organizam-se e relacionam-se. O impacto mais visível desta fragilidade do sistema aparece na discrepância entre os processos subjacentes à formulação das necessidades de saúde e os processos de trabalho conduzidos para o seu enfrentamento.

Autores como Scraiber & Mendes-Gonçalves (1996:33) sugerem a “*criação de espaços de emergência de necessidades na organização da produção [de saúde] e em razão dessa organização*”, através do que concebem ser o “contexto instaurador de necessidades” inerente aos serviços de saúde – como já comentado anteriormente. Trata-se, então, de contemplar no projeto assistencial das unidades de saúde uma gama de necessidades pertencentes à vida cotidiana relacionadas ao adoecer humano e ao seu cuidado que, tradicionalmente, encontram-se excluídos ou marginalizados no processo de promoção, proteção ou recuperação da saúde das comunidades – como riscos ambientais e sociais (condições de habitabilidade, situações de violência e desemprego, só para citar alguns exemplos).

Dirigir a atenção para essa gama de necessidades potenciais referentes às dimensões da vida social dos usuários não significa uma proposta de unilateralização da organização das ações da atenção básica em função destas necessidades. Pelo contrário, o que emerge a partir desta proposição é a recolocação dos problemas de saúde em termos de necessidades humanas mais amplas, inseridas num

¹¹ Sob a designação de *serviços de atenção diária* agrupamos os diversos dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial desenvolvidos a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, como os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial, Lares Abrigados/Residências Terapêuticas, dentre outros serviços, que se constituíram a partir de experiências diversas e que atualmente compõem uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico.

novo sistema de valoração que reconheça a complexidade do processo saúde/doença de maneira incisiva, expresso no modo de abordar e acolher estes problemas.

Para Scraiber & Mendes-Gonçalves (1996:34), a atenção primária em saúde “*tem sido associada a uma assistência de baixo custo*” e “*tem sido confundida com medicina ‘simplista’ ou de ‘baixa qualidade’*”. Todavia, esses autores ressaltam que, ao entender atenção primária como atenção *primeira e básica*, confere-se a ela lugar de destaque no sistema assistencial, posto que servirá de *porta de entrada* do usuário à rede. Dessa maneira, os autores atestam que a gama de *necessidades básicas* apresentadas neste primeiro nível de produção da saúde agrega ações médico-sanitárias bastante complexas, que exigem simultaneamente alta capacidade resolutive e alta sensibilidade diagnóstica para atuar de modo eficaz no interior do sistema de atenção à saúde.

2.3. Pela Integralidade na Atenção aos Fenômenos de Saúde/Doença: escuta do sujeito *versus* escuta da doença

Para Pinheiro (2001:66-67), é através das categorias oferta e demanda que podemos apreender como a ação do que se denomina sob a égide de integralidade ocorre no cotidiano dos serviços de saúde. Discorrer sobre o alcance deste conceito em um trabalho que se propõe a cartografar o modo de produção das ações de saúde mental na atenção básica é sustentado pela importância atribuída aos processos dialógicos no cuidado à saúde e, em particular, no cuidado às pessoas em adoecimento psíquico.

De acordo com a análise de Onocko (2001:99) quanto à preocupação do planejamento em saúde pública com as questões da clínica¹², entende-se que:

“O Planejamento em Saúde, em seu processo de constituição disciplinar no interior da Saúde Coletiva Brasileira, manteve-se, em geral, afastado das questões clínicas (...). Contudo, no âmbito dos serviços assistenciais de saúde, quando saímos do aspecto teleológico e chegamos ao operativo, nos deparamos sempre com uma escolha clínica.”

(Onocko, 2001:99, grifos meus)

E, a prática clínica nas unidades da atenção primária à saúde e na esfera da ESF encontra-se fortemente marcada por esta tendência que mantém distanciados o campo do planejamento em saúde e o campo da clínica.

Desse modo, a *escuta* ofertada pelos técnicos e profissionais de saúde aos usuários, no cotidiano da atenção básica, assume em diversas situações a função privilegiada de concretizar em ato o ideário da integralidade, presente no “*corpus*” do SUS, mas que representa um verdadeiro desafio a ser garantido nas ações cotidianas de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Falar em “atendimento integral” (Brasil, 1988, art.198) pressupõe uma constatação prévia do caráter polissêmico e complexo do termo integralidade, que se reflete sobremaneira nos

¹² A autora considera clínica não apenas as práticas médicas, mas todo o conjunto de ações realizados por outros profissionais que “lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária.” (Onocko, 2001:99).

sentidos atribuídos a esta noção através das ações e das políticas de saúde implementadas no país. Tal constatação direciona a discussão para o questionamento acerca de qual seria a especificidade das políticas e das práticas sanitárias concebidas como sendo de atenção integral à saúde da comunidade. Tomando por referência as considerações de Mattos (2001:41), pode-se dizer que:

“...a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem-objetivo’, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (...) desejáveis.”

(Mattos, 2001:41, grifos meus)

E ainda:

“...cabe defender integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.”

(Mattos, 2001:48)

Parece que o grande deslocamento a ser operado para a conquista de uma prática integral na atenção à saúde é a superação dos limites da medicina anátomo-patológica, ainda muito presente na racionalidade médica contemporânea.

Uma *postura de abertura* dos técnicos e profissionais de saúde, como a *escuta* às outras necessidades apresentadas pelos usuários – necessidades estas que não estejam visivelmente vinculadas aos agravos à saúde – pode ser um caminho possível. Através de um movimento de reaproximação entre quem cuida e quem é cuidado, através deste vetor da *escuta* – aqui designada como *escuta do sujeito da experiência*¹³ - um novo espaço de produção da saúde pode ser colocado em constituição. Esta *escuta do sujeito* não se constitui numa *escuta redutora* e fragmentada dos processos de saúde/doença pelos quais passa o sujeito, mas caracteriza-se por ser uma *escuta integradora* das dimensões que o constitui, presentes e corporificadas nos problemas de saúde que, em última instância, o fazem procurar assistência médica ou psiquiátrica.

Há que se lembrar que a integralidade expressa pela dimensão da *escuta do sujeito da experiência* não se reduz ao ato de um único profissional de saúde. Pressupõe, na maioria dos casos, redefinições e reorganizações estruturais dos processos de trabalho em saúde, de maneira incisiva no que tange, em especial, o trabalho das equipes das unidades básicas de saúde e das estratégias de Saúde da

¹³ Esse termo é tomado emprestado da expressão utilizada por Amarante (2001:104), ao se referir ao *sujeito da experiência da loucura*, em seu trabalho “*Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica*”. Ao utilizar o conceito “escuta do sujeito” como analisador das práticas de cuidado em saúde mental – e como se verá adiante, como categoria de análise do material discursivo produzido pelos entrevistados (ver capítulo V) – não estou me propondo a trabalhar com o conceito psicanalítico de escuta do sujeito do inconsciente, filiado à tradição lacaniana. O uso daquela expressão no presente estudo é derivada de uma compreensão não-psicológica, exteriorizada e não-individual de sujeito, concebido então como sujeito da experiência vivida em acordo com a concepção da Filosofia Fenomenológica, de tradição husserliana.

Família, visando a uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. Nessa direção, Mattos (2001:52) afirma que:

“...talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e portanto a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limites, há que se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por, exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário (...), impedir que se preste um atendimento integral.”

(Mattos, 2001:52, grifos meus)

A noção de integralidade aplicada à formulação e à implementação das políticas de atenção básica em saúde mental, enquanto formas de enfrentamento de problemas específicos de saúde concernentes a certos grupos populacionais, requer a transgressão dos espaços das políticas setoriais, pois se a problemática do sofrimento psíquico não é simples, a resposta para o seu enfrentamento também não deverá ser apenas médica e nem tampouco localizada em um modelo único de serviço. Ela deve englobar uma série de aspectos da vida humana – social, laborativo, lazer, dentre outros – e buscar diversificar a gama de recursos assistenciais comunitários existentes, a fim de responder as necessidades coletivas preservando seu caráter polissêmico.

Neste trabalho, há uma preocupação em evidenciar que a integralidade, seja como princípio organizador das ações, seja como postura a ser exercitada nas práticas cotidianas em saúde, corresponde e exprime – por meio de algumas experiências de inclusão da saúde mental no PSF (Lancetti, 2001; Sampaio & Barroso, 2001) – a formulação de uma nova política que se recusa a reduzir o fenômeno do adoecimento psíquico, ao contextualizar os sujeitos sobre os quais estas políticas e estas ações incidem.

A clínica nos espaços dos cuidados primários em saúde, organizada em torno do eixo da integralidade, precisa reconhecer que “na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito” (Torre & Amarante, 2001:78).

Todavia, *agenciamentos tecnosemiológicos* – recorrendo ao já referido conceito desenvolvido por Teixeira (2001:55) – como o acolhimento e os processos dialógicos encontram-se despotencializados nesta clínica do sujeito da saúde coletiva.

Ao tratar da escuta do sujeito na abordagem dos problemas de saúde há que se romper com o padrão de escuta da doença. Na tradição da saúde coletiva, a escuta das necessidades de saúde, dos processos sociais e das condições de vida historicamente construídas ao longo da trajetória das pessoas tendem a ficar em segundo plano, pois a patologia com seus sinais e sintomas comumente rouba a cena. A

constatação mais eloqüente e atual desse fenômeno é que a racionalidade médica contemporânea está assentada nos paradigmas da medicina baseada em evidências. Nesta lógica, apenas o visível, o observável merece ser contemplado com o olhar ou com a escuta – mais ausculta, na verdade. E, por conseguinte, essa escuta da doença invade o relacionamento diário com o usuário, esvaziando o encontro pela ausência de cuidados com a dimensão processual das necessidades de saúde apresentadas.

Apesar de privilegiar-se nesta discussão o vetor da *escuta do sujeito* na atenção e no cuidado à saúde, reconhece-se também no *olhar* dirigido ao usuário e ao sofrimento do qual é porta-voz a possibilidade de concretizar em ato o ideal da integralidade nas ações de saúde. Não pretende-se, portanto, reproduzir a separação já existente entre olhar e escuta, na prática clínica. Ao contrário, procura-se investir de nova significação o vetor que aparece menos potencializado no cotidiano dos serviços de saúde – a escuta. Colocar-se a ouvir o discurso do usuário parece tarefa árdua para técnicos e profissionais de saúde, habituados que estão a olhar para a doença e para os sintomas, e muito pouco para o doente.

Essa clínica médica tradicional, ainda prevalente na maioria das instituições públicas de saúde, continua sendo a grande detentora do conhecimento, das técnicas de intervenção e do “*modus operandi*” de agir em saúde, ou seja, do que fazer e de como fazer *clínica* nas relações de cuidado estabelecidas no processo de co-produção da saúde. O saber e a fala do usuário da atenção básica encontram-se, também, bastante despotencializadas.

Nesse sentido, a clínica que emerge das novas relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, no campo da atenção à saúde mental, procura romper com este modo de agir em saúde: tecnocrático e fragmentário. Nas palavras de Amarante (2001:108), “*no cenário da reforma psiquiátrica, a clínica também tem de ser desconstruída e transformada estruturalmente, uma vez que a relação a ser estabelecida não é mais com a doença, e sim com o sujeito da experiência.*”

Como foi visto, a dicotomia existente entre o *olhar* e a *escuta* na prática clínica é o grande desafio a ser superado pela clínica dos profissionais de saúde mental, no *locus* da atenção básica, prioritariamente, no que se refere aos atendimentos tradicionais, restritos ao espaço do consultório e limitados pelos *settings* da clínica psiquiátrica e psicológica. Onocko (2001:100-101) lembra que:

“Para a tradição da saúde coletiva, a clínica tradicional opera – predominantemente – no setting individual, do encontro singular. Sendo que a própria área de Saúde Coletiva estruturou-se contrapondo as práticas coletivas às individuais...”

(Onocko, 2001:100-101)

Esta clínica pública, na qual se vislumbra um maior poder de participação do usuário do sistema de saúde, caracteriza-se por ser uma prática da clínica *com* a coletividade. E nesse sentido, a clínica pública encontra na dimensão política sua especificidade e sua força motriz, pressupondo sempre um movimento dirigido à devolução do sujeito ao plano do coletivo.

**CAPÍTULO III:
METODOLOGIA**

III. METODOLOGIA

“A ciência é uma grande coisa quando está a nossa disposição; no seu verdadeiro sentido, é uma das palavras mais formidáveis do mundo. Mas o que pretendem esses homens,(...), ao pronunciá-la hoje? Pretendem colocar-se no exterior de um homem e estudá-lo(...)sob o que chamariam de luz severa e imparcial – e que eu chamaria morta e desumanizada. Pretendem distanciar-se dele (...). ...tratar um amigo como estranho e fazer com que algo familiar pareça remoto e misterioso.(...) Bem, o que você chama de ‘segredo’ é exatamente o contrário. Não tento me colocar do lado de fora do homem. Tento me colocar no seu interior.”

Chesterton, 1927 (*apud* Sacks, 1999)

Procurar descrever a metodologia empregada para o desenvolvimento de um estudo acerca de um tema específico, ou mais propriamente, acerca de um determinado fenômeno social de interesse particular do pesquisador ou de um grupo de pesquisa é procurar traçar o caminho, a trajetória percorrida desde a elaboração das hipóteses preliminares do estudo, da delimitação do objeto investigado, da circunscrição do espaço-tempo no âmbito do qual tal investigação foi desenvolvida, além das técnicas utilizadas para obtenção das informações necessárias durante o trabalho de campo e do método escolhido para análise e construção de conhecimento sobre a realidade estudada.

Esta tarefa requer, já inicialmente, que sejam contempladas algumas conceituações metodológicas amplamente utilizadas, com sentidos por vezes um tanto variados, por teóricos e pesquisadores em Ciências Sociais.

O referencial teórico que sustentou todo este trabalho de pesquisa de campo - bem como as análises permanentemente presentes na tarefa de rever criticamente posicionamentos preliminares à entrada em campo e que se seguem durante a fase de consolidação e análise final dos dados - encontra nas discussões realizadas na interface entre Ciências Sociais e Saúde Coletiva a sua base mais pertinente e profícua. Essa escolha não se dá por uma simples escolha ou afinidade com a produção da área em questão. Advém da premissa de que os estudos em saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, implicados numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas que transcendem as respostas unívocas de alguns setores do conhecimento científico, ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão muitas vezes meramente biomédica de alguns estudos em saúde.

3.1. Sobre Estudos Qualitativos em Saúde

Como já apontado por Minayo (1999:20), adentrar no campo da Metodologia da Pesquisa Social é defrontar-se com diferentes posicionamentos e com questões inconclusivas que estimulam diversos autores ao debate de idéias.

Os temas mais polêmicos deste debate estão concentrados em torno da existência de especificidade metodológica no terreno das Ciências Sociais – que seria expressão de suas particularidades enquanto campo de investigação, distinto, por exemplo, das ciências físico-naturais.

Alguns autores (Demo, 1981; Goldmann, 1980 *apud* Minayo, 1999:20) convidam a pensar acerca do *caráter histórico do objeto das Ciências Sociais*; e pode-se localizar nos estudos desenvolvidos na área da saúde esta característica incontestada da mutabilidade permanente dos fatores que intervêm nos chamados processos de saúde e de adoecimento das pessoas ou das comunidades. Isso reafirma a importância e a necessidade da pesquisa social ser sempre conduzida de modo a contemplar as peculiaridades do contexto local na qual se dá, isto é, considerando os determinantes de espaço, de tempo, bem como as motivações dos atores institucionais envolvidos e as dinâmicas de poder que permeiam as práticas institucionais.

Um conceito bastante apropriado a esta discussão é o de “*consciência possível*” introduzido por Goldmann (*apud* Minayo, 1999:20-21), o qual concebe que o conhecimento produzido pelos diversos grupos sociais, inclusive o conhecimento científico, é um conhecimento relativo, incapaz de superar totalmente o nível do “senso comum” – produzido pelos grupos majoritários (ideologia dominante) – e que apenas parcialmente é capaz de acessar as relações sociais de produção concretas existentes nas sociedades. A esse respeito Minayo afirma que:

“...as ciências sociais, enquanto consciência possível, estão submetidas às grandes questões de nossa época e têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo.”

(Minayo, 1999:20-21, grifos meus)

Em relação à suposta neutralidade científica, concorda-se com Rockwell (*apud* Sato & Souza, 2001:05) no que se refere à suposta neutralidade do investigador perante o fenômeno estudado e ao seu grau de implicação com os atores em campo. Este autor pondera que não existe entrada neutra no cenário da pesquisa:

“Sempre entramos vinculados a alguém, a alguma instituição, a alguma instância, as quais ocupam posições em relação às pessoas do local. Ainda que não tenhamos sido convidados para pesquisar

aquele local, alguém permitiu nossa entrada e nossa convivência ali, tem poderes e interesses em relação àquelas pessoas, e isso define a posição que ocupamos na visão das pessoas do local, ainda que não compartilhem dos mesmos poderes e interesses dos nossos interlocutores iniciais.(...).O fato de não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação e de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão. Estarmos ali, muitas vezes desprovidos de caneta e papel é motivo de curiosidade sobre como estamos fazendo a pesquisa, como saberemos o que falar, afinal, as pessoas do local também [em algumas circunstâncias] têm uma visão sobre o que é pesquisa, como se pesquisa e para quê ela é feita.”

(Rockwell *apud* Sato & Souza, 2001:05)

Sendo assim, a construção do conhecimento nas investigações em Saúde Pública está imersa nesta rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos, que complexificam a tarefa do pesquisador e o impelem a buscar novos caminhos para abordar o fenômeno estudado, metodologias que permitam coordenar as concepções teóricas da pesquisa e o conjunto de técnicas necessárias à apreensão de uma dada realidade, bem como a consciência crítica das limitações inerentes aos recursos técnicos utilizados, além da criatividade necessária para *construir, conferir* significação às informações encontradas em campo. Em consonância com as palavras de Minayo (1999:21-22, grifos da autora) “(...) *Se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.*”

E ainda conforme Minayo:

“A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isto implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.”

(Minayo, 1999:21-22, grifos da autora)

Para Erickson (*apud* Sato & Souza, 2001:03), a diferença primordial existente entre pesquisas qualitativas e outros enfoques de investigação centra-se na:

“decisão do pesquisador de utilizar como critério básico de validade os significados imediatos e locais das ações, definidos como ponto de vista de seus próprios atores. Concebido dessa maneira, o trabalho de campo permite responder a importantes questões para a pesquisa, tais como: o que está acontecendo especificamente nesta ação social que ocorre num determinado cenário particular? Que significados têm para os atores nela envolvidos? Como outras pessoas se fazem presentes neste mesmo cenário? Como se relaciona um cenário específico com o seu entorno, com outros níveis do sistema dentro e fora do próprio cenário? Como se comparam as formas de organização da vida diárias neste cenário com outras formas de organização da vida social mais ampla?”

(Erickson apud Sato & Souza, 2001:03)

Assim, também para Cruz Neto (1998:51), ao se tomar como referencial de investigação o método qualitativo, a compreensão do que vem a ser trabalho de campo passa pela idéia da “...*possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo*”.

Uma das formas mais utilizadas em pesquisa qualitativa para alcançar esta aproximação com o fenômeno estudado é o *estudo de caso*. Para Merriam (apud Bogdan & Biklen, 1994), “o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”. Existem algumas maneiras distintas de realizar-se este tipo de estudo, dependendo do foco que lhe é conferido: pode-se realizar estudos de caso de organizações, de grupos sociais e até mesmo de uma única pessoa (comumente designado *histórias de vida*). Há que se considerar, também, a possibilidade de realização de *estudos de caso múltiplos* (visando a possibilidade de *generalização* dos resultados) e os *estudos de caso comparativos* nos quais o pesquisador realiza dois ou mais estudos em diferentes campos de investigação com o objetivo de comparar e contrastar os resultados.

Alguns autores (Erickson, 1975; Smith & Geoffrey, 1968 apud Bogdan & Biklen, 1994) consideram que a *microetnografia* caracteriza-se por ser um tipo específico de estudo de caso, podendo-se fazer uso deste termo quando o estudo é conduzido em unidades pequenas dentro de uma instituição ou quando o cerne da investigação concentra-se em uma atividade organizacional muito específica. Lembra-se que, numa perspectiva etnográfica ocorre um deslocamento no eixo analítico da pesquisa, através de um afastamento das macro-análises e uma progressiva aproximação das relações cotidianas, considerando o universo micro-social e micro-político no qual estas relações tomam parte (Sato & Souza, 2001:02).

Os estudos em saúde, de abordagem qualitativa, possuem como um dos marcos de referência os trabalhos realizados por Scraiber (1993, 1995) no campo da prática médica. Sua pesquisa sobre a profissão médica parte da premissa de que o exercício da medicina é um trabalho de cunho social. Isso conduz a autora a utilizar recursos como *relato oral* e *entrevistas abertas* com os médicos, em busca da auto-representação destes profissionais com relação à sua prática. Segue como exemplo de seu método de investigação trechos extraídos do relato de uma de suas pesquisas:

“...os entrevistados foram levados a refletir sobre seu dia-a-dia profissional, trabalhando a ‘hipótese’ central do estudo: a formulação de que a autonomia profissional, perdendo espaço na esfera mercantil, busca centrar-se na dimensão técnica interna ao processo de trabalho, em um movimento que corresponde à sua transformação, para preservar-se enquanto possibilidade efetiva na profissão.”

(Scraiber, 1995:64)

Argumentando a favor da adequação da pesquisa qualitativa ao seu objeto de estudo, Scraiber (1995:73, grifos meus) coloca em relevância suas características amplas que “...*permitem explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, promovendo resgates das dimensões subjetivas dos processos sociais, respeitando o todo complexo de sua constituição.*”

Os autores referidos demonstram claramente sua preferência por uma abordagem qualitativa de investigação em saúde - não em detrimento de estudos quantitativos – mas na medida em que reposicionam e reforçam o lugar conquistado pelas pesquisas qualitativas no cenário atual da produção científica.

Uma possibilidade então é conjugar os métodos qualitativo e quantitativo: o método quali-quantitativo. Acerca disso, concorda-se com Minayo (1999:11-12), que aponta:

“Frente à problemática da quantidade e da qualidade a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.”

(Minayo, 1999:11-12)

Ao discutir sobre as técnicas de coleta dos dados, encontra-se as *entrevistas* como uma das modalidades mais utilizadas nas pesquisas qualitativas em saúde. Ao utilizar a *fala* dos informantes como *instrumental analítico* do sistema de valores, das concepções ou das normas que regem a dinâmica de determinados grupos e instituições, caminha-se no sentido de conceber os relatos fornecidos durante a entrevista não apenas como mera construção subjetiva e individual de determinada pessoa, mas como parte de uma produção coletiva, dadas as circunstâncias e determinantes comuns a que os sujeitos estão submetidos e implicados no seu cotidiano, pois como nas palavras de Minayo:

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.”

(Minayo, 1999:109-110, grifos meus)

Esta questão da representatividade de um membro de determinado segmento social em relação à construção simbólica do conjunto já foi tratada por outros pesquisadores preocupados com a metodologia qualitativa de pesquisa. Destaca-se algumas considerações de Bourdieu (*apud* Minayo, 1999:111) para quem:

“Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneizam, distinguindo-se dos outros.”

(Bourdieu *apud* Minayo, 1999:111, grifos da autora)

Prosseguindo com algumas indicações de Bourdieu quanto à dimensão das interações travadas no desenvolvimento de uma pesquisa:

“As relações interpessoais numa pesquisa, nunca são apenas relações de indivíduos e a verdade da interação não reside inteiramente na interação” (...) “é a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo em forma de ‘habitus’ em todo o tempo e lugar, que marca a relação.”

(Bourdieu *apud* Minayo, 1999:112, grifos da autora)

Dadas estas colocações, Minayo reafirma este posicionamento, acrescentando que a:

“entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.”

(Minayo, 1999:114, grifos meus)

As entrevistas podem ser agrupadas em dois grupos a saber: as *entrevistas estruturadas*, que comumente são realizadas através de um questionário ‘fechado’ com perguntas específicas acerca do tema investigado; e as *entrevistas semi-estruturadas* ou *não-estruturadas*, nas quais podemos situar os relatos sobre as histórias de vida e as discussões de grupos focais.

Para efeito do presente estudo aqui será ressaltada a técnica de entrevistas semi-estruturadas, na qual o pesquisador pode também fazer uso de um roteiro com perguntas previamente elaboradas, e que se presta muito mais a guiar a conversa realizada com o informante/entrevistado do que a ser algo seguido de forma rígida – o que acabaria por limitar e ‘empobrecer’ as possibilidades de um maior aprofundamento na temática em questão e a relação construída com o entrevistado.

Como assinalado por alguns autores (Minayo, 1999:131; Parga Nina *apud* Minayo, 1999:131), durante a situação de entrevista ocorre uma mútua interferência no processo de significação da realidade produzido pelo entrevistado e pelo entrevistador, “...e esse encontro de duas subjetividades representantes de códigos socioculturais quase sempre diferenciados é, ao mesmo tempo, rico, problemático e conflitivo.”.

Além das entrevistas, podemos situar também a *observação participante* como recurso complementar no processo investigativo, e que constitui-se num momento especial da entrada no cenário da pesquisa, podendo ser caracterizado como o *momento exploratório da investigação*, no qual o pesquisador entra em contato com os atores sociais envolvidos na pesquisa e toma conhecimento das dinâmicas cotidianas no qual estão inseridos, num dado local e num determinado tempo. Têm-se então que a observação participante enquanto técnica de investigação realiza-se:

“através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de

observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.”

(Cruz Neto, 1998:60)

A implicação do pesquisador no trabalho de campo está diretamente ligada ao seu posicionamento enquanto observador. Existe uma gama de situações na observação participante - as quais muitos pesquisadores já se encarregaram de descrever (Cicourel, 1980; Minayo, 1999) - que se diferenciam devido exatamente ao *status* do pesquisador no cenário do estudo, seja como “participante-total” num pólo ou como “observador-total” no outro extremo. Entretanto, existem as variações destes posicionamentos, e como esclarecido por Minayo (1999:142-143) “...na verdade nenhum desses [papéis] se realiza puramente...”, concluindo que:

“Mais do que a definição a priori do tipo de pesquisador que se deseja ser no campo, é preciso considerar a observação participante como um processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos.”

(Minayo, 1999:142-143, grifos meus)

Há que se levar em consideração, durante o processo de observação de campo, a necessidade de alguma sistematização do que é observado: seja o clima institucional, as rotinas organizacionais, as relações de poder entre diferentes grupos, ou a hierarquização de tarefas, somente para citar alguns exemplos. Como então proceder ao registro destas informações, para a composição de material analítico posterior para a pesquisa? Segundo exposto por Cicourel (*apud* Minayo, 1999:147), Becker trabalha com o termo “*história natural da pesquisa*” para referir-se a esta tarefa de registrar cada momento da observação, a qual certamente produz significações sobre dada realidade e fornece informações importantes sobre o contexto no qual está inserido o problema pesquisado.

Minayo (1999:147), ao discorrer sobre alguns comentários de Cicourel quanto à “*objetividade*” da observação participante, fornece alguns subsídios que podem auxiliar no entendimento de como seria este registro sistematizado das observações de campo por parte do pesquisador através de “...*revisões críticas do trabalho de campo, explicitação dos procedimentos adotados e dos diferentes papéis representados pelos sujeitos da pesquisa e pelo próprio pesquisador*”. Uma das maneiras mais difundidas entre os pesquisadores das ciências sociais é a manutenção de um diário de campo durante todo o período da observação participante, segundo indicações de Cruz Neto (1998:63), o “*diário de campo*” pode ser considerado um “*amigo silencioso*” sobre o qual:

“...o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado.”

(Cruz Neto, 1998:64)

Entretanto, cabe ressaltar que o conhecimento empírico advindo do trabalho de observação do cenário da pesquisa não oferece soluções fáceis ao pesquisador. Muitas vezes, o conhecimento produzido nesta etapa pode tornar este momento, um momento de interrogação acerca da

pertinência dos recursos escolhidos em face da configuração presente do universo/fenômeno estudado. Este encontro entre as representações e teorizações iniciais do pesquisador e o cotidiano vivenciado no campo da pesquisa coloca o investigador num movimento permanente e algumas vezes desconfortável de manter-se aberto ao que esta própria experiência aos poucos pode descortinar e de rever criticamente suas estratégias metodológicas – postura esta que exige um certo grau de flexibilidade e auto-crítica. A ocorrência de restrições operacionais ou novas perspectivas de abordar o fenômeno em campo é sempre uma possibilidade, dadas condições inesperadas que podem favorecer ou dificultar o trabalho de pesquisa. É da competência do investigador administrar as contradições vivenciadas durante esse período, bem como analisar as implicações ou efeitos que podem acarretar ao estudo. Ao discorrer com bastante clareza sobre este movimento de articulação entre teoria e método durante o trabalho de campo, Cruz Neto (1998:61-62) aponta que é através deste comprometimento que é possível evitar o que comumente é referido como o “*mito da técnica*”:

“(...)Para além dos dados acumulados, o processo de campo nos leva à reformulação dos caminhos da pesquisa, através das descobertas de novas pistas. Nessa dinâmica investigativa, podemos nos tornar agentes de mediação entre a análise e a produção de informações, entendidas como elos fundamentais. Essa mediação pode reduzir um possível desencontro entre as bases teóricas e a apresentação do material de pesquisa.”

(Cruz Neto, 1999:62, grifos do autor)

Quanto ao *tratamento das informações* obtidas a partir de uma pesquisa qualitativa em saúde, a terminologia freqüentemente utilizada no terreno das ciências sociais é a *análise de conteúdo*. Para Bardin, uma das mais importantes referências nesta área, a análise de conteúdo pode ser compreendida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”

(Bardin *apud* Minayo, 1999:199)

Ao discutir acerca das diversas tendências históricas existentes na produção teórica em torno da Análise de Conteúdo, Minayo explicita que:

“(...)Todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação.”

(Minayo, 1999:203, grifos meus)

Em termos operacionais, através da análise de conteúdo o investigador propõe-se a alcançar *sentidos* e *significações* não explicitadas num primeiro momento, e que tendem a emergir quando relaciona-se:

“...estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. 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, 1999:203)

Todavia, a perspectiva analítica oferecida pela matriz do pensamento hermenêutico-dialético – tendo como referenciais importantes os trabalhos de Habermas¹ e Lefebvre² - também nos sugere, como referido por Deslandes (1997:105), que:

“...a análise de uma ação institucional não pode prescindir da compreensão das contradições presentes naquela ação, pois incorreria ao erro de negar-lhe seu caráter histórico e dinâmico. Entende-se que o real (aqui delimitado como as relações sociais em saúde) é móvel, múltiplo, diverso e contraditório. No movimento dialético de investigação, o conceito de contradição desempenha papel crucial, pois não se trata de uma oposição excludente entre o ‘sim’ e o ‘não’, mas uma relação com profundas vinculações no concreto, que se apresenta sob termos que se negam ativamente, mas que se interpenetram e criam algo novo. O princípio de identidade dialética é, por definição, uma ‘unidade das contradições’.”

(Deslandes, 1997:105, grifos meus)

Ao realizar o inventário dos elementos ou das unidades temáticas para a análise de dados é preciso considerar alguns requisitos de natureza operacional que forneçam consistência às categorias finais elegidas pelo investigador como eixo de sua análise. Esses requisitos, segundo Bardin (2002:119-120), são em síntese as qualidades que um bom conjunto de categorias deve possuir, sendo eles: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e fidelidade e, por fim, a produtividade³.

3.2. O caminho da pesquisa de campo

O eixo das preocupações deste estudo girou em torno dos modos de cuidado e de escuta que, comumente, são ofertados pelos profissionais de saúde da atenção básica aos usuários que buscam atendimento com queixas identificadas como problemas de saúde mental. Assim, esta investigação focalizou também questões relativas às concepções dos profissionais da Unidade acerca do

¹ Habermas, J., 1987. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: Ed. L.P.M.

² Lefebvre, H., 1979. *Lógica Formal. Lógica Dialética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

³ Não se tem por objetivo, e seria de todo modo desnecessário neste momento, sintetizar a descrição - realizada por Bardin (2002), no capítulo III do livro *Análise de Conteúdo* - de cada uma destas qualidades concernentes ao sistema categorial, de forma que se remete o leitor à obra na qual é realizada com maior propriedade a explanação deste processo de construção das categorias de análise.

sofrimento psíquico e as implicações advindas deste modo de conceber o fenômeno saúde/doença mental nos modos de cuidado desenvolvidos pelo serviço para atender esta parcela da população.

Por esta investigação constituir-se em um *estudo de caso qualitativo*, foram utilizados diversos recursos de coleta de dados, como observação participante, registro das observações de campo, entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, além da coleta de informações nos prontuários através de um instrumento desenvolvido para este fim.

O local escolhido para a realização do trabalho de campo foi uma unidade de saúde da rede básica do SUS, localizada no município do Rio de Janeiro. Essa unidade caracteriza-se por ser uma unidade onde, tradicionalmente, ensino e pesquisa estão presentes e entrelaçam-se por pertencer a uma instituição federal onde são desenvolvidas atividades desta natureza. Minha opção por este Centro de Saúde Escola justifica-se, prioritariamente, devido ao fato de ser um ambiente no qual as pessoas já estão habituadas a receber pesquisadores com finalidades variadas, e onde portanto minha presença não seria um fator por demais perturbador no cotidiano da instituição.

Cabe localizar, neste momento, algumas preocupações referentes a aspectos éticos deste trabalho, bem como os esforços realizados no sentido de preservar os atores envolvidos na pesquisa da identificação e do constrangimento que poderia decorrer deste fato. A princípio, deve-se esclarecer que o Projeto de Pesquisa que resultou nesta investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, tendo sido aprovado para fins de sua realização, de acordo com as normas do Comitê supracitado. Ademais, ao longo da descrição e análise dos dados tomou-se o devido cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa, haja vista, o contrato firmado com os mesmos por meio do Termo de Consentimento (ver anexo II) e o fato da Unidade e dos profissionais de saúde envolvidos na investigação serem conhecidos por muitos pesquisadores e outros trabalhadores da área de saúde, tornando-os facilmente reconhecíveis. Um outro Termo de Consentimento também foi elaborado visando solicitar autorização da Coordenação da Unidade para desenvolver esta pesquisa no Centro de Saúde Escola (ver anexo I).

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais médicos (4), profissionais de saúde não-médicos (6), técnicos de saúde (2) e agentes comunitários de saúde (2), que desenvolvem suas atividades na unidade de saúde ou na comunidade (através da Estratégia Saúde da Família). Incluir diversas categorias profissionais e circular através das concepções presentes nos diferentes níveis de hierarquia da Unidade encontra seu motivo numa das premissas deste trabalho: a de que todos os trabalhadores em saúde, sejam eles técnicos ou profissionais especializados das Unidades Básicas ou das equipes de ESF, desempenham um papel muito relevante no processo de acolhimento dos usuários.

A opção por entrevistar apenas os profissionais, técnicos ou agentes comunitários de saúde – e não incluir a perspectiva dos usuários da Unidade – deve-se ao desejo de privilegiar as *concepções, falas e condutas* destes atores sociais, em consonância com o objetivo principal desta pesquisa que é identificar e analisar os modos de cuidar, de *agir em saúde* - usando as palavras de Merhy (1997;2002) - diante de necessidades de saúde que remetem os trabalhadores em saúde a possíveis problemas de saúde mental. Como profissionais e técnicos de saúde recebem e respondem, cotidianamente, às queixas de sofrimento psíquico da população atendida, que eventualmente possam emergir? Sendo essa nossa problemática, buscar uma metodologia de pesquisa que contemplasse a visão destes profissionais da rede básica, acerca do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico e os

modos de ação/intervenção desenvolvidos para o enfrentamento dessa questão exigiu uma reflexão sobre as técnicas que melhor auxiliariam a alcançar as informações necessárias à análise e produção de conhecimento referente à temática investigada.

A entrada em campo foi em muito facilitada pela ligação existente entre o Centro de Saúde Escola e a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, a qual eu estou diretamente ligada como mestrand. Como já explicitado anteriormente, o local onde desenvolveu-se a pesquisa possui uma cultura de desenvolvimento de pesquisas em saúde pública, estando portanto familiarizado com alguns procedimentos habitualmente utilizados pelos pesquisadores em campo, como por exemplo com a circulação de pessoas na unidade observando as atividades desenvolvidas pelos profissionais e com a solicitação de entrevistas.

No entanto, seria imprudente e até mesmo ingênuo imaginar que devido a este fato as pessoas que trabalham na unidade não se sintam observadas, vigiadas e talvez, em alguns momentos, até mesmo incomodadas com a presença contínua de visitantes/pesquisadores interessados em conhecer o cotidiano da vida institucional. Há que se lembrar, inclusive numa atitude respeitosa para com os profissionais e usuários, que apesar do cenário da pesquisa tratar-se de um Centro de Saúde Escola, é um lugar especialmente voltado para a assistência à saúde da população local, logo suas atividades centrais, suas rotinas institucionais não diferem significativamente de outras unidades de saúde da rede básica do município – a não ser pelas características já explicitadas anteriormente.

Por conseguinte, entrar em campo e desenvolver as atividades de pesquisa, familiarizar-se com o funcionamento do Centro de Saúde, relacionar-se com a equipe envolveu um processo de contínua negociação, fosse como observadora participante, nos momentos de visita aos diversos módulos de atendimento, ou como entrevistadora, que procura travar relações de confiança e empatia com os informantes-chave.

Pode-se dizer que, em grande parte, o trabalho desta investigação foi facilitado pela Coordenação de Ensino e Pesquisa existente na Unidade de Saúde, através da qual fui apresentada aos coordenadores da Triagem, dos módulos da ESF, e à equipe do Setor de Documentação e Informações em Saúde da Unidade (SEDIS). Os demais contatos foram sendo construídos durante o período de observação participante, principalmente, com os profissionais da clínica médica e com os profissionais de saúde mental.

Uma vez que o pressuposto central desta pesquisa refere-se ao entrelaçamento, à coabitação de uma mesma dimensão nas ações desempenhadas pela saúde pública e pela saúde mental, haja vista ambas exercerem intervenções que incidem diretamente sobre os processos de subjetivação dos sujeitos em sofrimento, deve-se pontuar que o contexto da atenção básica – além de compor a especificidade deste estudo – foi escolhido por apresentar, inclusive historicamente, as ações mais expressivas do caráter preventivo/interventivo dos modelos de atenção à saúde coletiva no Brasil.

Ao relatar esta pesquisa, meu objetivo principal centrou-se no desvelamento do cuidado e da escuta, oferecida pelos diferentes trabalhadores em saúde da atenção básica aos problemas de sofrimento psíquico trazidos pela população local, buscando identificar modos de agir, modelos de intervenção utilizados, aspectos interacionais da diáde profissional/usuário, pontos de contraste entre a fala e a *práxis*. A partir disso, foi possível pensar a prática e as diversas concepções de atuação em saúde implícitas na configuração do trabalho cotidiano, sempre através dos relatos, das análises dos atores envolvidos e das situações observadas.

Gostaria de retomar neste momento algumas das perguntas que nortearam este estudo, com o objetivo de situar melhor as opções metodológicas realizadas ao longo do caminho da pesquisa de campo. A primeira pergunta refere-se ao lugar ocupado pela atenção básica no atual contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta foi a pergunta mais geral do estudo, elaborada inicialmente, da qual derivaram-se as demais, que conduziram à configuração de um campo mais específico de estudo. Entre as perguntas posteriores que instigaram a condução da pesquisa, encontram-se as questões a seguir:

- ◆ Como podem as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família transformarem-se em dispositivos de acolhimento capazes de contribuir efetivamente com a inversão do modelo assistencial em saúde mental, no município do Rio de Janeiro?
- ◆ Quais as atuais modalidades de atenção às pessoas em sofrimento psíquico existentes no âmbito da atenção básica em saúde?
- ◆ Como um estudo de caso, de abordagem qualitativa, pode informar eixos de análise e construir caminhos, para pensar a *práxis* em saúde mental na atenção básica, mais coerentes com o contexto das novas políticas de saúde mental em curso no Brasil?

Esses questionamentos auxiliaram tanto na construção da orientação teórica do estudo como serviram de norte para a elaboração das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa e para as análises empreendidas posteriormente do material levantado.

As fontes utilizadas para o levantamento dos dados desta pesquisa constaram dos registros das observações em campo, das transcrições das entrevistas realizadas com os atores sociais e do levantamento de alguns dados nos prontuários, através de um instrumento desenvolvido para este propósito. Este trabalho de obter informações dos prontuários da Unidade consistiu principalmente em conhecer de que forma era registrado o percurso do usuário na Unidade, procurando perceber, através da história clínica deste usuário, de que modo era conduzido até os profissionais de saúde mental, e quais eram os encaminhamentos propostos, bem como buscando identificar as relações travadas entre as diferentes especialidades e as clínicas “psi” da Unidade, quando se trata do acompanhamento de um usuário com queixas de sofrimento psíquico, ou identificado como tal. Além disso, o contato direto com os prontuários possibilitou a verificação da qualidade dos registros realizados pelos técnicos e profissionais de saúde, permitindo uma articulação entre a qualidade dos registros e a importância conferida pelos trabalhadores ao prontuário, enquanto instrumento de conhecimento da trajetória institucional do usuário e documento expressivo de parte da história de vida desta pessoa.

Esta pesquisa, inicialmente, intencionava também traçar um perfil clínico e sócio-demográfico da clientela que chega aos profissionais de saúde mental, através de diversas variáveis elencadas para compor o instrumento de coleta dos dados. Todavia, ao longo das incursões no cenário da pesquisa, dada a riqueza oferecida pela perspectiva de aprofundar esta investigação em torno das falas e condutas dos trabalhadores em saúde - buscando assim resgatar a preponderância do agir pessoal e coletivo na transformação dos processos de trabalho em saúde, ou seja, na mudança dos *fazer*s – optou-se por focalizar neste estudo o vetor das práticas e concepções construídas no cotidiano pelos técnicos e profissionais da Unidade. Vetor este que é atravessado por uma rede de sentidos e significações que se almejava analisar, à luz da atenção básica em saúde ao portador de sofrimento psíquico.

Deste modo, houve um recorte e uma delimitação em torno do que poderia constituir-se um estudo de demanda em saúde mental da população atendida pela Unidade, a favor de um centramento na proposta de cartografar as modalidades de cuidado e as escutas oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico que se dirigiam à Unidade ou às equipes de Saúde da Família. A descrição de algumas características da clientela assistida pelos profissionais de saúde mental permaneceram compondo, então, um “pano de fundo”, o qual certamente auxiliou na compreensão de algumas configurações dos atendimentos em saúde mental realizados na Unidade e abriu tantos outros questionamentos acerca das estratégias de ação em saúde mental na atenção básica.

Essa etapa de obtenção de informações quali-quantitativas acerca do perfil dos usuários que acessam os profissionais de saúde mental da Unidade restringiu-se a algumas categorias como: sexo, local de residência, grupo diagnóstico primário, tipos de encaminhamento, número de usuários, percentagem de utilização das especialidades de saúde mental, consultas por especialidade e média de consultas/ano (tendo como referência o período estudado). O acesso a essas informações foi bastante facilitado pela informatização das informações contidas nos prontuários num banco de dados mantido pelo SEDIS, e através do qual com o auxílio de um membro da equipe pude trabalhar com os dados de modo mais rápido e funcional. A estruturação final do instrumento de coleta de dados referente ao banco de dados e aos prontuários pode ser visualizada no anexo VI.

O período selecionado, para a elaboração desta caracterização do “programa” de saúde mental e dos usuários da Unidade atendidos pelos profissionais de saúde mental, corresponde à 01/11/2001 à 30/11/2002. O período referido foi determinado como o mais adequado por englobar as informações mais atualizadas no banco de dados do SEDIS, ao longo de um ano.

3.2.1. Observação Participante

A observação participante, no caso desta investigação, consistiu numa abordagem complementar do universo pesquisado e num momento privilegiado de construção das primeiras aproximações e dos vínculos com os atores envolvidos, tendo facilitado intensamente a condução posterior das entrevistas com os técnicos e profissionais da Unidade. Em conjunto, ambas as estratégias – observação e entrevistas – compuseram o núcleo central do trabalho de coleta de dados. A experiência direta com a atividade tecno-assistencial dos atores sociais e o registro das impressões obtidas no cotidiano institucional possibilitaram a verificação crítica das potencialidades desta pesquisa, da reformulação de inferências prévias à entrada em campo, bem como a composição geral das dinâmicas e dos papéis institucionais dos atores.

Pode-se afirmar que a entrada no Centro de Saúde Escola, as relações travadas com os profissionais durante o período da pesquisa, as observações da triagem e da sala-de-espera dos módulos de atendimento e os momentos informais de conversa com profissionais mais próximos dialogam com as informações coletadas através dos outros procedimentos metodológicos.

Na maior parte do tempo, foi grande a receptividade das pessoas à pesquisa, ocorrendo por vezes alguma atitude de resistência ou desagrado inicial em estar sendo observado ou sendo solicitado a conceder entrevistas, o que se dissolvia a medida que me aproximava mais do profissional e que os propósitos do estudo lhe eram clarificados, junto ao comprometimento de não permitir sua identificação no relato dos resultados. Isso foi firmado, formalmente, com cada ator através de um

Termo de Consentimento (anexo II) no qual era assegurada a livre participação do mesmo, bem como o sigilo sobre sua identificação.

A etapa de observação participante teve a duração de cerca de 3 meses, incluindo toda a fase inicial de apresentação à chefia e às coordenações, passando pelo tempo em que me coloquei como uma visitante freqüente da Unidade, fazendo neste período em torno de 2 a 3 visitas semanais. Procurava alternar minha presença entre os turnos da manhã e da tarde para englobar as dinâmicas existentes nos diferentes períodos de trabalho, uma vez que já havia percebido um maior fluxo de usuários no período da manhã, devido fortemente a distribuição das fichas de atendimento nesse turno, exclusivamente. Uma das confirmações dessa constatação foi a solicitação dos profissionais, durante a etapa das entrevistas, que eu as agendasse para o período da tarde, descrito por eles como mais tranquilo.

No Setor de Documentação e Informações em Saúde, pude conhecer como eram arquivados os prontuários, o processo de informatização dos dados através do Sistema de Gerenciamento da Atenção Básica (SIGAB) e de outros bancos de dados. Tive acesso ao trabalho de mapeamento da área de abrangência da Unidade, realizado pelo Setor de Geoprocessamento, por meio do qual foi possível realizar uma melhor caracterização da Unidade e do contexto local a qual está vinculada. A relação construída com estes profissionais foi bastante profícua e gratificante para ambos os lados, já que sentiam que o produto do trabalho por eles desenvolvido podia beneficiar e contribuir com diversos estudos e pesquisas realizados na instituição.

Ao final de cada observação realizada, eram registrados os eventos e os processos interacionais mais relevantes dentro da configuração geral, como por exemplo as situações mais significativas daquele dia ou a minha impressão sobre o clima institucional – vide modelo do registro do Diário de Campo no Anexo III. A vivência da observação participante, as anotações dos eventos, das dinâmicas relacionais entre técnicos/profissionais e usuários, provou ser de grande valia quando houve a necessidade de retornar às situações, que somente com o auxílio da memória provavelmente perderiam sua riqueza simbólica. Como a observação participante pode ser considerada um dos sustentáculos da pesquisa qualitativa, a sistematização dos registros, em forma de *diário de campo*, contribuiu de modo ímpar para as análises subseqüentes.

3.2.2. O momento das entrevistas

A escolha da técnica de entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores em saúde, como fonte principal da coleta de dados, deveu-se ao privilégio concedido às produções discursivas enquanto continentes e produtoras de significações sociológicas que imprimem sua força e seu poder na práxis cotidiana de determinados grupos sociais. Soma-se a esse aspecto, o elemento da *comparação* apontado por Bogdan & Biklen (1994:135), ao reportarem-se a oportunidade de tornar as informações comparáveis entre os vários sujeitos, possibilitada quando utiliza-se esta modalidade de entrevista.

Os contatos iniciais, que levaram à escolha dos entrevistados, começaram através da apresentação formal a alguns membros dos setores da Unidade e aprofundaram-se durante o processo de observação de campo. Inicialmente, os contatos estreitaram-se com os técnicos e profissionais responsáveis pela triagem dos usuários, sendo que as primeiras entrevistas foram realizadas neste setor, tendo sido entrevistada uma técnica de enfermagem e uma enfermeira.

Posteriormente, procurou-se estabelecer contatos com os demais setores e com os técnicos e os profissionais dos diferentes módulos de atendimento⁴. O acesso à equipe da ESF foi facilitado por uma profissional de saúde da Unidade que demonstrou um grande interesse e abertura aos propósitos desta investigação. Desta forma, seguindo a idéia inicial, selecionou-se uma auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde em alcoolismo (pelo caráter do trabalho que desenvolvem na comunidade), um clínico-geral, uma enfermeira e a coordenadora do Programa. Procurou-se, a partir daí entrevistar outros profissionais da Unidade como o pessoal da clínica médica⁵ e os profissionais de saúde mental. Foi consentida entrevista por mais um clínico-geral (havíamos, também, entrevistado um profissional de clínica médica da ESF), dois psicólogos, dois psiquiatras e uma assistente social.

As 14 entrevistas, todas individuais com cada um dos profissionais que consentiram em participar (ver Termo de Consentimento no anexo II), foram gravadas em áudio-tape e transcritas na íntegra, buscando posteriormente compor categorias de análise para as falas dos atores em torno do tema proposto. Há que se pontuar que não houve uma preocupação com o aspecto quantitativo das entrevistas, uma vez que teóricos (como por exemplo, Erickson, 1999) em pesquisa qualitativa sustentam que o que importa nesses estudos é o volume de informações considerado pela pesquisadora como significativo para contemplar as questões levantadas pela pesquisa.

Os trabalhadores em saúde entrevistados tinham idades entre 27 e 53 anos, e tinham sua inserção no atendimento à saúde pública através do Centro de Saúde Escola de uma tradicional Instituição de Ensino e Pesquisa do Ministério da Saúde. Dois roteiros de entrevistas semi-estruturadas (anexos IV e V) foram elaborados com o objetivo de guiar a conversa entre a pesquisadora e o informante. O primeiro roteiro é composto de perguntas dirigidas a trabalhadores em saúde da Unidade que não fossem trabalhadores em saúde mental, ou seja, este primeiro grupo de perguntas foi dirigido a agentes de saúde, técnicos de saúde, enfermeiros e médicos. O segundo roteiro formulado destinava-se a profissionais que tivessem – devido ao seu exercício profissional na Unidade – alguma vinculação com a saúde mental, e por conseguinte, com o atendimento aos usuários em sofrimento psíquico.

Esta ordenação das perguntas em roteiros distintos deveu-se ao fato de acreditar que o grau de informação, formação, experiência e reflexão acerca do tema poderia ser absolutamente diferente quando comparássemos os dois grupos em questão. Optou-se, então, por separá-los previamente em dois roteiros, mantendo alguma semelhança entre as perguntas principais, mas aprofundando um pouco mais as questões dirigidas aos profissionais de saúde mental por imaginar que estes estão sob a influência tanto do trabalho em saúde mental que desenvolvem na rede básica, quanto da possibilidade de possuírem algum conhecimento prévio das novas políticas do setor, e que portanto

⁴ Módulos de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde Mental e Núcleo de Dependência Química (NUDEQ).

⁵ Fato este que se justifica por dois motivos: o primeiro está relacionado à *especificidade da clínica médica* em relação às outras clínicas. Pela *natureza de sua prática*, não guarda *a priori* preocupações específicas com o funcionamento de um órgão ou sistema biológico, o que pode favorecer um olhar mais ampliado acerca dos processos de saúde/doença. Deste modo, pode-se dizer que a clínica médica é atravessada pela dimensão da totalidade (talvez, pudesse arriscar dizer integralidade) no modo de perceber o paciente/usuário, estando a cabo de cada profissional o exercício desta dimensão na clínica. O outro motivo vincula-se à percepção, que foi sendo construída através das informações obtidas nos prontuários, de que era bastante significativo o número de encaminhamentos realizados pela clínica médica aos profissionais de saúde mental. Esta discussão será melhor esboçada no Capítulo V, referente à Análise de Dados.

suas falas estariam submetidas a outros fatores, outras influências não previstas no primeiro grupo. Se esta hipótese foi confirmada ou não, poderemos discutir mais adiante⁶.

Antes de começar as entrevistas, os sujeitos eram informados da temática central desta investigação. As questões relativas ao roteiro de entrevista foram sendo colocadas de modo a permitir contribuições dos entrevistados que quisessem incluir outras informações relacionadas.

As falas dos trabalhadores em saúde foram codificadas a partir de um grupo de símbolos desenvolvido a partir das transcrições das fitas, em que foram atribuídas codificações de acordo com o grupo profissional dos entrevistados e a numeração seqüencial das entrevistas. Como no exemplo, a seguir, de uma entrevista com um agente comunitário de saúde, o código atribuído foi: **A-1**, onde A refere-se à sua situação funcional na instituição (agente de saúde) e 1 o número designado para sua identificação. Caso o entrevistado fosse uma mulher, exercendo clínica médica ou psiquiatria usou-se o código: **M-3**, onde M corresponde às profissões médicas seguido do número correspondente. Para o caso dos entrevistados exercerem profissões não-médicas (enfermagem, psicologia e assistência social) a letra utilizada é **P**, enquanto os técnicos em saúde são representados pela letra **T**.

3.2.3. Aspectos relativos às escolhas

Alguns aspectos relativos às escolhas, aos caminhos percorridos para se chegar até as pessoas devem servir como substrato para a reflexão das potencialidades e dos limites implícitos em cada tomada de decisão feita pelo pesquisador.

Primeiramente, poder-se-ia dizer que procurar um local de pesquisa propício aos objetivos do estudo não foi uma tarefa que se deu sem alguns questionamentos neste trabalho. Em muitos momentos, questioneei a viabilidade de desenvolver tal pesquisa em um Centro de Saúde Escola vinculado à uma Instituição com tradição em ensino e pesquisa em Saúde Pública. E foi-me colocado por alguns pesquisadores mais próximos e experientes a necessidade de refletir sobre esta escolha. Desta experiência, foi possível descobrir que na condução de um estudo muitas vezes o investigador é levado a assumir riscos, reconhecer as conseqüências daí advindas e aprender a lidar com elas, num processo contínuo de análise e negociação dos fatores positivos e negativos que podem intervir nesta produção de conhecimento. A opção feita aqui, portanto, foi a de valer-se dos benefícios trazidos em realizar este trabalho num Centro de Saúde Escola como: facilidade para entrada em campo, contatos preliminares com os profissionais do serviço, tradição de pesquisa naquele local e inclusive acesso facilitado pela proximidade à instituição a que me vinculo no Mestrado, o que favoreceu ganhos em termos de tempo também.

Em segundo lugar, outro risco enfrentado e assumido nesta escolha substancializa-se, principalmente, no fato da apresentação inicial a alguns membros da equipe de saúde da Unidade ter sido possibilitada por instâncias superiores, o que poderia vir a gerar suspeitas ou desconfortos aos sujeitos, se soasse como algo impositivo por parte da chefia. Nesta pesquisa, em particular, isto parece não ter acontecido, já que diversas vezes teve-se o cuidado de explicitar a livre participação, o sigilo do informante e a utilização das informações somente para os fins de divulgação dos resultados da pesquisa, embasado também pela percepção pessoal da disposição e interesse dos técnicos e profissionais em colaborar com o estudo.

⁶ Ver discussão realizada no Capítulo V.

Uma outra questão delicada é quanto à determinação do que viria a ser um informante-chave. O que nos permite dizer que este ou aquele sujeito seriam melhores informantes que outros? Em que medida é plausível a assertiva de que os médicos especialistas têm menos visão holística ou compreendem menos aspectos subjetivos do processo de adoecimento humano, que os profissionais da clínica médica? Procedendo, portanto, de modo a garantir a qualidade das informações obtidas, mas também ciente de obstáculos operacionais comuns em pesquisas que se ambientem em locais de assistência à saúde, as indicações em cadeia fornecidas pelos próprios entrevistados tornou-se a maneira mais utilizada para buscar-se os informantes-chave, sendo que a entrevista era agendada e em alguns casos remarcada, levando em conta a disponibilidade dos sujeitos. Essa foi a estratégia utilizada para evitar a arbitrariedade na escolha dos entrevistados segundo critérios unicamente pessoais do pesquisador, permitindo dessa forma que a avaliação dos próprios atores envolvidos contribuísse como um guia nas escolhas seguintes.

Lidar com todos estes questionamentos e mantê-los como elementos críticos do trabalho compõem talvez o lado mais árduo da análise dos resultados.

Todas as entrevistas aconteceram no ambiente do Centro de Saúde Escola, geralmente em salas utilizadas pelos próprios técnicos ou profissionais de saúde, o que resguardou qualidade à gravação e privacidade à conversa.

O trabalho em pesquisa qualitativa requer preocupação com todas as etapas do processo, e a confiança construída entre pesquisador/pesquisado é um atributo indispensável para que se iniciem as entrevistas. Pensando deste modo, trabalhou-se a construção destes vínculos com os atores antes de iniciar-se as entrevistas, por meio de um trabalho de aproximação – desenvolvido também ao longo da observação participante –, através de conversas informais sobre situações do cotidiano, a fim de que a entrevista não fosse realizada exclusivamente como parte de um requisito formal da investigação.

Houve, também, a preocupação com a saída gradual do cenário da pesquisa, mantendo assegurado junto aos participantes de que eles teriam acesso ao resultado final do trabalho, caso fosse de interesse dos mesmos.

3.3. Análise de dados como processo permanente

A tarefa de análise dos dados consistiu em organizar, inicialmente, todo o material disponível, que de certa forma já vinha sendo sistematizado ao longo deste processo na tentativa de visualizar-se o que já tinha sido produzido e o que ainda faltava atingir.

A operacionalização da análise englobou a descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos no todo descrito através da observação participante, das entrevistas e das informações colhidas nos prontuários e no banco de dados da Unidade.

Foi possível perceber, a partir desta experiência, que numa abordagem qualitativa de pesquisa a condução e a participação do próprio pesquisador no processo de coleta dos dados possui um valor inestimável e devo até mesmo dizer que é tarefa intransferível. A postura de estar em campo – ao invés de contar com assistentes –, realizar as entrevistas, a própria convivência informal com os

participantes propicia uma visão ampla, mais complexa e talvez até mais comprometida com o universo da pesquisa. Particularmente, teria encontrado bastante dificuldade na redação e análise do trabalho se não tivesse eu mesma realizado cada etapa, vivenciado cada momento em campo.

Quanto às entrevistas individuais com os profissionais e técnicos de saúde, pude constatar a enorme contribuição e riqueza desta técnica quando procedeu-se à análise das falas dos informantes. De modo que as entrevistas foram transcritas e lidas inúmeras vezes para a organização e identificação de elementos comuns (unidades de registro), para em seguida proceder-se à categorização destes elementos segundo critérios de significação e vinculação aos vetores investigados pela pesquisa, a saber, *o acolhimento, a escuta do sujeito e a integralidade na atenção*. Os resultados deste procedimento são analisados e discutidos no Capítulo V.

A análise das falas buscou não somente relatar o que os trabalhadores em saúde da Unidade pensam acerca das questões propostas pela pesquisa, mas também objetivou atingir concepções de saúde/doença mental implícitas na prática cotidiana dos participantes, bem como identificar os modos de produção de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica da Unidade pesquisada. Não se pretende, então, que o que foi apontado por este grupo de profissionais e técnicos de saúde seja generalizável para demais grupos em situações análogas. A expectativa da análise aqui empreendida é, exatamente, levantar alguns questionamentos que sirvam de reflexão para as práticas de atenção em saúde mental na rede básica, no grupo de profissionais participantes do estudo ou de outros envolvidos com o tema, buscando compreender a *perspectiva* daqueles que são os *operadores* desse *cuidado* ou, em outras palavras, os co-produtores da saúde⁷, responsáveis pela recepção e pelo atendimento dos usuários seja nas Unidades ou nas equipes de Saúde da Família.

O grande aprendizado de todo o processo de elaboração teórica desta pesquisa concerne em parte ao desafio de estabelecer a articulação entre o referencial teórico-metodológico e os achados analíticos construídos na pesquisa.

Na presente pesquisa, o método utilizado para trabalhar as informações obtidas ao longo do processo de coleta de dados foi a *Análise de Conteúdo*, em sua modalidade de *análise temática*.

A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo discursivo dos entrevistados justifica-se por ser bastante pertinente à análise do material produzido por meio das entrevistas semi-estruturadas ou nas palavras de Bardin (2002:153) por ser “*rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples*”.

O tema, unidade de registro em torno da qual pode ser realizada a análise temática, encontra na definição de d’Unrug o sentido que a ele é atribuído nesta investigação:

“uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode reenviar (e reenvia geralmente) para diversos temas...”

d’Unrug (*apud* Minayo, 2002:105, grifos meus)

⁷ Entendendo que, neste movimento de co-produção da saúde o usuário é parte potencialmente ativa do processo.

De acordo com Bardin (2002:117), autora tomada aqui como referência metodológica neste processo analítico, a operação de categorização realizada quando se procede à investigação dos temas, consiste num processo de classificação dos “*elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento (...)*”, sendo que, os critérios de classificação podem ser semânticos (temáticos), sintáticos, léxicos ou expressivos. No caso da análise empreendida neste trabalho, a condução do processo que resultou na definição do sistema categorial trata da realização da categorização através de critérios semânticos.

O sistema categorial construído a partir do referencial teórico deste trabalho e da codificação dos dados que emergem do conteúdo dos registros da observação participante e das entrevistas transcritas é constituído de três unidades de análise: acolhimento, escuta do sujeito e integralidade na abordagem.

O *acolhimento* foi escolhido como categoria de análise, neste estudo, visando mapear e compreender os modos de recepção e os processos de produção do cuidado aos usuários em sofrimento psíquico que acessam os espaços de atenção à saúde da rede básica. Como discutido na seção 2.1 do capítulo II, a noção de acolhimento é compreendida como um modo de produzir cuidados em saúde, modo este operacionalizado exatamente pela via dos processos relacionais travados entre usuários e trabalhadores em saúde.

Já a categoria *escuta do sujeito* possui a função de fornecer visibilidade acerca da racionalidade médico-psiquiátrica que orienta o agir em saúde dos profissionais da atenção básica. O destaque concedido, nesta análise, à escuta clínica sustenta-se no potencial desta engendrar estratégias de cuidado para lidar com as pessoas em sofrimento psíquico na atenção primária de saúde - distinguindo-se neste estudo a escuta da doença e a escuta do sujeito (como analisado na seção 2.3 do capítulo II).

Por fim, o conceito de integralidade na atenção é trabalhado como categoria de análise a fim de expressar os modos de organização das ações na atenção básica, produzidos pelos trabalhadores em saúde em resposta às necessidades e demandas por cuidados em saúde mental apresentadas pelos usuários.

A partir da leitura recorrente das entrevistas com os trabalhadores em saúde e com base, também, nos registros da observação participante procedeu-se à identificação dos elementos temáticos mais significativos ao estudo em questão, procurando estabelecer uma sistematização destas informações por meio das categorias supra-citadas que compõem igualmente o foco do referencial teórico adotado no presente estudo.

A análise realizada, de modo algum, esgota outras possibilidades de abordar ou de interpretar o material produzido por esta investigação. Porém, as nuances do modo particular com que cada pesquisador conduz a tarefa de conhecer determinada realidade compõem a riqueza e a particularidade da produção do conhecimento científico, sempre aberto a novas produções de sentido.

No capítulo seguinte, descreve-se, após um breve relato sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, o contexto de pesquisa e as especificidades da Unidade de Saúde em foco.

CAPÍTULO IV:
A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO

IV. A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

4.1 Breve Relato sobre a Reestruturação da Assistência

O processo de historicização e caracterização das ações de saúde mental voltadas às pessoas em sofrimento psíquico no município, é bem explicitado por Reis (*apud* Gomes, 1999:174-175), ao analisar a assistência psiquiátrica em décadas passadas:

“As ações de saúde mental desenvolvidas pelo município, nas décadas de 60 e 70, restringiram-se a núcleos de equipes multiprofissionais, dentro da Secretaria de Educação, que atendiam a crianças com dificuldades de aprendizagem. (...) Cabia, assim, às Unidades do Ministério da Saúde, e às clínicas privadas, o atendimento à população. Sendo que, os hospitais públicos atendiam basicamente à população sem vínculo trabalhista e as clínicas privadas conveniadas com a Previdência atendiam à população previdenciária e recebiam o repasse das suas próprias unidades, ou comprando serviços do setor privado, o governo federal era o principal responsável pela assistência à saúde mental (hospitalar ou ambulatorial) da população carioca. (...) A dicotomia de ações entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde ficava bastante evidente na área da psiquiatria com o crescimento da rede privada conveniada e o quase abandono, por falta de recursos, das unidades da [antiga Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM]”

(Reis *apud* Gomes, 1999:174-175)

Portanto, segundo Gomes (1999:174), “...é somente no final da década de 80 que a saúde mental é incorporada à Secretaria Municipal de Saúde”, destacando para os fins desta pesquisa, que localiza-se exatamente no início dos anos 80 o primeiro movimento de lotar psiquiatras nas Unidades Básicas de Saúde e nos serviços de Emergências, através dos Pólos de Internação Psiquiátrica¹, que a princípio poderiam possibilitar a redução das internações na cidade. Este movimento era decorrente do Projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no município do Rio de Janeiro – Área de Psiquiatria, que elegeu hospitais ou unidades como referências de uma respectiva Área, ao qual eram subordinados os demais serviços assistenciais em saúde mental. No entanto, esta estratégia não alcançou sucesso no seu papel de reorganizar as ações assistenciais, e ainda contribuiu para a consolidação de um longo processo de “ambulatorização” da assistência psiquiátrica no município. Todavia, é tácito dizer, como adverte Delgado (*apud* Gomes, 1999:178), que a despeito dos obstáculos encontrados na operacionalização da missão dos pólos há que se considerar que:

¹ Foram instalados cinco Pólos de Emergência correspondentes às cinco Áreas de Planejamento em Saúde: PAM Venezuela, atual Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro – CPRJ (AP1); Hospital Philippe Pinel – HPP (AP2); Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII, atual Instituto Municipal Nise da Silveira (AP3); Colônia Juliano Moreira (AP4) e PAM Bangu (AP5). Nos dias de hoje, esta estrutura ainda se mantém, exceto no caso do PAM Bangu que cessou suas

“...estabeleceu-se um esboço de gerência daquilo que parecia ingerenciável. O uso abusivo de internação recebeu o impacto de uma primeira iniciativa de controle (...), iniciou-se uma racionalização da distribuição geográfica dos serviços. O problema é que não havia serviços que não fossem de internação.”

(Delgado *apud* Gomes, 1999:178, grifos da autora)

A discussão mais efetiva em torno da reestruturação da assistência psiquiátrica no município do Rio de Janeiro e da inversão do modelo de atenção à saúde mental parece ter encontrado seu momento mais propício a partir do Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos, realizado em 1995. O Censo tinha como escopo promover um levantamento sócio-econômico e clínico desta população, propiciando a partir dos dados obtidos o planejamento da alocação de serviços não-manicomiais necessários à transformação da assistência.

Dessa forma, tendo como parâmetro o mapeamento da distribuição dos serviços existentes no município e as informações sobre o perfil da clientela dos hospitais psiquiátricos da rede, o Censo parece ter se configurado no grande alibi a favor da implementação de um novo dispositivo de atenção em saúde mental. Pode-se dizer, que o Censo representou inclusive uma negociação no âmbito político-administrativo na tentativa de fazer conhecer a clientela usuária da rede hospitalar para então sustentar a implementação de uma nova política pública para o setor e redirecionar o modelo de atenção.

Gomes (1999:184-219) afirma que “...o Censo dos Hospitais Psiquiátricos irá demonstrar, mais tarde, que a população que se utiliza das internações como meio de cuidado não é a mesma atendida nos ambulatórios e demais unidades de saúde.” Esta constatação tem maior visibilidade quando nos reportamos aos resultados obtidos através do Censo², os quais revelam que 56,90% dos internos não utilizavam nenhuma modalidade de tratamento ambulatorial antes da atual internação, reiterando a necessidade de redirecionar os recursos/investimentos - até então restritos à assistência hospitalar - para a construção de novos dispositivos de cuidados extra-hospitalares, ou melhor, que tivessem como base de sua ação o território.

A estratégia de implantação de um novo dispositivo de atenção diária e integral ganha impulso e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) demarca o ponto-de-partida da inversão do padrão assistencial e também a construção de uma política pública de saúde mental para o município. Destaca-se que esta experiência só foi possível quando a saúde mental se permitiu entrar como ator no município através do processo de municipalização dos serviços de saúde. Para Gomes (1999:174), isto se deve ao fato de que foi somente:

“...a partir do processo de municipalização e, paralelamente da reestruturação da política de saúde mental do Ministério da Saúde, (...), que os municípios foram chamados a assumir a responsabilidade pelas ações direcionadas aos casos de sofrimento psíquico.”

(Gomes, 1999:174, grifos meus)

atividades por motivos operacionais. Dessa forma, o Hospital Jurandir Manfredini (Colônia Juliano Moreira) constituiu-se como pólo de internação das AP's 4 e 5.

A proposta dos CAPS procura então favorecer a atenção e o cuidado mais qualificado aos portadores de transtornos mentais, tendo como objetivo primordial o acompanhamento da clientela considerada mais comprometida em termos psicossociais, seja pela gravidade do seu quadro clínico ou pela cronicidade provocada pelos longos anos de internação. Entende-se, neste trabalho, que as ações operadas através destes dispositivos encontram na utilização dos recursos comunitários e nas políticas intersetoriais sua força motriz.

Atualmente, o município do Rio de Janeiro dispõe de nove CAPS distribuídos em sua rede assistencial e credenciados para funcionamento de acordo com a atualização e a classificação, estabelecidas na portaria MS/SAS nº 336³, de 19/02/02. Destes nove dispositivos, seis destinam-se ao atendimento da população adulta⁴, enquanto três estão voltados para o atendimento do público infanto-juvenil⁵.

Algumas considerações ainda devem ser feitas em relação à configuração da rede atual. O cenário atual sinaliza para a importância da construção e consolidação de uma política sólida para o binômio moradia/trabalho que contemple os requisitos básicos, necessários ao retorno e à permanência dos usuários na comunidade. Esta situação é muito bem expressa por Delgado (1997:42) quando o mesmo aponta como imprescindível a conjugação de outros dispositivos e ações, para que esta estratégia de reorientação do modelo baseada nos serviços territorializados possa sustentar-se e prescindir do recurso hospitalar:

“(...) Mais do que em qualquer outra área da assistência à saúde, as demandas colocadas aos programas de saúde mental são complexas, e obrigatoriamente interdisciplinares e multi-profissionais. (...) trata-se de ajudar o usuário em sua vida cotidiana por uma vida melhor.”

(Delgado, 1997:42)

Já a proposta de discutir modalidades de cuidado na rede primária de saúde, considerando esta estratégia uma outra possibilidade para o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, conduz ao resgate de algumas questões já muito trabalhadas por alguns autores (Bezerra Jr., 1987; Figueiredo, 1997) sobre o atendimento em saúde mental no *lôcus* dos ambulatórios⁶. A reflexão sobre a prática nos

² O Censo dos Internos tomou como data-base para a coleta das informações o dia 24 de outubro de 1995. Caracterizando-se, portanto, por ser um recorte do panorama geral da assistência hospitalar psiquiátrica do município, naquele momento.

³ A Portaria 336/02 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPSi são dirigidos ao atendimentos de crianças e adolescentes e o CAPSad destina-se a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

⁴ São eles: CAPS Lima Barreto/Bangu, CAPS Rubens Corrêa/Irajá, CAPS Arthur Bispo do Rosário/Taquara-Jacarepaguá, CAPS Pedro Pellegrino/Campo Grande, CAPS Ernesto Nazareth/Ilha do Governador e CAPS Simão Bacamarte/Santa Cruz. Todos os CAPS referidos foram classificados como CAPS II.

⁵ São eles: CAPSi Eliza Santa Rosa/Taquara-Jacarepaguá, CAPSi CARIM e CAPSi Pequeno Hans/Jardim Sulacap.

⁶ Para maior aprofundamento no assunto remeter-se às obras dos autores: Bezerra Jr., B., 1987. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. *In: Cidadania e Loucura*. Petrópolis: Vozes.

Figueiredo, A.C., 1997. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

ambulatoriais ganha contornos neste trabalho mais como um exercício de repensar a condução dos atendimentos psiquiátrico-psicológicos nas unidades básicas de saúde do município, e não por uma mera analogia entre os “velhos” moldes do ambulatório e a estrutura de cuidado prestada por aquelas unidades.

De acordo com Gomes (1999:265), a expansão da assistência psiquiátrica ambulatorial, ocorrida na década de 80, seguida de um processo de “sucateamento e perda de profissionais” acabou por produzir uma nova via de cronificação dos usuários, expressa de modo exemplar pela indução à farmacodependência. Todavia, a face deste processo de *ambulatorização* é composto por outros elementos igualmente “perversos” como: longas filas de espera para atendimento, padrão de consultas de curtíssima duração associados a medicalização dos sintomas.

Lembrar de estratégias de atenção que, historicamente, demonstraram ser inócuas e, em certa medida, até mesmo iatrogênicas pode nos auxiliar a dimensionar melhor o alcance de algumas ações que vem sendo desenvolvidas na atenção básica em saúde mental e talvez conduzir a propostas mais amplas, articuladas com as demais estratégias de atenção em saúde e mais comprometidas com as necessidades da comunidade local.

Falar sobre estas políticas de reestruturação da assistência extra-hospitalar em saúde mental é pensar, também, o que pode ser feito para dinamizar os dispositivos e as práticas dos profissionais *psi* das unidades básicas de saúde (PAM's, Centros de Saúde). Assim como conhecer o que tem sido realizado nessas unidades, avaliar os limites e potencialidades destes espaços como locais de acolhimento emerge como tarefa da qual o movimento de reforma psiquiátrica não pode furtar-se.

Utilizar os recursos existentes na comunidade para compor uma rede de atenção ao usuário em sofrimento psíquico constitui uma das forças deste novo projeto de cuidado em saúde mental. Isso significa, dentre outras coisas, trabalhar pela interlocução maior entre os profissionais dos dispositivos de atenção diária e os demais profissionais da rede, que muitas vezes desconhecem, ou não são convocados a discutir as transformações pelas quais vem passando, gradualmente, a assistência psiquiátrica no município. Envolver-se, assim, nesta tarefa é fundamental para que a rede básica de saúde possa fortalecer-se como um dos dispositivos de acolhimento capaz de contribuir para este processo de inversão do modelo de atenção em saúde mental, em curso na cidade.

Um aspecto importante deste movimento de reestruturação da atenção extra-hospitalar é que o conjunto de ações existentes na cidade sinalizam para a multiplicidade de projetos de cuidado e de atenção psicossocial, dada também a diversidade de questões que emergem nos mais diferentes espaços sociais do município.

Acredito ser esta a grande contribuição trazida por todas as experiências que exprimem a tentativa de inversão da assistência psiquiátrica no Brasil: a possibilidade de superação de um “modelo” único de atendimento, ou de um determinado padrão de ações, rompendo com a estandarização do cuidado em saúde mental. A configuração de novas estratégias de ação no cenário da atenção básica no município, em decorrência do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, encontra na experiência iniciada na Ilha de Paquetá há alguns anos, um de seus exemplos, conforme descrito pela SMS/GSM (1997:02):

“(...) estamos desenvolvendo um treinamento dos médicos da Unidade e o Programa Saúde da Família de Paquetá para que o atendimento psiquiátrico especializado em Paquetá possa vir a ser realizado por médicos generalistas com supervisão (...) e atuação conjunta com os psicólogos lotados na Unidade.”

(SMS/GSM, 1997:02)

Atualmente, tem se através de um documento interno da Coordenação de Programas de Saúde Mental da SMS/RJ algumas diretrizes prioritárias segundo as quais está previsto, dentre outras ações, um programa de Saúde Mental Comunitária. As principais medidas operacionais previstas para a implementação destas ações na atenção básica em saúde do município englobam: supervisão das equipes da Estratégia Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde mental, integração do subsistema saúde mental com o PACS e a ESF, programa de Treinamento e Educação Continuada, além do desenvolvimento de um sistema de avaliação (SMS/CPSM, 2002).

Entretanto, não se pode dizer ainda da existência de uma política voltada para orientar estas ações que vem sendo desenvolvidas, localmente, no âmbito da atenção básica em saúde mental.

O que ocorre em determinadas experiências locais são fruto da iniciativa de alguns profissionais de saúde ou do gestor local que sentem a necessidade de ampliar e complementar o campo de atuação da Estratégia Saúde da Família, buscando incluir ações de saúde mental –, principalmente, as vinculadas à promoção da saúde – como parte de uma estratégia de inversão do modelo de atenção à saúde.

Entende-se, portanto, que uma abordagem qualificada dos aspectos psicossociais dos usuários das unidades de saúde e das estratégias da atenção básica compõem também o escopo das ações dos trabalhadores em saúde.

4.2. Características e Peculiaridades da Área de Planejamento 3.1 e o Centro de Saúde Escola

Germano Sinval Faria da ENSP/FIOCRUZ

Os dados e as informações colhidas para a realização desta pesquisa foram levantados no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSGSF, da Fundação Oswaldo Cruz, pertencente à Área de Planejamento 3.1⁷ da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ. Considera-se, portanto, imprescindível a contextualização do cenário da pesquisa, a descrição de suas características sócio-demográficas, bem como a apresentação de alguns indicadores das condições de vida local.

A Área de Planejamento 3.1 da SMS/RJ está, atualmente, dividida em três micro-regiões, de acordo com o acesso que a população possui aos prestadores de serviço, sendo elas: Ilha (Ilha do Governador e Ilha do Fundão), Leopoldina Norte e Leopoldina Sul. Ao CSEGSF cabe coordenar e executar as ações de atenção à saúde da subárea Complexo de Manguinhos – integrante da micro-região Leopoldina Sul.

Para descrever o contexto no qual se insere o CSEGSF, vale a pena recorrer às palavras de Zancan & Bodstein (2002:52) sobre a sociedade brasileira:

“pobreza e desigualdade social formam um dos traços estruturais mais perversos da sociedade brasileira, não se restringindo às áreas mais remotas do país.(...). Esses espaços concentram os principais problemas relacionados à insuficiência na oferta de serviços públicos em áreas como educação, saúde, infra-estrutura urbana, cultura e lazer. Com graves problemas habitacionais e ambientais, vis-à-vis um grande contingente da população vivendo em situação de pobreza, destituição ou exclusão social, as favelas constituem de fato um desafio à administração pública”.

(Zancan & Bodstein, 2002: 52)

O Complexo de Manguinhos insere-se na realidade descrita acima e, atualmente, é composto por três conjuntos habitacionais e oito favelas⁸ (ver mapa no anexo VIII), tendo sua ocupação iniciada no século XX. Localiza-se, de acordo com dados do Setor de Geoprocessamento do CSEGSF, na zona norte do município do Rio de Janeiro, ao longo da Estrada de Ferro da Leopoldina, ocupando uma área localizada na X^a Região Administrativa (RA-Ramos) e na XII^a Região Administrativa (RA-Inhaúma) do município, pertencendo assim a Área de Planejamento (AP) 3.1., como demonstrado no mapa 2 (anexo IX) (Gribel & Figueiredo, 1999).

Alguns estudos apresentam de modo sistematizado algumas informações concernentes a caracterização da população residente em Manguinhos, onde aparecem também dados referentes ao risco ambiental e social marcadamente presente naquela comunidade:

⁷ A Área de Planejamento em Saúde 3.1 é formada pelos seguintes bairros: Bonsucesso, Manguinhos, Olaria, Ramos, Brás de Pina, Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Praça do Carmo, Vigário Geral, Vila da Penha, Bancários, Cocotá, Freguesia da Ilha, Galeão, Ilha do Governador, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá, Zumbi, Jacarezinho, Cidade Universitária.

⁸ No mapa em anexo, podem ser observados os três conjuntos habitacionais citados e nove favelas, isto porque a favela Vila Verde presente no mapeamento realizado em 1999 pelo Setor de Geoprocessamento da Unidade de Saúde

“Sua população atual se aproxima dos 50.000 habitantes; destes, 54% se encontram na faixa etária de 15 a 49 anos, caracterizando uma população jovem/adulta. Cerca de 12.000 domicílios existem na região sendo que 30% estão em áreas consideradas irregulares, provisórias ou de risco. Das crianças e jovens entre 5 e 14 anos, 15% estão fora da escola e aproximadamente 45% da população economicamente ativa está no mercado informal de trabalho, mantendo uma situação de trabalho precária marcada pelo subemprego e desemprego. A violência e o tráfico de drogas são responsáveis por 30% de mortes na região.”

(Zancan & Bodstein, 2002:52-53, *apud* Bodstein *et alli*)

De acordo com Griebel (1999), observa-se também uma ligeira predominância da população feminina (52%) em relação a masculina (48%). Quanto às condições de vida da população do Complexo de Manguinhos, segundo Moreira, Cruz Neto & Sucena (2002:69), em um estudo desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense acerca do Índice de Qualidade de Vida (IQV) em 153 bairros do município do Rio de Janeiro, Manguinhos ocupava a 139ª posição, fato este que os pesquisadores relacionam a problemas como:

“inexistência de espaços adequados para lazer; a rarefação de instituições de atendimento a crianças e adolescentes; a poluição atmosférica; as “casas” de papelão e madeira erguidas na beira dos rios; a baixa auto-estima; o alcoolismo e as demais dependências químicas; os elevados níveis de desemprego e subemprego; a forte presença do tráfico de drogas; e as elevadas taxas de mortalidade de adolescentes por causas externas.”

(Moreira, Cruz Neto & Sucena, 2002:69)

A precariedade das condições de saneamento básico, das condições de habitabilidade, escassez de recursos comunitários que promovam educação e trabalho, aliados aos riscos de grave violência presente nas comunidades de Manguinhos, configuram um cenário retratado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/RJ) local que se encontra em torno de 0,606 (Zancan & Bodstein, 2002:53).

No tocante à disponibilização de serviços de saúde mental na região da AP 3.1, podemos visualizar melhor, através da tabela a seguir, os tipos de unidades de saúde que prestam cuidados em saúde mental à população residente nesta região, o número de unidades prestadoras deste tipo de atenção, as modalidades de atendimento oferecidas e a distribuição geográfica desses serviços:

Distribuição de Unidades prestadoras de cuidados em Saúde Mental na AP 3.1

Tipo de Unidade	Número de Unidades	Modalidades de Atendimento	Distribuição Geográfica
------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

não existe mais. Reafirmando-se aqui que atualmente o complexo é integrado por três conjuntos habitacionais e por oito favelas.

Hospital Geral	02	assistência aos pacientes internados, ambulatório de follow-up e programas de internação domiciliar	Ilha do Governador
Unidade Básica*	07	Assistência ambulatorial e atendimento em grupo	Ramos, Penha, Cordovil, Cumbu e Ilha do Governador
Posto de Urgência	02	Assistência ambulatorial e atendimento em grupo	Jardim América e Bancários/Ilha
Centro de Atenção Psicossocial	02 (um deles não cadastrado) ⁹	Serviço de atenção diária para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes	Freguesia/Ilha do Governador e Olaria

Fonte: Relatório Interno da Coordenação de Programas de Saúde Mental, SMS/RJ. Set. 2002

* O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria não aparece neste relatório da SMS/RJ, apesar de dispor de atendimento em saúde mental. Talvez, isto se deva ao fato de tratar-se de uma unidade de saúde vinculada à uma instituição federal.

Um fato bastante importante para o redirecionamento das ações de saúde mental que se desenvolvem na rede básica da AP 3.1 vem se consolidando, desde o ano de 2002, quando a Coordenação de Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) instituiu, o Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental, voltado para a discussão do processo de reforma psiquiátrica e reestruturação da assistência à saúde mental na área.

Os encontros desse Fórum têm se realizado em diferentes unidades de saúde que compõem a AP 3.1. De acordo com a resolução¹⁰ que institui o funcionamento desse Fórum uma das finalidades dos grupos de trabalho é formular propostas que determinem quais as estratégias de ação serão priorizadas pelos dispositivos existentes na área, visando integrar os serviços de saúde mental com as demais ações de saúde desenvolvidas na rede. As principais finalidades podem ser sintetizadas no compromisso em realizar diagnósticos de situação local de atendimento em saúde mental, estabelecer fluxos de referências e contra-referências para a clientela local necessitada de cuidados em saúde mental, estabelecer consensos sobre os modelos de recepção, tipos de atendimento e formulação de projeto terapêutico e avaliação de pacientes, além de discutir e (re)definir os perfis assistenciais destes serviços de saúde mental localizados na AP.

Percebe-se, assim, uma movimentação inicial dos atores envolvidos nestas discussões para a abertura de proposições que tangenciam as questões centrais e

⁹ O CAPS Fernando Diniz, localizado no bairro de Olaria, não se encontra no cadastro de Serviços de Atenção Psicossocial divulgado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Entretanto, ele aparece como serviço de atenção diária em um mapeamento da rede de atenção em saúde mental do município, realizada em setembro de 2002, pela Coordenação de Programas de Saúde Mental da SMS.

¹⁰ Até o momento em que se tomou conhecimento deste documento, a minuta da resolução que data do ano de 2002, ainda não havia sido publicada. Ver cópia da Resolução no Anexo XI.

muitas vezes problemáticas da configuração da rede de atenção em saúde mental no município, e a nível mais local, da AP 3.1.

O Centro de Saúde Escola, localizado na referida Área de Planejamento, caracteriza-se por ser uma unidade de saúde mista, onde convivem o tradicional modelo assistencial em saúde pública e o modelo do Programa de Saúde da Família – este último ainda restrito a duas comunidades da área de abrangência da unidade (Mandela de Pedra e Parque João Goulart).

Com o intuito de situar melhor a dimensão das demandas de saúde mental em relação aos demais problemas de saúde que chegam à unidade pesquisada, é disposta, na tabela a seguir, a distribuição das cinco principais causas de atendimento dos pacientes do CSEGSF, de acordo com a classificação do CID e a faixa etária do usuário.

Esses dados são o resultado do levantamento feito durante a pesquisa junto a equipe do SEDIS, a partir do instrumento de coleta de dados, desenvolvido para este trabalho:

Consultas do CSEGSF segundo grupos de classificação do CID 10 e faixa etária

< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 14 anos	15 a 49 anos/fem	15 a 49 anos/masc	50 a 64 anos	> 64 anos
Ira leve	Alergias	Ex. médico	Pré-natal	Ira	Hipertensão	Hipertensão
Puericultura	Ira mod/grave	Ira mod/grave	Ginecologia	P. mentais	P. mentais	Diabetes
Desnutrição	Parasitose	Ira leve	Preventivo	Hipertensão	Mal definidas	P. mentais
Ira mod/grave	Ira leve	Parasitoses	Mal definidas	Ex. médico	Diabetes	Ira
Diarréia	Ex. médico	Mal definidas	---	Mal definidas	---	---

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa no SEDIS/CSEGSF/ENSP – 2002

O fato da saúde mental aparecer entre as três principais causas de consultas nos maiores de 15 anos faz indagar se isso se deve realmente a uma incidência significativa de transtornos mentais na comunidade. Esta informação parece dizer respeito à oferta de algumas modalidades de atendimento em saúde mental, na Unidade. O CSEGSF tem diversos profissionais de saúde mental que desenvolvem atividades voltadas para pessoas em sofrimento psíquico. Um destes programas (Núcleo de Dependência Química – NUDEQ) destina-se ao acolhimento de pessoas em dependência alcohólica ou outras dependências químicas, sendo que o trabalho desenvolvido possui uma boa repercussão na comunidade, o que justificaria, em parte, a maior busca da clientela masculina por atendimentos psiquiátricos, como será analisado com maiores detalhes no capítulo V (seção 5.3).

Outro dado interessante a ser notado refere-se à prevalência de morbidade atendida,

quando se observa que na faixa etária de 15 a 49 anos, a segunda maior causa de atendimento à clientela masculina corresponde a problemas psiquiátricos. A relação que pode ser estabelecida a partir desta informação remete, mais uma vez, à consideração anterior pertinente aos problemas de abuso do álcool e outras drogas, aparentemente mais prevalentes em pessoas do sexo masculino, o que provoca de modo expressivo um destaque da categoria “problemas mentais” nesta parcela dos usuários da unidade. Observe-se que, no mesmo grupo etário, a clientela feminina encontra como principais motivos para acessar a unidade sanitária necessidades de saúde referentes aos cuidados materno-infantil (pré-natal) e problemas referentes à saúde da mulher (ginecologia).

Mais adiante, com mais alguns elementos e analisadores disponíveis poderemos refletir um pouco mais acerca das características dos usuários que buscam atendimentos em saúde mental na unidade.

No momento, cabe ainda lembrar o CSEGSF como uma unidade diferenciada das demais unidades sanitárias da rede básica do município. O fato desta localizar-se no espaço de uma instituição destinada ao ensino e pesquisa em saúde pública – como o é a Fundação Oswaldo Cruz – e destinar-se não somente à atenção à saúde da população local mas, também constituir-se num espaço de pesquisa-intervenção dos alunos e pesquisadores daquela instituição confere-lhe algumas particularidades importantes como, por exemplo: maior preocupação com a qualificação dos recursos humanos da unidade, ênfase no comprometimento político-social para com a comunidade local e relação diferenciada do gestor e dos profissionais de saúde com a condução de estudos e pesquisas.

Esses fatores por si falam de uma inserção diferenciada da unidade no contexto comunitário, entretanto, é preciso ressaltar que a vida cotidiana com as necessidades de saúde trazidas pelos usuários, as dificuldades operacionais para realização das ações, bem como os entraves de ordem político-administrativa que atravessam as práticas e os discursos produzidos em qualquer instituição de saúde também estão presentes na dinâmica de funcionamento desta unidade. O pontual nesta discussão é que se existem características que conferem ao CSEGSF seu diferencial – e isto é bastante positivo – existem situações comuns que o aproxima das demais unidades básicas de saúde da rede.

CAPÍTULO V:
ACOLHIMENTO, ESCUTA DO SUJEITO E INTEGRALIDADE

V. ACOLHIMENTO, ESCUTA DO SUJEITO E INTEGRALIDADE

“A tomada de consciência que passa do vivido ao pensado não termina o conhecimento, ela faz parte dele; pois o estabelecimento dos conceitos não anula a dimensão e a incursão do imaginário.”

(Canguilhem, 1972)

5.1. Da Observação Participante

A apresentação sistematizada dos registros decorrentes do processo de acompanhamento da rotina do CSEGSF vem sustentar e contextualizar a discussão e análise dos resultados desta pesquisa.

É preciso, entretanto, recolocar que o mapeamento das modalidades de atenção e de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica em saúde, enquanto objetivo principal deste trabalho, guiou todo o processo investigativo e de certo modo direcionou nosso olhar na observação da dinâmica institucional da unidade.

Retomar o objetivo da pesquisa neste momento significa remeter ao olhar que procurei manter diante do cenário que se apresentava complexo, dinâmico e muito rico em termos de possibilidades de abordagem do fenômeno que me propunha a estudar. Além disso, recorrer ao objetivo enquanto foco de investigação permanente se presta nesta tarefa analítica a dimensionar o quanto de nossa tarefa inicial foi alcançada e o quanto mais necessitaríamos avançar para responder a algumas questões que foram levantadas previamente.

Tendo considerado esses pontos, pode-se obter um melhor aproveitamento da discussão aqui apresentada.

O primeiro momento da observação participante se deu na triagem da unidade sanitária. Iniciar a pesquisa observando o momento da chegada do usuário ao serviço, os primeiros contatos estabelecidos com a equipe da triagem e a dinâmica deste movimento de apresentação das necessidades de saúde e o modo de recepção prestado pelos trabalhadores em saúde atende à preocupação de conhecer melhor o objeto de nosso estudo, em uma etapa que certamente define a trajetória e o fluxo do usuário na unidade. O objeto que almeja-se conhecer e que emerge de forma surpreendente na situação da triagem são os *modos de cuidado* e a *escuta* dos técnicos e profissionais de

saúde às problemáticas de saúde mental trazidas pela população local.

A triagem do CSEGSF é realizada todos os dias úteis, por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, assistente social, agente de saúde, auxiliares de enfermagem, nutricionista, dentre outros). O momento da triagem restringe-se ao período da manhã, sendo que o horário fixado para a chegada dos usuários e para a colocação dos cartões de identificação nas caixas com a faixa etária correspondente é de 07:30 às 08:15 da manhã. Desta forma, após o recolhimento dos cartões, os usuários aguardam na sala-de-espera da unidade para a realização da triagem que os encaminhará aos módulos de atendimento (Módulo da Mulher, Módulo do Adulto e Módulo da Criança).

A escuta do sujeito da saúde parece encontrar na ocasião da triagem dos usuários um dos seus momentos privilegiados. Alguns profissionais realizam esta triagem de uma maneira mais coletiva ao pedir que o usuário fale de suas queixas no grupo, aproveitando para tornar o espaço um lugar de troca de experiências e também de educação em saúde, visto que quando um problema emerge como sendo comum à maioria, observou-se em algumas equipes da triagem a iniciativa de propor esclarecimentos sobre determinadas situações de saúde. Entretanto, talvez um dos nós da organização da porta-de-entrada resida no fato de que para o usuário acessar qualquer um dos profissionais dos módulos e, também, em caso de resultados de exames, é necessário que ele recorra à triagem e isto, em alguns momentos, parece constituir-se num entrave operacional dentro da Unidade.

A equipe da triagem é composta por diferentes mini-equipes ao longo da semana; a equipe da segunda-feira, por exemplo, não é a mesma da quarta. Parece, portanto, haver uma permanente circulação de profissionais de saúde pela atividade da triagem o que acarreta, de certa forma, a diversificação das *escutas* e dos *olhares* dirigidos aos usuários. Percebeu-se que esta dinâmica de revezamento das equipes confere um modo muito peculiar de conduzir a triagem por parte de cada equipe. As regras informais que regem o procedimento da triagem dependem em grande parte do conjunto de profissionais que compõem a mini-equipe.

A dinâmica de funcionamento de uma determinada equipe, por exemplo, parece girar em torno das ações de promoção da saúde. Todavia, as ações de educação em saúde desempenhadas neste espaço pareciam conter um teor de repreensão aos usuários, quando era constatado que a terapêutica designada para os casos que retornavam para atendimento não havia sido realizada corretamente, esvaziando-se nessa ação a riqueza de problematizar junto ao usuário as situações que envolvem a sua

co-participação na produção do cuidado em saúde.

Os profissionais da unidade pontuaram em diversos momentos que todos os usuários que chegam à unidade são atendidos. Segundo eles, aqueles que não podem por algum motivo serem absorvidos pela unidade são encaminhados para outros serviços da rede de atenção. O critério principal para atendimento é ser morador da área de abrangência da unidade e possuir “prontuário aberto” na referida unidade.

Entretanto, foi possível observar em dados momentos que as informações fornecidas na própria triagem aos usuários eram informações desarticuladas dos procedimentos adotados nos módulos. Por exemplo, algumas situações de encaminhamento interno mal conduzido, retornavam à equipe da triagem e a constatação era de que não havia um consenso em relação à tomada de decisão nas ações de condução do usuário para esta ou aquela modalidade de atendimento. Há que se dizer que este fato não era uma constante, sendo observável apenas na dinâmica de funcionamento de uma mini-equipe, acredita-se em função do desconhecimento acerca dos procedimentos específicos realizados em cada módulo.

Quanto ao sistema de referência externo à unidade não nos foi possível observar muitas situações, mas ainda assim pode-se dizer que não há, de fato, uma pactuação com a responsabilização dos encaminhamentos realizados. O pouco que se apresentou à observação foram situações em que o usuário era informado acerca da conduta que deveria adotar para conseguir ser atendido em outro serviço de saúde, sem no entanto haver um comprometimento do profissional que encaminha com o desfecho deste atendimento.

O CSEGSF além de desenvolver as atividades de promoção, prevenção e recuperação em saúde, previstas neste primeiro nível de atenção à saúde pública, cumpre também a função de servir de Unidade de referência para as duas equipes de Saúde da Família que fazem a cobertura de duas comunidades no Complexo de Manguinhos (Mandela de Pedra e Parque João Goulart), como descrito no capítulo anterior. No entanto, as equipes de ESF parecem situar-se como um apêndice da Unidade, existindo uma relação conflituosa entre os profissionais da Unidade e os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Durante a observação, foi possível perceber que a chegada dessas duas equipes no CSEGSF gerou muitas expectativas, mas também muito receio por parte daqueles profissionais que se sentiam ameaçados em relação à possibilidade da ESF assumir a responsabilidade pela porta-de-entrada da Unidade. Esta apreensão provocou uma certa divisão entre os profissionais de saúde e, por conseqüência, produziu a desarticulação das ações desenvolvidas na

Unidade. Como há previsão de expansão da ESF na região através do incremento das ações e do aumento do número de equipes, a tendência é que a ESF realmente assuma toda a responsabilidade pela organização e pela execução das ações de cuidado à saúde nas comunidades de Manguinhos.

Apesar dessas dificuldades, um aspecto essencial do processo de trabalho em saúde no CSEGSF diz respeito ao clima institucional da Unidade, que compõe um dos fatores mais favoráveis para a qualidade da produção das ações de saúde realizadas neste espaço. O ambiente do CSEGSF é um ambiente agradável, onde as pessoas parecem ter orgulho de trabalhar e desempenhar suas atividades. Apesar dos obstáculos cotidianos enfrentados pela maioria das unidades básicas de saúde, o universo institucional é bastante rico em termos de atividades desenvolvidas, desde a preocupação com a alimentação saudável, iniciativas para geração de renda com os usuários provenientes de comunidades mais carentes e um amplo trabalho de promoção de saúde (saúde bucal, saúde do idoso e saúde da criança).

A diversidade das ações desenvolvidas pelos profissionais da unidade, por outro lado, também torna o funcionamento cotidiano do CSEGSF mais complexo e mais passível de entraves técnicos e operacionais referentes ao próprio fluxo do trabalho e da circulação das informações entre todos os atores institucionais.

Atualmente, numa tentativa de minimizar esses efeitos da desinformação é desenvolvido um trabalho caracterizado como promoção de saúde, mas que tem como núcleo central disseminar as informações acerca da estrutura e do funcionamento do CSEGSF para os usuários desta unidade, bem como para os visitantes e pesquisadores que rotineiramente circulam pela instituição. Esse trabalho de informação em saúde não se restringe à murais de informações. Ele se constituiu também como um espaço muito interessante e bastante significativo, principalmente para o usuário. Este espaço é a *Ouvidoria*, localizada logo na entrada da Unidade e que tem a função de receber, escutar e encaminhar as sugestões e reclamações daqueles que freqüentam o Centro de Saúde para os profissionais responsáveis ou para a chefia, a fim de dinamizar o fluxo das informações e melhorar o atendimento na Unidade.

No que tange aos relacionamentos das diversas categorias profissionais entre si, foi possível notar que há um comprometimento em cooperar, na medida do possível, seja na tentativa de fornecer as informações corretas sobre horários, tipo de trabalho desenvolvido por determinado profissional ou por uma equipe específica. Os trabalhadores em saúde da Unidade demonstram uma preocupação real com a saúde das comunidades que compõem sua área de abrangência e procedem de modo a atender prioritariamente a população local, adscrita à Unidade, o que fortalece o conhecimento dos problemas comunitários e o comprometimento com as ações de promoção e prevenção em saúde no

território. A questão dos riscos ambiental e social das comunidades é compreendida como um dos elementos mais preponderantes no processo de saúde/doença da população usuária do CSEGSF.

Já o trabalho dos profissionais de saúde mental do CSEGSF segue um padrão tradicional de agendamento de consultas, restringindo a maioria das ações de cuidado aos espaços dos consultórios. A exceção desse padrão de ações é conseguida pelos profissionais do NUDEQ e por um profissional de saúde mental que desenvolve ações de promoção à saúde do idoso. Estes trabalhos possuem uma outra dinâmica que os faz circular e apropriar-se dos espaços intra-institucionais e, também, comunitários. A exemplo dessa dinâmica, tem-se o trabalho dos agentes comunitários de alcoolismo que desenvolvem as ações de promoção, prevenção e tratamento da dependência química em parceria com os agentes comunitários de saúde do PSF. Quanto às ações dirigidas à saúde do idoso tem-se um centro de convivência na própria comunidade e os grupos de promoção da saúde que acontecem no espaço da sala-de-espera da Unidade, ao final do dia, sob a coordenação de um psicólogo e de dois acadêmicos que participam das atividades.

A partir dessas considerações são levantados alguns aspectos importantes que irão auxiliar na análise das falas dos trabalhadores em saúde desta Unidade, ampliando a rede de significações que foi construída a partir das entrevistas em torno da problemática do sofrimento psíquico e contextualizando as práticas discursivas em torno do cuidado do usuário com necessidades de saúde mental que emergem do cotidiano da instituição de saúde estudada.

5.2. Das Entrevistas: a fala dos trabalhadores em saúde

Nesta etapa são apresentadas e discutidas as unidades de análise que formam o sistema categorial construído com base nos discursos dos atores entrevistados durante a realização da pesquisa e tendo como aporte o referencial teórico da mesma apresentado nos capítulos anteriores.

A escolha das categorias temáticas seguiu o critério de recorrência dos temas e, também, de vinculação dos mesmos ao objetivo do presente estudo. A pretensão de mapear os modos de cuidado e atenção dirigidos às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica em saúde dirigiu o processo de análise dos dados na construção de *unidades de significação* que se coadunam com o referencial teórico proposto e que, simultaneamente, incidem sobre a dinâmica de produção das ações em saúde.

Posto isto, as unidades de significação elencadas para nortear a discussão em torno das falas obtidas a partir das entrevistas semi-estruturadas compõem três eixos de análise, já referidos anteriormente:

1º) **Acolhimento**, *enquanto modo de recepção e processo de produção do cuidado nos diferentes espaços da atenção básica, que incidem no percurso do usuário pela rede de saúde;*

2º) **Escuta do Sujeito**, *enquanto racionalidade que orienta o agir em saúde ou, em outras palavras, como concepções do processo de saúde/doença mental eleitas pelos trabalhadores em saúde para lidar com as pessoas em sofrimento psíquico na rede básica de saúde;*

3º) **Integralidade na atenção**, *enquanto modo de organização das ações de saúde mental na atenção básica, em face às necessidades e demandas apresentadas pelos usuários.*

5.2.1. Acolhimento

As principais modalidades de recepção e produção do cuidado em saúde mental desenvolvidos pelos profissionais do CSEGSF podem ser agrupadas em três modos de agir em saúde. O agrupamento realizado objetiva uma primeira aproximação com o mapeamento das ações de atenção em saúde mental na rede básica, no contexto estudado.

A primeira modalidade de produção deste cuidado consiste na realização de *atendimentos psicológico-psiquiátricos*, que giram em torno de dois eixos principais, configurados como espaços de produção do cuidado distintos porém não-excluentes: a *psicoterapia de orientação analítica* e a *consulta psiquiátrica tradicional*. No primeiro eixo identificado, os *atendimentos psicoterápicos* realizados possuem uma orientação predominantemente psicanalítica, na *modalidade de consultas individuais*, realizadas por profissionais de psicologia ou de psiquiatria. Já o espaço da consulta psiquiátrica é destinado, principalmente, à avaliação, prescrição e manutenção do uso de medicamentos psicoativos.

Uma segunda modalidade centra-se em *atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde*, que se configuram em atividades semanais, extra-consultórios, realizadas no espaço da unidade de saúde por profissionais de enfermagem, serviço social ou psicologia. As estratégias de produção do cuidado consistem, principalmente, na realização de grupos temáticos (onde são discutidos conteúdos específicos como planejamento familiar, cuidado materno-infantil ou problemas específicos de saúde) e de grupos não-temáticos, denominados também como *grupos de vida saudável*. Entretanto, é interessante notar nas falas de alguns profissionais de saúde a preferência pela realização dos grupos não-temáticos, reconhecidos como sendo espaços propícios para discussões mais ricas e produtivas:

“...os grupos em que eu, como enfermeira, fiz e que mais gostei foram os grupos em que não havia tema nenhum. Chamam-se grupos de vida saudável, então eu ia e aí a gente começava a discutir, nem que fosse um tema de novela. Daí a gente discutia um monte de coisa. Foi um dos que eu achei mais produtivos com a comunidade.” (P-4)

Isso parece indicar algumas das possibilidades de desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental na comunidade, em torno de um elemento altamente produtor de significação: a palavra. O intercâmbio de experiências, de vivências peculiares mas, também, o compartilhar de situações e de sentimentos pelos usuários da unidade favorece a apropriação do espaço da atenção básica, enquanto campo potencial de troca, pactuação e integração na vida social. Uma tendência bastante interessante, na realização destas ações em saúde coletiva, pode ser a criação de grupos de auto-gestão na própria comunidade (à semelhança de grupos de convivência), em que

a presença do profissional de saúde fosse apenas ocasional, interagindo com o grupo enquanto um elemento propositor de questões. Esta é uma estratégia legítima se considera-se como Castellanos (1998) que “*a vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da saúde pública.*”

O último e terceiro modo de produção das ações de saúde mental identificado no cenário estudado corresponde à criação de um conjunto de *estratégias territorializadas de atenção à abordagem da dependência química, portanto, envolvendo ações de cuidado à uma clientela específica: os usuários com história de abuso de substâncias psicoativas*. Estas ações são desenvolvidas por uma equipe de saúde composta por profissionais de saúde com formação médica (1 psiquiatra e 1 clínico) e quatro agentes comunitários de alcoolismo (ou conselheiros). O trabalho sustenta-se no atendimento ambulatorial intensivo e no programa de semi-internato, através do aconselhamento em grupo ou individual. Ao longo das observações e entrevistas realizadas foi possível perceber que o NUDEQ configura-se numa estratégia que busca articulação com as ações da equipe de Saúde da Família e com as ações realizadas no próprio interior da unidade, principalmente com os profissionais da clínica médica.

Em relação ao acolhimento enquanto modo de produção do cuidado em saúde, as falas dos entrevistados apontam para certos problemas, que dificultam tanto a recepção do usuário na Unidade, quanto o seu percurso pelos demais programas de atendimento do CSEGSF. Parece que um dos fatores mais proeminentes refere-se à reorganização da porta-de-entrada da Unidade:

“É tudo muito delicado, muito sutil, (...). Agora, eu fico preocupada: quando chegarem as outras equipes [de PSF], o que vai acontecer? A unidade básica, o trabalho de ponta, de fato, a porta-de-entrada vai ser feito pelo PSF, né, então...o PSF vai reorganizar e assumir para si a assistência e o vínculo com essa comunidade, por completo. E o centro de saúde? Ele já tem de estar se preparando para ser a unidade de referência. Vai ser como? O generalista não dá conta de tudo, certo? (...)” (P-1)

Essa fala nos revela a preocupação de parte de alguns membros da equipe de saúde em relação ao incremento das ações da ESF nas comunidades de Manguinhos e a participação do Centro de Saúde Escola nesta reestruturação da atenção básica na região. Tal preocupação parece refletir alguns problemas institucionais quanto à chegada da equipe de Saúde da Família na Unidade e como este elemento novo na assistência mobilizou e desestabilizou o arranjo institucional existente, exigindo a reorganização das ações na unidade de saúde, bem como, a realocação de alguns profissionais. Este processo parece ter conduzido à uma cisão entre as atividades concernentes à unidade básica, enquanto unidade sanitária, e as atividades coordenadas pela ESF. Estas observações contextualizam, de certa forma, algumas controvérsias e também convergências quanto ao problema da reorganização da porta-de-entrada da Unidade de Saúde.

O enfrentamento dessa dificuldade para alguns profissionais de saúde encontra na atividade da triagem um recurso estratégico para manter o acesso da população às ações de saúde desenvolvidas no interior da Unidade e também pela ESF:

“...quando você tem a porta aberta você pode ouvir o que está acontecendo. Se você só trabalha com agendamento, você só vai receber aquilo que você quer.

Então é por isso que a gente está com os agentes de saúde, que são da comunidade...porque chega pela triagem, aí você escuta. Se você não tivesse aquilo ali aberto, a pessoa nem ia bater aqui, porque não tem aquilo. (...). Então, ela ainda chega por a gente ter esse ouvido aberto, que é a triagem. A gente tem críticas, tem queixas, mas esse ouvido aberto para a população, para o usuário, é importante. Ele tem onde ser ouvido. Senão, o guarda já mandava de volta da porta, como é em alguns lugares.” (P-2)

Inclusive, em relação às atividades desenvolvidas pelas duas equipes de Saúde da Família, que fazem a cobertura de duas comunidades em Manguinhos, existe um questionamento por parte de alguns membros da equipe acerca da organização das ações de cuidado em saúde pela ESF, em especial quanto à recepção dos usuários:

“...não tenho um trabalho para te afirmar, mas eu já ouvi, mas para mim foi...foi alguma informação, mas que eu fiquei preocupada, quando um disse: ‘Ah, o PSF só atrapalhou a minha vida, porque antes eu vinha e era atendido por qualquer médico e agora só posso ser atendido por essa equipe.’” (P-5)

“Não foi assim que pensamos. (...). O que acontece é o seguinte: chegou aqui...agora, na triagem, você pode sentar ali e observar: a primeira coisa a perguntar é o endereço. Se for de Programa de Saúde da Família...morar nas áreas em que o programa de saúde da família tem ação, eles não atendem mais.(...) E aí, agora, a gente colocou dois agentes comunitários, um de cada comunidade, na triagem também, pra sentir, né, essa coisa. E para dar uma resolutividade qualquer. Agendar, deixar atender...” (P-1)

Essa temática foi muito recorrente nas falas dos atores, sugerindo na verdade um conflito em torno da estruturação dos modos de recepção do usuário na Unidade, atingindo também as ações conduzidas pela ESF.

Em relação ao acesso dos usuários às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental da Unidade, parece haver um consenso da equipe da triagem da carência desse profissional neste primeiro momento de contato do usuário com o serviço:

“A gente tinha, quase em cada equipe, um profissional de saúde mental na triagem e isso está nos fazendo muita falta porque, mesmo que você tenha alguma capacitação, você tem dificuldade para encaminhar, para poder agendar (...). Eles saíram da triagem para poder se reunir e formar um núcleo de saúde mental e isso não aconteceu. Desfalcou a triagem desses profissionais que eram importantes, porque existiam pessoas que chegavam com uma queixa que a gente identificava como saúde mental, aquela coisa do nervoso, da ansiedade, depressão, né? Que, na verdade, não queriam uma consulta médica, e a gente, muitas vezes, com esse profissional naquele momento... esse profissional de saúde mental abordava aquela pessoa, ela aguardava e no primeiro dia já tinha uma abordagem e depois ela marcava para ela, ou para outro profissional. Então isso era útil.” (P-2)

“Para saúde mental, a gente tinha, pelo menos na minha equipe, uma profissional que, quando a gente identificava, encaminhava e ela naquele mesmo dia

conversava com aquela pessoa para ver se era realmente aquele o problema, se era caso para atendimento, e normalmente era e ela já assentava para ela mesma.” (P-3)

A fala de muitos profissionais de saúde reitera que o primeiro obstáculo enfrentado pelos usuários e, em especial, por aqueles que demandam cuidados em saúde mental, refere-se à dificuldade no acesso aos atendimentos psicológico-psiquiátricos ofertados pelos profissionais da unidade. Essa tendência parece agravar-se quando os encaminhamentos originam-se na ESF :

“(…) Então não é que ele não aceite a demanda do PSF. Todos eles aceitam a demanda de todos, só que, para entrar, tem uma lista de espera.” (P-5)

“Quando ela consegue ter acesso, é isso, ela consegue ser atendida, é o primeiro obstáculo para ela, o acesso...ela vem, procura, ‘Ah, não tem vaga. Tem que aguardar numa lista de espera’. Então, a primeira dificuldade para ela é o acesso(...). Porque neguinho fechou, começou a fechar tudo que é clínica. ‘Tratamento psiquiátrico agora é ambulatorial’, só que não preparou as unidades básicas para isso.” (P-6)

Como se pôde observar a acessibilidade aos cuidados em saúde mental na atenção básica é um problema a ser considerado quando se pensa no planejamento e na reorganização das ações de saúde mental neste primeiro nível de assistência e, de modo muito singular, quando se propõe a inclusão destas ações na ESF.

Muito bem sinalizada, nas produções discursivas dos profissionais, o redimensionamento da saúde mental na atenção básica atravessa diretamente o espaço do profissional de saúde mental na produção dessas ações. Diferentes atores apontaram como necessária e possível a inclusão de profissionais especializados nas atividades desenvolvidas pela ESF, como um profissional de retaguarda, quase como a figura de um supervisor a quem os membros da equipe podem dirigir-se e esclarecer alternativas viáveis na acolhida e no equacionamento das questões apresentadas por usuários com problemas psicossociais e, também, como um profissional de referência para alguma problemática apresentada pela própria equipe. As falas a seguir são bastante ilustrativas acerca do tema:

“(…)Agora, sabe como seria ótimo para a gente? A gente acha que sabe fazer os grupos, mas não sabe, não. Quando alguma coisa no grupo sai fora, no nível do comportamento, a gente não sabe como conduzir. É muito complicado. A gente precisaria desse profissional, até para nos ensinar o manejo das coisas, ficar na retaguarda. Não acho nem que ele devesse ficar atendendo, atendendo, atendendo como clínico não. Mas, na retaguarda do PSF podia ter. Até para a própria equipe, (...), sem dúvida.” (T-1)

Uma confirmação das proposições colocadas pelos trabalhadores em saúde é bem expressa na fala seguinte, na qual é reiterada a assunção do papel do profissional de saúde mental na atenção básica, e em especial na ESF, como sendo eminentemente de suporte e de apoio às equipes do programa:

“Sobre o PSF...é difícil que você consiga um atendimento efetivo ao conjunto da população num programa dessa natureza. Talvez o trabalho do profissional de saúde mental nesse campo tenha de ser mais um trabalho de apoio, de assessoria, de escuta, de discussão com o conjunto dos demais profissionais. (...) eu acho que

o profissional de formação psicanalítica possa ter um papel que não se restrinja ao atendimento...consultório e pode ter um papel de escuta dos demais profissionais, das dificuldades, resistências, barreiras... . Talvez seja a forma mais viável de inserção da saúde mental no PSF, (...), um trabalho dessa natureza, de escuta dos profissionais de atendimento.” (P-4)

O despreparo dos profissionais das unidades básicas e das equipes de Saúde da Família para lidar com a problemática do adoecimento psíquico emerge, também, como uma questão pontual a ser considerada na redefinição da atenção primária neste processo de inversão do modelo assistencial em saúde mental. Como poderá ser observado no decorrer da análise, o problema da falta de qualificação profissional para o trabalho em saúde mental comprometido com as proposições da reforma psiquiátrica e com uma nova concepção e composição da clínica do sujeito da saúde, configurada como *clínica do sujeito da experiência*, e não clínica da doença – como tratado na seção 2.3 do capítulo II – indica a formação e o preparo de recursos humanos nesta área como um dos aspectos principais para a construção de uma prática em que o acolhimento como atitude e postura diante do sujeito da saúde conduza a novos modos de cuidado em saúde mental na atenção básica.

5.2.2. Escuta do Sujeito

De modo geral, a escuta do sujeito no cuidado em saúde mental produzido pelos profissionais do CSEGSF segue o modelo biomédico tradicional, em que o olhar e a escuta ao sofrimento permanecem descolados. Na clínica psiquiátrica tradicional, a observação dos sintomas do doente corrobora a supremacia que o olhar mantém perante a escuta do sofrimento do usuário. Por este motivo, a escuta é elegida aqui como protagonista na tentativa de compreender as concepções do processo saúde mental/adoecimento psíquico que orientam o agir dos profissionais do CSEGSF.

As estratégias de intervenção dos profissionais de saúde da Unidade parecem embasar-se nas fórmulas da racionalidade médica, em sua tradição cartesiana: problema-solução e doença-cura. O equacionamento das demandas de cuidado em saúde mental baseado na escuta do sujeito, e não na escuta da doença, é um recurso pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica. A escuta clínica é fortemente guiada pela nosologia psiquiátrica, constatando-se inclusive uma tentativa de organizar uma tipologia da clientela em torno dos quadros diagnósticos mais freqüentes, como é possível observar no relato a seguir:

“...a gente acaba tendo uma situação que abre as portas para todos os tipos de pacientes (...) então, do ponto de vista da nosologia tradicional, todas as situações, pacientes neuróticos como a clientela habitual de consultórios, pouco atendida nos serviços psiquiátricos tradicionais, que prioriza os casos psicóticos. Tem bastante isso, pela vinculação com a clínica médica, talvez, o quadro clínico mais comum seja a histeria, pela vinculação com a clínica...e pelo fato de que há um serviço de atenção primária, a clientela é predominantemente feminina, pela questão do horário de atendimento, no centro de saúde, então, tudo isso...a clientela é predominante feminina...(...). Mas, enfim, neuróticos são os pacientes que a gente acaba encaminhando para um atendimento psicoterápico aqui, (...) temos também

pacientes psicóticos, por essa espécie de substituição da rede de atenção, (...) e também situações orgânicas cerebrais de demência, esquizofrenia, epilepsia..., crianças com problemas de transtornos emocionais e infantis que a gente também atende psicoterapeuticamente.” (P-4)

Quanto a este ponto, alguns profissionais de saúde mental parecem possuir uma concepção do processo de adoecimento psíquico mais implicada com a situação psicossocial dos usuários, e menos com a categorização do seu quadro clínico.

É importante perceber uma diferença significativa no tocante a esta questão quando localizada na esfera da ESF. A escuta conferida pela equipe de Saúde da Família às situações em que a saúde mental surge como necessidade de saúde revela-se uma escuta mais integrada dos problemas de saúde, em que o sofrimento psíquico grave aparece como mais um problema de saúde que precisa também ser abordado e cuidado:

“Existe uma série de condutas, envolvendo o controle do uso de psicofármacos que a gente tem conseguido trabalhar bastante bem. Outros pacientes chegam com um quadro psiquiátrico bastante grave...ansiedades crônicas, depressão, queixas orgânicas, isso o clínico vê todo o dia, né? E ele de alguma maneira tenta abordar. É o que chamam de conúbio, né? É um conjunto de doenças, uma articulada com a outra. Artrose e depressão, dor crônica, artrose e hipertensão. É um conjunto de doenças articuladas. É a depressão da dor e a dor da depressão.” (P-6)

Todavia, um centramento na doença enquanto foco do olhar nas ações de cuidado é igualmente percebido. O que o clínico “vê todo dia” são as ansiedades crônicas, a depressão e as queixas, o sujeito aparece como coadjuvante neste processo, como relator da “dor da depressão” ou da “depressão da dor”. O sujeito da experiência encontra-se fortemente despotencializado em sua capacidade de co-produzir saúde. A escuta do sofrimento-existência pelo profissional de saúde, nesta situação, está reduzida e concede espaço ao olhar dirigido à apresentação sintomática do fenômeno do adoecimento.

Ao continuar a análise da escuta do sujeito oferecida pelos trabalhadores em saúde à problemática do sofrimento psíquico, é possível perceber, em alguns relatos, a compreensão do fenômeno do adoecimento psíquico de um modo mais amplo, englobando, por exemplo, o meio que o circunda. Esta concepção de exterioridade na produção dos problemas psiquiátricos aponta para a inclusão de outras dimensões constituintes do processo de subjetivação das pessoas no campo da atenção à saúde. Entretanto, há que se notar também, em algumas falas, que a explicação dos problemas mentais, por parte dos trabalhadores em saúde, tende a implicar o sujeito na produção de sua saúde ou de sua doença, na estreita dependência com que este sujeito lida com as questões da vida cotidiana:

“o que eu considero no problema de saúde mental é a dificuldade de lidar com os problemas e a realidade, na minha visão de leiga é essa dificuldade que as pessoas têm de lidar com os seus problemas, porque...problema todo mundo tem, e com a sua realidade. Então, como é que ela enfrenta aqueles problemas, cada um tem uma resposta diferente, que tem a ver com o convívio familiar dela. Por isso que eu digo que o maluco é só o bode expiatório, porque a família toda precisa se tratar, ou aquele meio em que ela vive precisa de cuidados, ela só é o bode expiatório. Então é nesse sentido (...) com a realidade em que ela convive.” (P-3)

Porém, uma concepção de problema de saúde mental enquanto desvio da norma também está fortemente presente no discurso dos profissionais e técnicos de saúde. No entanto, como já referido, a dimensão social que reflete as condições de vida dessas pessoas aparece sempre como um dos elementos mais significativos para explicar o aparecimento de problemas psiquiátricos, o que sugere uma explicação do fenômeno com base nos determinantes sociais:

“Olha, eles [agentes de saúde] estão muito centrados na dependência.(...)Desvio de comportamento por dependência química. Que gera violência e isso chama a atenção. Agora, tem uma coisa muito interessante e eu acho muito cruel: o que parece absurdo para uns é comum para outras pessoas (...) Como eu vou te dizer o que é isso? (...) Os gritos do pai com a mãe, as surras, eu não sei em que nível isso chama mais atenção.” (P-2)

“Quando a gente discute a família, a gente está discutindo os problemas da família e, certamente, está passando pela saúde mental, pelo desemprego, pelo social, por tudo.”(P-6)

Detendo-se um pouco mais nessas considerações, pode-se reportá-las ao risco da psiquiatrização do sofrimento psíquico e de psicologização dos problemas sociais (como discutido na seção 1.3 do capítulo I). A partir destas concepções dos técnicos e profissionais de saúde, constata-se um dos impasses da produção de ações em saúde mental na atenção básica, dado o compromisso, por exemplo, da ESF com ações de saúde comunitária e familiar. Antes de colocar-se esta questão como mero impasse ou impedimento para pensar sobre a inclusão da saúde mental na ESF, quer-se privilegiar a importância da reflexão sobre esta temática e, indo além, deseja-se apontar proposições e estratégias possíveis de ação neste campo.

Fica claro, em alguns posicionamentos quanto à forma de escuta clínica das necessidades de saúde mental dos usuários, que uma abordagem analítica, de longa duração é percebida por alguns técnicos e profissionais da Unidade como não sendo muito favorável e adequada para contemplar a demanda que chega ao serviço:

“...agora, acho que a forma de atender, essa forma analítica é muito complicada, porque fecha muito a porta de entrada.” (T-1)

Essa idéia é reforçada em outras falas, nas quais emerge a especificidade do trabalho em saúde desenvolvido no âmbito da ESF, em que a vida cotidiana com a realidade dos sujeitos e o compromisso com o enfrentamento dos determinantes sócio-econômicos exige de toda a equipe uma escuta que ultrapasse os limites da clínica tradicional e possa abranger questões mais amplas que interferem no processo de subjetivação das pessoas:

“...a gente teve, durante algum tempo...dizendo que tinha um psicólogo à disposição do PSF, mas ele faz um tratamento muito analítico e isso demora tempo e numa agenda que demora uma hora cada pessoa. A gente tem 4500 pessoas em condições de miséria, a maioria abaixo da linha de pobreza, você pode imaginar que dá problemas à beça. Teve um momento em que a gente conversou...eu até solicitei (...) que desse mais acesso, pelo menos que nos orientasse sobre como abordar determinadas situações. Fosse uma

referência da equipe...a equipe mesmo. (...) mas, a gente não conseguiu estruturar isso.” (P-1)

A concretude dos riscos sociais e ambientais enfrentados pelas comunidades locais acarretam elevados custos, em termos de saúde pública, fato este que se traduz na importância de serem diversificadas as respostas que são produzidas na abordagem dos problemas psicossociais dos usuários das unidades de saúde. Não sem limitar esses mecanismos de ação à intervenções tecnocráticas no âmbito da clínica.

É possível identificar, também, no relato dos profissionais um descompasso entre a proposta do discurso tecnocrático instituído na Unidade e as expectativas dos usuários que emergem do discurso popular, em relação às ações de saúde. O *discurso do serviço* revela uma preocupação em abordar os fenômenos saúde/doença de modo a descentralizar as ações organizadas em torno da figura do médico e da doença e reorganizá-las em torno do próprio usuário e das relações travadas com os demais profissionais de saúde, já a expectativa do usuário é outra:

“Eu ainda acho que...uma coisa que a gente queria, que era não centrar tanto o atendimento em cima do médico, ainda continua muito centrado na figura do médico...e na doença. A gente não sabe como...mas o povo espera isso...o agente comunitário espera isso(...). Espera medicamento e médico, por mais discurso que a gente faça (...) por que isso neles está muito forte, também. (...) se eu pudesse reinventar isso, eu tiraria duas figuras: o médico e a enfermeira. Eu mandava professor de educação física, sei lá.” (P-6)

Essa fala conduz à necessidade da reestruturação dos processos de trabalho em saúde, nos quais outros técnicos e profissionais da atenção básica possam estar potencialmente ativos e participativos no planejamento e na execução das ações de saúde. O modo como está sinalizada esta questão na fala do profissional de saúde remete para a questão pontual da resposta aos problemas de saúde na atenção básica ainda manter-se altamente medicalizada. Esta constatação imprime a urgência em reconfigurar as equipes de saúde – incorporando profissionais de áreas afins e utilizando processos de planejamento e gestão mais democráticos – com vistas a desmedicalizar o processo de produção dos cuidados primários em saúde.

5.2.3. Integralidade na atenção

No tocante ao modo de organização das ações de saúde mental pelos profissionais de saúde da Unidade, percebe-se um padrão de atendimento que gira em torno das consultas individuais, através do dispositivo do agendamento, o que parece não facilitar o fluxo da demanda da comunidade por cuidados psicológico-psiquiátricos:

“Hoje em dia a gente manda procurá-los nos módulos e eu não sei...porque a maioria das pessoas relata dificuldades de agendamento. Porque, como tem seções, sei lá, algumas lógicas da rotina do atendimento, que não dá para atender a demanda. Não tem nenhuma coisa que atenda a demanda. Só a [Dr^a X], que faz grupo de escolar e atende as crianças que já tinha identificado, faz um

acompanhamento por um período determinado (...).” (P-2)

“...se chegar um surtando, a gente não tem nem profissional para atender. (...)Acaba sendo chamada a segurança, porque se o [Dr. Y] não estiver aqui e não estiver nenhum psiquiatra, e se for uma coisa mais voltada para a psiquiatria, porque isso não é nem com o psicólogo, se não tiver, acaba se chamando um clínico, acaba se chamando a segurança para conter a pessoa e o clínico é que vai atender, porque não tem o psiquiatra para fazer a abordagem, para ver... por que de repente é uma pessoa que abandonou o acompanhamento, que abandonou o tratamento, parou de tomar remédio porque não consegue marcar, porque o doutor está de férias, porque o horário não é compatível, então, a gente percebe que há uma oferta muito pequena para essa população.” (P-4)

Essa última colocação pontua a ausência de um planejamento integrado das ações voltadas para a atenção em saúde mental na Unidade e indica um cuidado não integral das questões de saúde, em que o usuário em sofrimento psíquico aparece como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial dos profissionais. Veja-se que o entrevistado atribui o papel de acolher este usuário ao psiquiatra (“isso não é nem com o psicólogo”), expressando que o saber médico-psiquiátrico se impõe perante os demais saberes, prevalecendo na lógica assistencial o modelo biomédico, em que a resposta de outros profissionais à situações-problema é negligenciada e são postos em ação, preferencialmente, mecanismos baseados na legitimidade do poder/intervenção médicas ou na figura do poder repressivo (“acaba se chamando a segurança para conter a pessoa”). Uma abordagem psicossocial das questões de adoecimento psíquico no espaço da atenção básica parece, portanto, encontrar-se neste caso despotencializada.

Parece que, num momento anterior, numa tentativa de reestruturar a oferta de atendimentos em saúde mental, houve por parte da gerência da Unidade a proposta de organizar efetivamente um Programa de Saúde Mental no Centro de Saúde Escola. Entretanto, como pode ser observado através dos relatos dos profissionais, isso não ocorreu e ainda contribuiu para consolidar o desenvolvimento de atividades clínicas desarticuladas entre si e desvinculadas das outras ações de saúde produzidas na Unidade:

“(...). Não é nem um serviço. Eles não montaram o serviço. Eles saíram da triagem para montar um núcleo de saúde mental, essa era a proposta da chefia para eles. Isso não aconteceu. Então, cada um atende do seu jeito, da forma que acha que deve. Nem com vinculação com o CAPS, externa, nem buscando referência e contra-referência.” (P-1)

Uma das alternativas propostas por outros profissionais de saúde “não-psi” refere-se à pulverização das ações de saúde mental pelos diversos módulos e programas de atenção à saúde da Unidade, à exemplo do que já ocorre com algumas categorias profissionais que desenvolvem trabalhos mais coordenados:

“Como acontece com a assistente social, que a gente procura distribuir, né, tem a [...] que trata da tuberculose, tem a [...] que trata do PSF, para a gente tentar dar um suporte...foi isso que a gente pensou dos psicólogos. Eu tenho certeza que a chefia pensou nisso quando demandou isso deles.” (P-6)

Estes relatos, na verdade, apontam para a posição de uma equipe de saúde mental como referência na Unidade, desenvolvendo um trabalho mais cooperativo e integrado às outras ações desenvolvidas pelos demais técnicos e profissionais de saúde.

Além da desarticulação interna do trabalho em saúde mental, outras falas reforçam a existência de muitos problemas com relação ao sistema de referência da rede de saúde. Isto se expressa, por exemplo, no desconhecimento dos profissionais da Unidade acerca dos demais dispositivos de atenção em saúde mental existentes na área e nas dificuldades encontradas no trabalho cotidiano para viabilizarem encaminhamentos seguros.

Há, ainda, que se considerar que a fragilidade do sistema de referência da rede de saúde constitui um dos nós críticos para a configuração dos dispositivos de atenção diária enquanto estratégias de cuidado substitutivas ao dispositivo hospitalar – e não meramente alternativa. Numa análise mais específica do CAPS, enquanto este conceito-operativo viabilizador de uma política pública dirigida à uma clientela especial, ele pode ser caracterizado como uma experiência em saúde coletiva em construção.

O processo de ampliação e de consolidação dessas estruturas de cuidado em saúde mental é gradual. Isso faz refletir quanto à importância de considerar-se no planejamento da inversão do modelo assistencial em saúde mental outras estratégias de atenção territorial, para acolher e cuidar dessas pessoas que necessitam de um acompanhamento psicossocial.

Devido ao número reduzido de CAPS distribuídos por AP (como descrito no capítulo IV - atualmente o município do Rio conta com 9 unidades cadastradas) e até mesmo devido à sua especificidade tecno-política de instância organizadora da porta-de-entrada da rede de atenção, acredita-se que os CAPS não devem ser concebidos como o único dispositivo estratégico a responsabilizar-se pelo cuidado à saúde mental de um determinado território. Até porque o CAPS sozinho não possui capacidade resolutiva para isto. Uma ampla interlocução entre estes dispositivos de atenção diária e a atenção básica (de modo especial, a Estratégia de Saúde da Família) amplifica o potencial dos CAPS enquanto agenciadores de novos modos de cuidado, estende para outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico e sustenta os serviços de atenção diária enquanto política pública transformadora do modelo assistencial, favorecendo assim um modo de cuidar que realmente prescindia do recurso hospitalar.

Uma das questões pontuais que se coloca nesta relação a ser estreitada entre a Atenção Básica e os CAPS refere-se à configuração de um sistema de referenciamento mútuo e à articulação das proposições e das ações conduzidas por cada um desses dispositivos. Este parece ser o grande desafio para a constituição de uma política de saúde mental mais sólida e integral, que se expresse também através da “conversa” travada e pactuada entre os dispositivos da rede de atenção à saúde. Assim como no relato a seguir, constata-se a precariedade do sistema de referência em saúde mental na AP 3.1 e observa-se o que tem significado na medida da realidade buscar esta interlocução entre as estratégias de atenção:

“Aqui em Manguinhos a gente não manda doente para o CAPS. E (...) o CAPS da Ilha do Governador não atende a demanda da gente. O CAPS ainda é uma coisa muito restrita. Aqui no Rio é um desespero.” (P-4)

Outra questão emergente sugere a falta de preparo dos profissionais de

saúde da rede básica para receber e cuidar de pessoas com transtornos psíquicos graves, principalmente quando os usuários são pessoas com histórias de múltiplas internações psiquiátricas. A orientação das políticas de atenção à saúde mental, no Brasil, ao redirecionar as ações para os serviços extra-hospitalares e territoriais, convoca que novas estratégias de cuidado sejam consolidadas e antigos padrões assistenciais sejam superados. Entretanto, nas falas dos profissionais de saúde da atenção básica, foi trazida, recorrentemente, a dificuldade de reorganização da rede básica para operar de acordo com estas transformações político-institucionais:

“Essa pessoa se torna um peso porque o hospital agora não aceita mais, né, é desospitalizar, cuidar ambulatorialmente, e aí? Eu sou totalmente a favor disso, mas acho que o outro lado tinha de ser preparado para receber, os profissionais para receber e a rede básica para receber.” (P-2)

Outra profissional exprime algumas preocupações que expressam bem o descontentamento de alguns trabalhadores em saúde da atenção básica com a ausência de um planejamento que contemple as necessidades exigidas para a execução de uma política de saúde mental neste cenário – com todas as peculiaridades de uma política especial:

“... é essa coisa: a rede básica tem de estar preparada para tudo, mas não estão qualificando, não tem... a gente só tem esses dois psiquiatras (...) para distribuir também, porque a nossa psicóloga é estagiária e agora ela é cooperativada. No dia em que o psiquiatra se aposentar, fedeu, o outro é pesquisador. (...) quando eu digo que eles são poucos, também, talvez por isso...a própria dificuldade de pensar ou organizar um serviço básico, porque é complicado.” (P-5)

Uma consideração importante foi levantada por uma profissional de saúde, que pontua sua preocupação com a entrada dos especialistas no PSF, o que na sua percepção acarreta alguns riscos, principalmente, o da reprodução do modelo assistencial em saúde:

“O medo é esse: justamente você botar um disso, um daquilo, um daquilo outro e reproduzir o modelo. Mas eu sinto falta, talvez porque eu seja do modelo antigo, não sei, mas não é bem assim que a gente pode se virar (). Esse generalista...não dá para... . Por exemplo, gestante obesa acaba com a nutrição do filho. Acho que há um profissional na rede, especializado, que tem que contribuir com isto...tanto que, quando a gente foi montar a grade de orientações alimentares, a gente foi procurar e eles disseram que a gente podia fazer.” (P-2, grifos meus)

Em alguns relatos encontra-se indicações de que a inclusão de outras

especialidades na ESF, apesar de ainda restrita a alguns campos de saber (saúde bucal, por exemplo), encontra no bojo da implementação de políticas especiais de atenção à saúde - como no caso da saúde mental – um incentivo ao incremento das ações de saúde coletiva na atenção básica. Incentivo este que se sustenta, inclusive, no ideário da integralidade das ações de atenção à saúde. A multideterminação dos problemas de saúde que atingem as comunidades exige respostas variadas e igualmente complexas que não se restrinjam à ações de cunho médico, onde prevalecem abordagens curativas e assistenciais, mas que coloquem em cena novos elementos no campo de forças da construção da saúde, nas quais múltiplos fatores convivem e intervêm: biológicos, sociais, econômicos e ambientais.

Uma estratégia de atenção à saúde comunitária, como o é a Estratégia Saúde da Família, deve buscar superar dicotomias e reducionismos teórico-conceituais, desburocratizar o processo de trabalho em saúde e desmedicalizar a produção do cuidado para realmente poder operar uma reestruturação produtiva das ações em saúde na atenção básica. Em busca desta reestruturação produtiva na atenção primária encontra-se também a saúde mental, enquanto um destes saberes e fazeres a serem apropriados com vistas a um cuidado mais qualificado e integral do usuário. A reflexão de um trabalhador em saúde quanto ao problema do trabalho especializado na ESF exprime a necessidade de redefinir a condução da ESF enquanto política pública e enquanto processo produtivo do cuidado em saúde:

“Ainda está uma coisa um pouco dificultosa a questão do serviço especializado junto ao PSF. A impressão que a gente tem é a de que o PSF é uma coisa que está sendo feita simplesmente para populações mais carentes e oferecendo simplesmente um nível muito baixo de assistência. (...). Mas, o PSF, a princípio não é isso. É para pobre e para rico, para remediado, para todo mundo. Tecnicamente, o médico de família trabalha muito bem, corretamente, o planejamento não é de uma medicina pobre, de poucos recursos. É de uma medicina tecnicamente muito potente, muito forte. O trabalho comunitário pode ser feito para a classe média também. Se você monta o planejamento de saúde bom o suficiente para a classe média ir, ela vai.” (P-5)

Outra questão importante a ser considerada é que o processo de vinculação entre usuário e profissional é concebido por alguns trabalhadores em saúde como algo determinante para a produção de ações em que a integralidade esteja presente. Entretanto, algumas dificuldades são apontadas, sendo que uma ênfase especial é dada ao risco do distanciamento entre a dimensão teórico-conceitual e a dimensão das práticas cotidianas:

“Uma questão que a gente volta sempre para discutir é vínculo. É ético, entendeu? Porque, senão, a gente vai cair na vala comum.”(P-5)

Todavia, toda a complexidade deste processo de vinculação entre usuários e trabalhadores em saúde emerge em algumas falas como sendo um desafio a ser superado no cuidado em

saúde pública, pois o contato direto com a realidade comunitária – muitas vezes precária, desumana e violenta – mobiliza mecanismos de rejeição e afastamento dos que se aproximam deste cenário. A entrada dos técnicos e profissionais de saúde na comunidade, na residência dos usuários e o desenvolvimento das ações de saúde exatamente neste espaço onde são processadas as construções simbólicas da vida cotidiana apontam para a ousadia do PSF enquanto projeto de reestruturação da atenção básica que tem como *locus* da produção do cuidado em saúde o território e a família:

“...agora eu entendo porque nós, da área da saúde, nos distanciamos tanto da população. (...). É tragédia, é desgraça o tempo todo, ninguém agüenta. Essas dimensões deste programa [ESF] são ousadas demais para a capacidade do ser humano. Você sofre demais, porque uma coisa é você estar no seu consultório e atender uma pereba. Outra é você saber como é a condição daquela pessoa para chegar àquela pereba. É completamente diferente.”(P-2)

Ao descrever as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde - como uma possibilidade de maior abertura do programa para os problemas das comunidade - surgem também questionamentos sobre o modo de produção dessas ações. Se a ESF, a princípio, é uma estratégia de aproximação do contexto familiar, de integração das ações em torno de um núcleo primário - a família -, alguns aspectos éticos são levantados pelos atores envolvidos:

“Agora, parece que não é nada, é muito bom ter uma pessoa que facilite a entrada, mas aquela pessoa também está sabendo da vida de todo mundo ali. No futuro, não sei o que essas informações...pode acabar acontecendo, né? É muito complicado. E sai da área de saúde...entra um novo componente na equipe de saúde, e a questão da ética tem de ser muito discutida com eles, o tempo todo.” (T-2, grifos meus)

Parece que alguns profissionais de saúde do CSEGSF têm refletido sobre as implicações que podem advir da entrada dos agentes comunitários no âmbito familiar. Algumas falas sinalizam como um complicador o risco dos agentes comunitários tornarem-se “reguladores” da vida privada das pessoas, indicando a necessidade de um posicionamento ético ao desempenharem estas ações na comunidade.

Como descrito anteriormente, as ações desenvolvidas pelo NUDEQ em conjunto com a ESF parecem, de certa forma, destacar-se das demais estratégias de cuidado em saúde mental produzidas pelos profissionais da Unidade. Observa-se nos relatos a ênfase em engendrar o cuidado às pessoas em dependência química no âmbito comunitário, co-produzindo as ações junto à equipe de Saúde da Família, através de uma pactuação estabelecida, principalmente, entre os agentes comunitários de saúde e os agentes de alcoolismo:

“A nossa idéia é fazer esse atendimento junto com o PSF, colocando agentes de alcoolismo integrados às equipes de PSF (...). O PSF, aqui, ainda é uma iniciativa pequena...a nossa idéia, aqui, é que o PSF assuma toda a assistência. Acho que é uma maneira muito boa de se trabalhar. Melhor do que deixar o médico isolado, simplesmente atendendo a uma demanda espontânea. A gente aprende que o doente é uma coisa que a gente tem que buscar.” (P-6)

Segundo as considerações de um dos membros do núcleo de dependência química do CSEGSF, o NUDEQ destaca-se dos demais programas de atenção à saúde da Unidade por colocar-se no espaço entre as ações de saúde desenvolvidas no interior da Unidade e as ações de saúde capilarizadas e expandidas para o âmbito comunitário, através da ESF. A proposta de um cuidado integral é expressa como meta a ser atingida por meio de uma interlocução com as outras equipes e de um intercâmbio mais profícuo com a ESF, em que atividades de orientação e supervisão às equipes quanto à problemática da abordagem e do cuidado ao dependente químico sejam realizadas com mais frequência e de modo mais sistematizado:

“A única iniciativa que existe e que tem dado certo é essa do núcleo de dependência química. Mas, mesmo assim, eu ainda não trabalho com o nível de integração que eu desejaria. A integração ainda está um pouco abaixo do que eu gostaria. Eu poderia estar dando muito mais orientação às equipes com relação à saúde mental e à dependência química, especialmente, e a própria equipe poderia estar assumindo mais algumas funções.” (P-3)

Novamente, o lugar do profissional de saúde mental aparece no discurso dos atores institucionais como sendo de orientação e supervisão das equipes de Saúde da Família. Deslocar a saúde mental do espaço de isolamento que, tradicionalmente, ocupa na Saúde Pública exige uma renovação e re colocação do problema da saúde mental na atenção básica.

O desejo de construir a integralidade como *práxis* nos serviços de atenção que integram o SUS constitui um vetor comum compartilhado entre a saúde mental e a saúde pública. Na esfera dos cuidados primários em saúde confere-se à Estratégia Saúde da Família, como analisado nos relatos, a propriedade potencial de concretização deste ideal e, também, de conjugação das muitas interfaces existentes entre a saúde coletiva e a saúde mental.

5.2.4. Considerações necessárias

É preciso esclarecer uma questão em relação à classificação dos eixos de análise e à formatação que lhe foi conferida no texto. Ao retomar-se os roteiros de entrevistas elaborados na fase de coleta de dados, observa-se que foram estruturados dois roteiros distintos, nos quais as perguntas dirigidas aos profissionais de saúde em geral e aos profissionais de saúde mental da Unidade foram formuladas com conteúdos semelhantes, mas abordados de formas diferentes, por acreditar-se que o grau de informação, formação, experiência e reflexão acerca do tema poderia ser absolutamente diferente quando comparássemos os dois grupos em questão. Optou-se, dessa forma, por criar dois roteiros que contêm semelhanças nas perguntas principais, mas que aprofunda as questões dirigidas aos profissionais de saúde mental. A suposição inicial foi constatada após a realização das entrevistas, pois as considerações realizadas pelos trabalhadores em saúde mental apresentaram, em muitos momentos, conteúdos que estavam claramente sob a influência tanto do trabalho em saúde mental que desenvolvem na rede básica, quanto dos conhecimentos prévios das políticas que vem sendo pensadas para o setor. Portanto, suas falas confirmam o atravessamento de outros fatores, outras influências não previstas no primeiro grupo, composto pelas demais categorias de trabalhadores em saúde.

Essa consideração é importante, pois no processo de análise das entrevistas observou-se uma tendência à intelectualização e à teorização das respostas às perguntas que eram dirigidas aos profissionais de saúde mental – em oposição ao outro grupo de trabalho em saúde. Algumas das principais diferenças encontradas nos relatos de técnicos e profissionais de saúde em relação aos profissionais “psi”, podem ser melhor compreendidas a partir desta ausência de contaminação discursiva, muito presente nos demais relatos.

5.3. Os Registros nos Prontuários: o que dizem sobre a produção do cuidado em saúde mental

O estudo dos prontuários do serviço sustentou-se na necessidade de compreender como os técnicos e os profissionais de saúde da Unidade capturam a demanda de saúde mental apresentada pelos usuários. Desta forma, são apresentados a seguir os resultados quantitativos deste estudo, que podem nos auxiliar a refletir sobre o modo de organização das ações de saúde mental no Centro de Saúde Escola e sobre o modo de produção do cuidado deste usuário que chega com queixas de sofrimento psíquico.

Primeiramente, apresenta-se um panorama geral dos atendimentos realizados no período estudado, que corresponde a 01/11/01 a 30/11/02. Neste período, os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde mental da Unidade corresponderam a 13,32% (4152 atendimentos) das consultas realizadas no CSEGSF. Observando o número de atendimentos prestados pela clínica médica – que comumente responde por grande parte das demandas de saúde dirigidas à uma Unidade Básica – correspondente, neste caso, a 31,44% das consultas (9801 atendimentos) realizadas no referido período – podemos procurar estabelecer uma relação entre o número de atendimentos prestados pelas especialidades vinculadas à saúde mental e à especialidade clínica médica.

Havia-se sugerido, em um outro momento, que a clínica médica guarda uma certa especificidade em relação às outras clínicas. A suposição era de que devido a natureza de sua prática, os profissionais da clínica médica poderiam tender a ter um olhar e uma escuta mais ampliados do processo saúde/doença, do que comumente é possível observar em relação à prática em outras especialidades médicas. Isso porque a clínica médica, não centrando seu olhar numa doença específica, poderia ser mais facilmente atravessada pelo vetor da integralidade no modo de perceber o usuário.

Reforça também essa suposição, a observância de um número bastante significativo de encaminhamentos à saúde mental originados na clínica médica. Ainda que esse fato não possa sustentar a idéia levantada a princípio de que os clínicos têm um olhar e uma escuta diferenciada aos problemas de sofrimento psíquico, ele, ao menos, sugere que esses profissionais concebem e conferem a esse fenômeno uma importância como problema de saúde a ser escutado, cuidado ou a que deve ser oferecido algum tipo de resposta e encaminhamento.

Tendo como base os dados coletados no Setor de Documentação e Informações em Saúde da Unidade (SEDIS), foram elaboradas algumas tabelas que

visam compor algumas características dos atendimentos em saúde mental prestados pelos profissionais e, também, que fornecem elementos informativos sobre algumas características do usuário que tem acesso às ações de saúde mental da Unidade, contextualizando melhor a discussão aqui empreendida acerca dos modos de cuidado às pessoas em grave sofrimento psíquico no CSEGSF.

Com base na Tabela I, apresentada abaixo, pode-se observar que os usuários do sexo feminino representam mais da metade (55,59%) das pessoas que são atendidas pelos profissionais de saúde mental da Unidade. Entretanto, deve-se observar que essa diferença não chega a ser muito expressiva, uma vez que os homens representam 44,41% da população atendida por profissionais da mesma área. Supõe-se que esta ligeira diferença em termos da utilização dos atendimentos em saúde mental, na qual as mulheres aparecem em maior número, pode ser creditada ao fato de existir também uma ligeira predominância da população feminina (52%) em relação a masculina (48%) na região de Manguinhos (como já comentado no capítulo IV).

A despeito desta primeira suposição, pode ser levantada a hipótese desta diferença manter relação com o fato destes atendimentos prestados em saúde mental inserirem-se numa unidade da atenção básica, onde grande parte das demandas de saúde são dirigidas à clínica médica e também aos cuidados materno-infantis. Lembre-se que, as três principais clínicas de um serviço de atenção primária à saúde são a clínica médica, a ginecologia e a pediatria. Todas essas especialidades guardam uma vinculação importante com processos de saúde/doença em que a mulher pode figurar como a principal demandante por cuidados em saúde:

Tabela I
Distribuição dos usuários da saúde mental segundo a
categoria sexo, no período de 01/11/01 a 30/11/02
CSEGSF/AP 3.1

<i>Sexo</i>	<i>Número de Usuários</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Masculino</i>	330	44,41%
<i>Feminino</i>	413	55,59%
<i>Total</i>	743	100%

Já em relação às especialidades que compõem as ações de saúde mental produzidas pela Unidade, pode ser observada a distribuição dos usuários pelas especialidades de Psiquiatria, de Psicologia e de Serviço Social, na qual há claramente um predomínio dos atendimentos psiquiátricos, em detrimento

das outras modalidades de atendimentos. Essa constatação sugere que existe uma demanda expressiva por atendimentos psiquiátricos, no qual a dispensação de medicamentos psicotrópicos constitui um padrão de ações coerente com um modelo assistencial tradicional de medicalização do sofrimento psíquico e das ações a ele dirigidas. Note-se a distribuição dos usuários nas referidas especialidades na tabela a seguir:

Tabela II
Distribuição dos usuários da saúde mental segundo a
categoria especialidade, no período de 01/11/01 a 30/11/02
CSEGSF/AP 3.1

	<i>Psiquiatria</i>	<i>Psicologia</i>	<i>Serviço Social</i>	<i>Total</i>
<i>Número de usuários</i>	455	255	33	743
<i>Porcentagem de usuários</i>	61,24%	34,32%	4,44%	100%

Há uma considerável diferença na utilização da especialidade psiquiátrica no CSEGSF, pois 61,24% de todos os usuários da saúde mental, listados no período estudado, estão sob acompanhamento psiquiátrico. Especialidades como a Psicologia e o Serviço Social absorvem, respectivamente, 34,32% e 4,44% das pessoas que chegam à Unidade com demanda de cuidados em saúde mental. Contudo, é importante considerar que um mesmo usuário pode circular simultaneamente entre essas três especialidades, ou seja, estar vinculado a dois ou mais profissionais ao mesmo tempo. Neste estudo, não foi possível trabalhar os dados a fim de detectar quantos destes usuários faziam uso de mais de uma especialidade. Mas, ainda assim, é inegável a utilização do saber psiquiátrico como a principal modalidade de produção do cuidado em saúde mental no CSEGSF.

A tabela III, apresentada na seqüência, possui relação com a discussão realizada anteriormente (Tabela I) e aponta para o fato de que nas especialidades Psicologia e Serviço Social, as mulheres apresentam-se em número bastante expressivo, correspondendo à 63,14% e 78,79% dos usuários, respectivamente. Enquanto isso, ao se observar a distribuição segundo sexo na Psiquiatria, nota-se quase uma equivalência entre os usuários do sexo feminino e masculino que compõem esta clientela:

Tabela III
Distribuição dos usuários da saúde mental
segundo sexo e por especialidade, no período de 01/11/01 a 30/11/02
CSEGSF/AP 3.1

	<i>Psiquiatria</i>	<i>Psicologia</i>	<i>Serviço Social</i>	<i>Total</i>
<i>Masculino</i>	50,33%	36,86%	21,21%	100%
<i>Feminino</i>	49,67%	63,14	78,79%	100%

Essa distribuição assimétrica entre os sexos nas duas especialidades (Psicologia e Serviço Social) pode estar relacionada à representação social destas profissões, que ainda são caracterizadas como profissões eminentemente femininas e, de alguma forma, a busca por atendimento nessas especialidades se dá de modo análogo por mulheres que conferem um certo poder/saber “cuidar” às pessoas do mesmo sexo. No imaginário social, psicologia e serviço social consolidaram-se como profissões exercidas por mulheres e isto não ocorre casualmente, pois ambas as categorias profissionais estão imbuídas e dirigidas para o cuidado do outro, para a escuta de problemas que incidem sob o universo da vida privada, tradicionalmente, destinado às mulheres.

Além desse aspecto, que diz respeito à influência do gênero na escolha e na utilização de serviços de saúde, os dados levantam questões referentes aos problemas de saúde mental apresentados por homens e mulheres e como tais problemas emergem nas demandas apresentadas por estes grupos de usuários. Pode-se pensar que as demandas masculinas sejam apresentadas de forma a conduzi-los a um atendimento psiquiátrico, em que o medicamento seja a abordagem terapêutica mais solicitada e utilizada, em detrimento das demais. Para os homens, buscar atendimento psicológico pode significar o reconhecimento de suas fragilidades e dificuldades pessoais, através de um caminho que pode parecer longo e mais penoso do que o alívio sintomático propiciado pela ação rápida dos medicamentos psiquiátricos.

Note-se que as mulheres participam enquanto usuárias da Psiquiatria em número bastante próximo aos homens, não havendo condições de dizer que existe uma diferença significativa na utilização dessa especialidade entre ambos os sexos. A larga utilização de ansiolíticos e antidepressivos pelo sexo feminino na sociedade contemporânea como modo de medicalização dos sintomas e problemas da vida cotidiana pode justificar esta paridade entre homens (50,33%) e mulheres (49,67%) no uso da especialidade psiquiátrica.

O estudo da tabela IV aponta para os principais locais de residência dos usuários da saúde mental do CSEGSF. Foram escolhidos para a composição da tabela as cinco comunidades do Complexo de Manguinhos que apresentaram o maior número de frequência de residência. A intenção de trabalhar com a categoria moradia foi motivada pela preocupação em observar se os usuários que conseguem acessar as ações de saúde mental da Unidade, são oriundos das comunidades mais carentes de Manguinhos (Parque João Goulart e Mandela de Pedra). Esta hipótese sustentou-se na relação que pode ser estabelecida entre as condições sociais existentes em cada comunidade e os problemas de saúde apresentados pelos seus membros. Condições precárias de moradia, saneamento, índices elevados de violência, baixo poder econômico podem contribuir para alguns agravos à saúde e entende-se que o sofrimento psíquico encontra-se como importante elemento neste processo de saúde/doença.

Entretanto, os dados da Tabela IV apresentaram uma distribuição bastante linear em relação à distribuição dos usuários nas comunidades do Complexo de Manguinhos. Apenas uma das comunidades que supostamente poderia apresentar maior número de usuários (Parque João Goulart) aparece entre os principais locais de residência com uma participação de 82 residentes (11,03%), como é possível observar a seguir:

Tabela IV

Distribuição dos usuários da saúde

mental

segundo local de residência no período de 01/11/01 a 30/11/02

CSEGSF/AP 3.1

<i>Local de Residência</i>	<i>Número de Residentes</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Vila Turismo</i>	117	15,74%
<i>Conjunto Habitacional Provisório 2</i>	114	15,34%
<i>Parque Oswaldo Cruz</i>	97	13,05%
<i>Conjunto Nelson Mandela</i>	88	11,84%
<i>Parque João Goulart</i>	82	11,03%

Para melhor visualização dos dados na Tabela optou-se por apresentar apenas os cinco locais mais freqüentes de moradia dos usuários. Levou-se em consideração para efeito de classificação das comunidades, o mapeamento existente e utilizado no Setor de Documentação e Informações em Saúde da Unidade (SEDIS), que utiliza as referências disponibilizadas pelo IBGE.

A distribuição dos usuários gira em torno de 11,03% a 15,74% nas comunidades Vila Turismo, Conjunto Habitacional Provisório 2, Parque Oswaldo Cruz, Conjunto Nelson Mandela e Parque João Goulart. Apesar da suposição inicial acerca da distribuição dos usuários nas comunidades de Manguinhos não ser confirmada pelos dados obtidos, uma explicação possível pode residir no fato de as pessoas moradoras das comunidades mais carentes encontrarem mais dificuldades para acessar os serviços de saúde.

Uma consideração bastante relevante, que pode auxiliar na compreensão da distribuição observada na Tabela IV, é que a influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demandas diferenciadas aos serviços de saúde, em termos de volume e tipo de problema. Alguns autores (Travassos, 1997) trabalham na perspectiva do quanto as desigualdades no campo sanitário refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, ou seja, as desigualdades observadas no uso de ações e serviços de saúde tendem a seguir o mesmo padrão desigual observado nos indicadores sociais. Assim, as dificuldades na acessibilidade às ações de saúde pública encontradas por grupos sociais menos favorecidos expressam dificuldades e desigualdades já vivenciadas na vida social dessas comunidades.

Na Tabela seguinte, é interessante observar e comparar que embora a maior concentração de usuários esteja na especialidade Psiquiatria (61,24%, como visto e analisado na Tabela II), o maior número de consultas realizadas entre as especialidades selecionadas refere-se aos procedimentos em Psicologia (2360 consultas ou 56,84% do total), seguida das consultas em Psiquiatria com 42,34% dos procedimentos em saúde mental do CSEGSF. O Serviço Social registra, no período estudado, apenas 0,82% das consultas realizadas, como mostra a tabela:

Tabela V
Distribuição das consultas realizadas pela saúde mental
segundo a especialidade, no período de 01/11/01 a 30/11/02
CSEGSF/AP 3.1

	<i>Psiquiatria</i>	<i>Psicologia</i>	<i>Serviço Social</i>	<i>Total</i>
<i>Número de Consultas</i>	1758	2360	34	4152
<i>Percentagem de consultas</i>	42,34%	56,84%	0,82%	100%

Talvez, uma maior produção de consultas psicológicas se deva ao fato do modo de produzir as ações pelo profissional de Psicologia. O atendimento psicoterápico de orientação analítica prevê uma periodicidade nos atendimentos, podendo elevar deste modo o número de consultas em relação às demais especialidades. Um padrão de consultas que pode variar de atendimentos com uma ou duas marcações semanais a consultas quinzenais, por exemplo, eleva o registro dos procedimentos nesta especialidade. Enquanto que, no atendimento psiquiátrico podem ocorrer atendimentos mais espaçados dependendo do modo de acompanhamento do caso em questão. As consultas psiquiátricas mensais que visam a reavaliação e a manutenção do uso de medicação psicotrópica pode justificar esta diferença observada entre o elevado número de usuários em acompanhamento psiquiátrico e o número reduzido de consultas produzidas por esta especialidade, se comparado aos procedimentos em Psicologia.

Esta constatação fornecida pela Tabela V pode ser confirmada e melhor visualizada se os dados são comparados em termos da média de consultas por ano, realizadas por usuário em cada especialidade referida, apresentada na Tabela VI:

Tabela VI
Média de consultas/ano em saúde mental realizadas por usuário
de acordo com a especialidade, ao longo do período de 01/11/01 a 30/11/02
CSEGSF/AP 3.1

<i>Média de consultas/ano no período</i>	<i>Psiquiatria</i>	<i>Psicologia</i>	<i>Serviço Social</i>	<i>Total</i>
<i>11/01 a 11/02</i>	4	9	1	6

Note-se que o padrão descrito anteriormente é mantido, ao longo do período de 01/11/01 a 30/11/02, durante o qual a maior média de consultas/ano por usuário é obtida através dos procedimentos de Psicologia (9 consultas/ano por usuário), seguida das consultas psiquiátricas (4 consultas/ano por usuário) e por último, em número inexpressivo os procedimentos do Serviço Social (1 consulta/ano por usuário).

Os dados apresentados a seguir, na Tabela VII, referem-se à distribuição dos principais grupos diagnósticos primários registrados entre os usuários. Tomou-se o cuidado de construir a Tabela de modo a permitir também a visualização da distribuição destes grupos pela categoria sexo.

Sinaliza-se que o objetivo deste mapeamento dos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes compõe parte da análise deste trabalho, não simplesmente para informar sobre a prevalência de morbidade psiquiátrica atendida na Unidade, inclusive porque esta não é a pretensão deste estudo. Ele se justifica por estar inserido numa perspectiva mais ampla que propicie um levantamento e uma reflexão crítica do uso das categorias diagnósticas do CID-10 como elementos de análise de um grupo específico de usuários (no caso de pessoas que chegam à unidade sanitária com queixas de sofrimento psíquico) e, principalmente, de como os profissionais de saúde mental dessas unidades apreendem essas demandas e as codificam para os grupos diagnósticos.

A preocupação deste momento do trabalho de análise é, portanto, muito mais procurar depreender como os profissionais capturam o problema do sofrimento psíquico enquanto necessidade de saúde, e como esta escuta dirige o percurso do usuário pelos dispositivos de atenção à saúde e também define os encaminhamentos que lhe serão propostos. Feito este esclarecimento segue-se a observação da Tabela VII:

Tabela VII

Distribuição dos Grupos de Diagnósticos Primários mais frequentes entre os usuários da saúde mental segundo sexo, no período de 01/11/01 a 30/11/02

CSEGSF/AP 3.1

Diagnóstico Primário (CID-Primário)	Sexo	
	Masculino	Feminino
<i>Transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas</i>	43,33%	11,41%
<i>Transtornos comportamentais e emocionais da infância ou da adolescência</i>	22,96%	14,96%
<i>Transtornos neuróticos</i>	13,33%	36,22%
<i>Transtornos psicóticos</i>	13,32%	34,24%

Os agrupamentos aqui realizados basearam-se na classificação descrita no CID-10, devido ao fato deste instrumento constituir-se na referência para codificação diagnóstica utilizada pela Unidade de Saúde.

Em primeiro lugar, há que se notar na apresentação dos dados um número expressivo de usuários que recebem diagnóstico de transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas. Ainda, que os usuários do sexo masculino (43,33%) apresentem-se em número bem mais elevado que as pessoas do sexo feminino (11,41%), esta diferença de gênero pode estar vinculada a questões sociais e culturais em que o uso e o abuso de substâncias psicoativas é mais aceito e tolerado entre pessoas do sexo masculino. O dado levantado não significa, contudo, que as mulheres do Complexo de Manguinhos usuárias da Unidade realmente desenvolvem menos problemas de dependência química, mas pode indicar que as mulheres com problemas de abuso de substâncias psicoativas encontram mais dificuldade em acessar um serviço desta natureza por estarem mais vulneráveis a questões de ordem moral, que restringem e reprimem a expressão desses problemas, que parecem tender a serem resolvidos na esfera da vida familiar.

Somando-se ambos os sexos chega-se a um percentual de 54,74% de problemas relacionados ao uso ou abuso de álcool e outras drogas entre os usuários da Unidade. Supostamente, isto pode manter alguma relação com a oferta de ações de atenção à saúde do NUDEQ (Núcleo de Dependência Química), do CSEGSF. A partir da pesquisa de campo e das análises empreendidas, observou-se que o NUDEQ possui uma boa repercussão de seu trabalho na comunidade e destaca-se dos outros modos de cuidado em saúde mental do CSEGSF, até mesmo por sua interlocução com as equipes da ESF. Certamente, a consolidação deste programa e a oferta permanente de apoio para pessoas em dependência química apenas justifica parcialmente este número elevado de quadros de dependência de substâncias psicoativas.

Esta informação revela, certamente, um problema de saúde pública que é crescente em muitas comunidades e que deve ser considerado no planejamento das políticas de saúde pública. Fica claro que o abuso de drogas lícitas (álcool) ou drogas ilícitas é um grave problema de saúde nas comunidades de Manguinhos. A presença do tráfico de drogas e do crime organizado nestas comunidades contribui fortemente para o processo que leva do consumo à grave dependência química. Os altos índices de violência nas comunidades do Complexo de Manguinhos, as condições precárias de saneamento, de moradia e o desemprego também são componentes deste cenário, no qual os custos sociais devido ao abuso de drogas é responsável por gastos públicos com internação, acidentes de trânsito e mortes prematuras. Como já referido no capítulo anterior, a violência e o tráfico de drogas são responsáveis por 30% das mortes na região (Zancan & Bodstein, 2002, *apud* Bodstein *et alli*).

A análise dessas informações reafirmam a importância do desenvolvimento e consolidação de políticas de saúde pública locais que contemplem estes problemas de saúde apresentados pela comunidade. A partir de experiências de cuidado que considerem o contexto peculiar da vida nessas comunidades, estratégias de cuidado, como o NUDEQ, devem ser incentivadas e ampliadas em conjunto com ações de supervisão às equipes da ESF de Manguinhos, para uma abordagem mais qualificada desses problemas psicossociais.

No tocante aos demais grupos diagnósticos, observa-se que os problemas de comportamento da infância e da adolescência aparecem também como grupo diagnóstico importante, sendo que a percentagem é maior no sexo masculino (22,96%), enquanto no sexo feminino esse percentual é de 14,96%. O atendimento a crianças e adolescentes é realizada no CSEGSF por uma profissional de psicologia, tanto na modalidade individual (atendimento ludoterápico e psicopedagógico) quanto em grupo. Os atendimentos parecem ser dirigidos, principalmente, a crianças em idade escolar com dificuldades de aprendizagem.

A abordagem dos problemas psicossociais que aparecem na infância e na adolescência assume uma dinâmica ainda mais complexa por exigir a consideração desta peculiar situação do usuário não ser o demandante da ação de saúde, uma vez que a busca pelo atendimento comumente é realizada pelos pais ou outros responsáveis pela criança.

A ausência de políticas públicas de saúde mental para a infância e a adolescência é um elemento complicador para a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Apenas, muito recentemente, na portaria 336/02, foi estabelecida uma modalidade de serviço que deve ofertar atenção diária a crianças e adolescentes com problemas mentais. Estes serviços devem ser cadastrados como CAPS i II (nomenclatura que designa centros de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes) e devem servir de referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, como regulamentado pela referida portaria. Ainda assim, não existe no planejamento das ações da atenção básica uma política específica de cuidados em saúde mental para a infância e adolescência, o que fragiliza e precariza muitas vezes os atendimentos prestados nessa área.

O modelo tradicional de clínica infantil prevalece como sendo o principal recurso utilizado pelos profissionais da atenção básica para produzir cuidados. Eis uma questão importante a ser pensada neste contexto de inclusão das ações de saúde mental no PSF e também na reestruturação das ações produzidas intra-muros.

Um outro dado bastante significativo, apresentado na Tabela VII, diz respeito a dois grupos diagnósticos: os transtornos neuróticos e os transtornos psicóticos. É curioso notar que não há uma distribuição distinta desses dois grupos entre os usuários do CSEGSF, ao contrário, existe uma distribuição bastante equitativa até mesmo quando analisa-se a categoria sexo. Os transtornos neuróticos aparecem com um percentual de 13,33% nos homens e de 36,22% nas mulheres, e os transtornos psicóticos apresentam um percentual semelhante de 13,32% nos homens e 34,24% nas mulheres atendidas por profissionais de saúde mental da Unidade.

Essa constatação revela que a clientela usuária de serviços de saúde mental na atenção primária não é composta pelos – vulgarmente chamados – “problemas menores de saúde mental”, ou seja, por pessoas que apresentam problemas neuróticos leves e psicossomáticos ou outros quadros clínicos considerados de menor comprometimento psíquico.

Observa-se, a partir dos dados levantados, que pessoas em grave sofrimento psíquico acessam a atenção básica de saúde em busca de cuidado. Acredita-se que o acolhimento, o cuidado qualificado e o encaminhamento responsável também devem integrar o conjunto de ações em saúde coletiva desenvolvidos neste primeiro nível de atenção à saúde.

A resposta à problemática do sofrimento psíquico na atenção básica não deve ser negligenciada e nem transferida para outros níveis da rede de atenção, quando os profissionais de saúde da rede básica podem contribuir para o seu equacionamento. Se os problemas de saúde chegam até a unidade sanitária, sejam eles definidos e enquadrados como sendo somáticos, orgânicos, mentais, bucais...enfim, com a limitada compreensão do processo de saúde/doença em que prevalece a doença e não o sujeito desta experiência, é de responsabilidade dos que ali se encontram procurar alternativas e caminhos para a sua condução.

Há, também, que ser superado o entendimento de que a hierarquização dos serviços supõe na mesma medida a hierarquização dos problemas de saúde. O sistema de saúde, como bem propõe Cecílio (*apud* Costa & Maeda, 2001:26), deve ser pensado como um círculo, em que “...*todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida do cidadão.*” Entender, assim, o sistema de saúde nos atravessamentos que permeiam os diversos níveis de atenção é buscar atingir no modo de organização e produção das ações em saúde um dos princípios mais almejados na construção do SUS: a integralidade na atenção ao usuário.

A seguir são apresentadas, na Tabela VIII, as informações referentes aos tipos de encaminhamento mais utilizados pelos profissionais de saúde mental do CSEGSF no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico:

Tabela VIII

Distribuição dos Tipos de Encaminhamento mais frequentes utilizados pelos profissionais de saúde mental, no período de 01/11/01 a 30/11/02 CSEGSF/AP 3.1

<i>Encaminhamento</i>	<i>Número</i>	<i>Percentagens</i>
<i>Retorno</i>	2904	69,94%
<i>Encaminhamento Interno</i>	1229	29,60%
<i>“Alta”</i>	12	0,28%
<i>Encaminhamento Externo</i>	06	0,14%
<i>Internação</i>	01	0,024%

O retorno aos atendimentos, ou seja, a remarcação da consulta foi o encaminhamento mais realizado pelos profissionais de saúde mental da Unidade, representando 69,94% dos encaminhamentos totais. Os encaminhamentos internos respondem por 29,60% do percentual total. Já, a suspensão do atendimento, definida nos prontuários como “alta” apresenta um percentual de 0,28%. Os encaminhamentos externos são responsáveis apenas por 0,14%, seguidos do recurso da internação (0,024%), devido ao registro de uma internação psiquiátrica ao longo de um ano.

Esses dados são muito significativos pois dizem da capacidade da Unidade e dos profissionais de saúde de lidarem com a condução dos casos. O fato do retorno aos atendimentos expressar um número bastante relevante pode indicar a absorção de grande parte dos usuários que chegam à Unidade com necessidades de cuidado em saúde mental. O número bastante reduzido de encaminhamentos externos parece confirmar essa suposição. Ainda assim, é possível questionar se este dado revela, na verdade, uma fragilidade do sistema de referência da rede de saúde, havendo pouca pactuação da Unidade de Saúde com os demais dispositivos de atenção em saúde mental existentes no território.

Os encaminhamentos internos são compreendidos com base no fato da Unidade em estudo caracterizar-se por ser uma unidade da rede básica de saúde, com outras especialidades ofertando atendimentos à população, além do fato de ser um Centro de Saúde Escola com múltiplos recursos para atenção à saúde da comunidade local. Tais características potencializam a utilização do serviço pelo usuário em suas diversas modalidades de atenção, constituindo-se realmente numa unidade de referência em saúde para o mesmo, uma vez que este usuário torna-se um usuário cativo do serviço. Pode-se ainda dizer que estes encaminhamentos internos expressam as interlocuções existentes entre as diversas clínicas e programas da Unidade que, embora na análise das entrevistas tenham surgido como um ponto frágil das relações intra-muros, aparecem na análise dos dados quantitativos como o segundo modo de encaminhamento mais utilizado – embora ainda de modo reduzido.

Uma consideração importante faz-se necessária em face do destaque que assume o fato de apenas uma internação psiquiátrica ser realizada como encaminhamento de um caso, durante o período de um ano do estudo. Parece bastante significativo que de um total de 743 usuários acompanhados pelos profissionais de saúde mental da Unidade, apenas um tenha sido conduzido para o dispositivo hospitalar. A proximidade geográfica entre o local da residência do usuário e a Unidade sanitária onde é realizado o

atendimento do mesmo favorece a criação de um vínculo mais fortalecido entre o trabalhador de saúde e o usuário.

Aliada à questão do vínculo, encontra-se como ponto crucial e favorável ao incremento das ações de saúde mental na atenção primária o deslocamento e o descentramento das ações de saúde mental de núcleos de competência exclusivamente voltados para a assistência psiquiátrica, o que insere a atenção ao usuário destes serviços em uma nova lógica de produção do cuidado, posto que a unidade sanitária constitui-se num espaço de produção da saúde em que muitos outros problemas são abordados e cuidados. Esta imersão da problemática do adoecimento psíquico no universo da saúde coletiva em geral faz o usuário circular entre outros – pessoas com problemas distintos dos seus, questões não específicas e nem restritas ao âmbito da saúde mental. Se o isolamento do usuário no contexto da reforma psiquiátrica é fortemente negado, contestado e combatido – isolamento este, próprio do modo asilar de assistência psiquiátrica como analisado por Costa-Rosa (2000) – um cuidado que se dê nos espaços comunitários, que são múltiplos e muitos, encontra nos espaços de produção da saúde coletiva, e não apenas da saúde mental, a possibilidade de oferecer uma atenção que preze pela circulação do usuário, facilite seu acesso a outras ações de saúde do sistema e aborde integralmente o sujeito da experiência, e não a doença do sujeito.

Com isto quer se provocar uma reflexão acerca da propriedade de serem conduzidas ações e estratégias de atenção em saúde mental na rede primária do sistema de saúde. Tanto as equipes do PSF quanto o trabalho dos profissionais nas Unidades de Saúde estão potencialmente inseridos no contexto comunitário onde os fenômenos sociais são produzidos e significados, de maneira que as ações de saúde mental co-produzidas neste cenário assumem um caráter legítimo enquanto estratégias de atenção à saúde coletiva a serem pactuadas e negociadas entre os atores envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurando compreender como tem sido produzido o cuidado em saúde mental no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, sob a perspectiva de um dos co-produtores desse processo, o trabalhador em saúde, muitas reflexões e descobertas foram possíveis de serem construídas.

Através da equipe de saúde desta unidade pôde-se conhecer as modalidades de atenção e os tipos de atendimento oferecidos à população usuária do serviço, que chega com necessidades de saúde que se configuram como problemas de saúde mental.

Ademais, pude me colocar como ator-pesquisador, ao vivenciar durante um determinado período o cotidiano da Unidade, com seus dilemas, suas potências e as alternativas assistenciais construídas na tentativa de dar conta da complexidade do trabalho em saúde.

Nas estratégias encontradas para enfrentar o problema do adoecimento psíquico delineou-se uma tendência à produção do cuidado em saúde mental através de ações intra-muros, ou seja, que ainda privilegiam e encontram no *lôcus* da unidade sanitária o principal espaço de co-produção da saúde. Em consonância com esta observação, as ações extra-muros estendidas ou criadas no espaço comunitário –utilizando a ESF como uma via privilegiada para o incremento destas ações de saúde mental na atenção básica – são restritas a uma única estratégia de cuidado, dirigida a uma clientela bastante específica, que são os usuários com problemas de abuso de substâncias psicoativas, em especial o álcool e outras drogas.

Sendo assim, neste trabalho foi possível identificar de forma mais sistemática três modos de agir em saúde utilizados pelos técnicos e profissionais da unidade para lidar com a problemática do sofrimento psíquico na atenção primária: atendimentos psiquiátrico-psicológicos que englobam a intervenção psicoterápica e a intervenção medicamentosa, atividades coletivas de promoção e prevenção em saúde e estratégias territorializadas de atenção à saúde dirigidas à abordagem da dependência química. Esses agrupamentos, como analisado anteriormente, possibilitam uma melhor visualização dos eixos em torno dos quais são organizadas as ações de saúde mental, sem pretender limitar ou reduzir a riqueza da prática cotidiana dos profissionais de saúde a estes modos de agir. Cabe ressaltar, entretanto, que essas três modalidades de cuidado desenvolvidas no CSEGSF são reforçadas pela insuficiência dos dispositivos de atenção psicossocial na AP 3.1, que carecem de outras estratégias de ação mais integradas e coordenadas para sustentar uma política local de atenção à saúde mental.

Portanto, para as pessoas que vivenciam o adoecimento psíquico nas comunidades do Complexo de Manginhos e utilizam o CSEGSF como dispositivo de atenção à saúde, a oferta de ações em saúde mental restringe-se às modalidades das consultas psicológico-psiquiátricas individuais, ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos e à ação do NUDEQ enquanto núcleo de competência que cuida de usuários em dependência química e alcoólica.

No cenário estudado, os fatores responsáveis por desencadear os problemas de sofrimento psíquico, apontados pelos trabalhadores em saúde, são componentes de um amplo espectro, do qual fazem parte graves problemas de desigualdade social, desemprego, baixo poder aquisitivo,

chegando a questões de desagregação familiar, violência doméstica e situações de abandono.

As falas dos profissionais entrevistados revelaram uma desarticulação das ações de saúde mental produzidas no CSEGSF, fato este que favorece a produção de ações isoladas, onde o acolhimento e a escuta do sujeito são pouco explorados pela equipe. Isto fala, também, da reprodução e não da inversão do modelo assistencial que, em princípio, poderia ser deflagrado pela dinâmica das ações organizadas pelas equipes de Saúde da Família. E mais, mostra a ausência de propostas claras e estrategicamente definidas para os usuários em sofrimento psíquico, no bojo das políticas locais da atenção básica em saúde.

A análise temática das entrevistas e a análise dos dados dos prontuários no período estudado confirma a amplitude e a relevância dos problemas mentais relacionados ao uso e ao abuso do álcool e outras drogas, nas comunidades do Complexo de Manguinhos. Nesse contexto, o NUDEQ, então, surge como estratégia de atenção importante dirigida à esta clientela. As ações co-produzidas sob a responsabilidade dos agentes de saúde em alcoolismo, dos técnicos e profissionais de saúde deste núcleo estão embasadas no compromisso com a comunidade local, com o desenvolvimento de ações territorializadas e imbuídas do desejo de articular-se ainda mais com as equipes de Saúde da Família que fazem a cobertura de duas comunidades do Complexo.

Esta pactuação do NUDEQ com o PSF parece estar consolidando-se, principalmente, através das ações conduzidas pelos agentes comunitários de saúde e os agentes de alcoolismo que desenvolvem um trabalho conjunto na abordagem dos problemas relacionados à drogadição. Esta iniciativa aponta para uma das frentes de ação possíveis da saúde mental na ESF e atesta para a legitimidade da inclusão de ações no campo da atenção à saúde mental na rede básica.

Note-se que entre os trabalhadores em saúde, o agente comunitário é o membro da equipe da ESF que aparece na cena como potencialmente ativo neste processo de inclusão das ações de saúde mental no ESF. E, no caso da experiência do NUDEQ, são os agentes os principais atores que capilarizam o cuidado no espaço comunitário e fazem esta “ponte” entre as ações extra e intra-muros. Os agentes aparecem, ainda, como multiplicadores destas ações de cuidado nas comunidades e como os atores sociais que produzem e estreitam o vínculo com os usuários, pois as vivências no ambiente comunitário e domiciliar permitem conhecer melhor o universo dos usuários, que não se reduz ao universo do adoecimento e dos problemas de saúde. Tal posição do agente comunitário na ESF possibilita considerá-lo agenciador de novas formas de cuidar em saúde mental na atenção básica.

Neste estudo, a ESF aparece como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada enquanto possibilidade de atenção comunitária em saúde mental. Como visto, pouca articulação e pactuação existe entre os profissionais de saúde mental que prestam atendimento na Unidade e os técnicos e profissionais envolvidos com o trabalho na ESF. Um trabalho de retaguarda ou suporte dos profissionais de saúde mental da Unidade à equipe da ESF, para os momentos em que as condições psicossociais dos usuários emergem como primeira necessidade e exigem um acolhimento por parte dos profissionais de saúde, não existe como estratégia de ação e apresenta-se como de difícil implementação – a não ser pela parceria existente entre o NUDEQ e a ESF, sem que esta iniciativa se coloque como estratégia tecno-política inserida no planejamento da assistência construído entre as duas equipes.

As sugestões dos técnicos e profissionais de saúde quanto à redefinição das estratégias de ação em saúde mental no CSEGSF incluem: a alocação, de ao menos, um profissional de saúde mental

para fornecer orientação e supervisão às duas equipes do PSF de Manguinhos, na abordagem e na condução de situações que envolvem usuários em sofrimento psíquico; a participação dos profissionais de saúde mental da Unidade nas demais atividades desenvolvidas no Centro de Saúde, deslocando-os dos consultórios para um trabalho mais cooperativo; e o desenvolvimento de um trabalho de acompanhamento dos membros da própria equipe do PSF por parte de um profissional de saúde mental.

Uma ponderação importante referente a estas sugestões diz respeito à premência de ser superada a idéia no campo da saúde – e isto vale para a atenção primária – de que o caso de “saúde mental” deve ser atendido pelo profissional de saúde mental. Esta premissa muito comum nas instituições de saúde e, algumas vezes, sugerida pelos atores entrevistados no CSEGSF é expressão da influência do modelo e da racionalidade médica moderna em que a figura do médico e do hospital permanecem ainda hoje como organizadoras dos modos de atenção à saúde. Observou-se que esta mesma premissa mantém-se na atenção básica e constitui-se num impasse quanto à reestruturação das ações de saúde mental no nível primário.

Como foi possível perceber, algumas dificuldades emergiram como pontos críticos a serem repensados quando do incremento de ações em saúde mental no contexto das ações de cuidado em saúde produzidas no CSEGSF. A seguir são sintetizados e retomados alguns elementos que conduzem a situações-problema no CSEGSF.

A primeira delas refere-se à *escassez de recursos humanos qualificados* para o trabalho em saúde mental e, em especial, para conjugar as ações de saúde mental no âmbito da ESF. A equipe de saúde da unidade reporta freqüentemente a necessidade de um melhor preparo de seus membros para lidar com a clientela que se apresenta com problemas psiquiátricos, apontando para a ausência de qualificação dos profissionais da atenção básica quando uma abordagem psicossocial se faz necessária.

Outro aspecto que emerge no contexto das ações de cuidado em saúde mental produzidas no CSEGSF concerne às *dificuldades na acessibilidade* dos usuários às ações e serviços produzidos pelos profissionais. O acesso apresenta-se como primeiro obstáculo a ser superado pelo usuário que busca atendimentos em saúde mental. Este problema da organização da porta-de-entrada da unidade mostra uma de suas fragilidades para acolher pessoas em sofrimento psíquico e denuncia um despreparo da atenção primária em, realmente, estar constituindo-se como a entrada do sistema público de saúde.

A carência de um trabalho coordenado entre os diversos profissionais de saúde mental e entre as demais equipes da unidade é expressa, também, na dificuldade encontrada pela comunidade em acessar os cuidados prestados nesta área. A *desburocratização do processo de trabalho* na atenção básica pode, em decorrência disso, ser considerada uma questão preponderante para a criação de uma nova dinâmica produtiva do cuidado primário em saúde mental.

Já as potências advindas do encontro entre a saúde mental e a atenção básica no CSEGSF podem ser situadas em torno da produção de ações de cuidado em que o acolhimento, a escuta do sujeito e a integralidade na atenção podem emergir como fios condutores da implementação de uma política específica e da reorganização das ações de saúde mental neste contexto.

No estudo de caso realizado, parece claro que uma reorganização das ações de saúde mental em que a ESF pudesse participar mais amplamente desta nova composição da produção do cuidado poderia provocar maior *facilidade no acesso dos usuários* das comunidades do Complexo de Manguinhos a estas modalidades de atenção inseridas no espaço comunitário, sem que necessitem

recorrer a outros dispositivos de atenção, como, por exemplo, o dispositivo hospitalar.

Outra vantagem que aparece no estudo quanto à produção das ações de saúde mental na atenção primária refere-se à *responsabilidade pela demanda no território*, compartilhada por profissionais da atenção básica e da saúde mental. A produção das ações em ambos os campos está comprometida com a responsabilização pela demanda que chega aos serviços de referência. No caso da unidade sanitária CSEGSF, observou-se, inclusive, que a maior parte da demanda em saúde mental é absorvida pelos profissionais de saúde.

Um outro ponto identificado como favorável na aproximação da saúde mental e da ESF no CSEGSF foi o da possibilidade de *descentramento das ações desenvolvidas intra-consultórios para os outros espaços* dentro da própria unidade ou fora dela, numa perspectiva que entende a ação da clínica nas instituições de saúde pública, não apenas como intervenção técnica, mas como processo de produção de subjetividade dos usuários que ali se encontram. Este processo parece ser mobilizado de forma particular no encontro entre profissionais e usuários no espaço da atenção básica.

Há ainda, que se destacar o *deslocamento do comprometimento com o acolhimento e com o cuidado* ao usuário em sofrimento psíquico da figura do profissional de saúde mental para outros atores institucionais, como os agentes comunitários de saúde e os agentes de alcoolismo, num movimento que propicia a *'despsiquiatrização' do cuidado em saúde mental*.

Para suscitar o levantamento de questões e não o “fechamento” da discussão proposta por este estudo, convida-se a recolocar de forma mais ampla alguns pontos elencados como potências e como pontos frágeis quando do planejamento e da implementação de políticas de atenção em saúde mental na atenção básica, em especial na ESF.

Alguns riscos da condução irrefletida de políticas de atenção à saúde mental na ESF podem ser encontrados em fenômenos como a *ampliação do saber-poder psiquiátricos, psicologização dos problemas sociais, a ampliação e a ambulatorização da demanda*.

Dadas estas situações de difícil previsão e manejo, constata-se que a implementação de uma política pública especial que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto das políticas dos cuidados primários em saúde, envolve o reconhecimento de que ainda há a supremacia do modelo biomédico na organização das ações nesse setor. Isso significa dizer que prevalece a identificação e a classificação dos agravos de acordo com os quadros nosológicos e os códigos internacionais de doenças, a intervenção e os cuidados dirigidos à população são muito medicalizados e a relação profissional/usuário é mediatizada pelos procedimentos e não por processos de subjetivação envolvidos pela noção do acolhimento e da escuta do sujeito. Deseja-se com estas considerações convidar à reflexões acerca das dificuldades a serem superadas neste encontro entre a saúde mental e a atenção básica.

Enquanto política de saúde pública local, a inserção da saúde mental no PSF exige a ruptura destes antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda hegemônica nas ações de cuidado que são conduzidas. Sem uma ampla movimentação e compromisso ético-político de planejadores, gestores e trabalhadores em saúde que considere na pauta atual das discussões acerca da inversão do modelo assistencial este problema da perpetuação do modelo biomédico na assistência à saúde, corre-se o risco de experiências profícuas como a da saúde mental na atenção básica reproduzirem a lógica de um cuidado medicalizante, de intervenção medicamentosa, de exames e padrões diagnósticos e de encaminhamentos pouco resolutivos.

Por outro lado, a proficuidade do encontro entre esses dois campos de saber-fazer pode

ser resguardada e defendida quando toma-se o *cuidado em saúde como atitude* de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, nos termos postulados por Boff (2002:91), e não como produção de um ato ou procedimento. A capacidade de *agenciar a integralidade no cuidado e na atenção* à saúde, também, compõe uma característica comum partilhada entre as políticas de saúde mental e de atenção básica, em que a complexidade do processo saúde/doença faz-se presente no bojo da territorialidade das ações.

Logo, pensar na construção de uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, dirige e impele a discussão da Reforma Psiquiátrica para outros espaços de cuidado que não os do circuito “mental”. Eis aí uma grande força de um projeto político-assistencial que busque incluir ou ampliar ações de saúde mental no espaço da atenção básica.

Até bem pouco tempo, a Reforma Psiquiátrica limitava-se a discutir a criação dos novos serviços de atenção diária (NAPS, CAPS), e as ações em saúde mental, produzidas na atenção básica apareciam como modelo assistencial a ser superado ou sequer entravam na pauta do debate. O risco de depositar todos os esforços no projeto de implementação e consolidação dos CAPS como estratégia substitutiva ao hospital psiquiátrico reside na negligência de dois fatores essenciais à reorientação da atenção em saúde mental.

O primeiro fator concerne ao conceito de *desinstitucionalização* – amplamente trabalhado nas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalizar é um processo social amplo que não se restringe à desconstrução do hospital enquanto instância de tratamento e à construção de novas instituições que pretensamente funcionariam sob a lógica do novo paradigma da Atenção Psicossocial. Os CAPS como dispositivos tecno-assistenciais são passíveis de reproduzir os efeitos da institucionalização e da cronificação das estruturas hospitalares, se as mudanças funcionais não vierem acompanhadas de transformações profundas na cultura profissional daqueles que produzem o cuidado.

O outro fator refere-se ao conceito de *redes* e diz da necessidade de maior interlocução entre as estratégias de cuidado em saúde coletiva e da apropriação do território como elemento organizador das ações – e os projetos da atenção básica têm apostado de modo singular na força da comunidade. Cabe lembrar que nenhum serviço, nenhuma estratégia tecno-política é capaz, isoladamente, de produzir a inversão do modelo assistencial. Para tanto, cabe a composição de ações altamente articuladas, bem como a inclusão de diferentes saberes na co-produção do cuidado, potencializando e operacionalizando a integralidade – saber-fazer indispensável nesse processo de inclusão da atenção básica como espaço legítimo suficientemente potente para auxiliar na construção de novos rumos para o campo da atenção psicossocial no Brasil.

Uma questão essencial e focal neste estudo foi buscar refletir em que modelo assistencial assentam-se as ações de saúde mental produzidas na atenção primária, se elas condizem ou não com o redirecionamento das políticas do setor, conduzidas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, principalmente, em relação ao modelo de Saúde da Família que visa exatamente ampliar o escopo das ações de saúde através de um modelo de assistência que se pretende integral, humanizado e equânime. Quanto a isso, pode-se dizer que a condução e a análise empreendida neste estudo advogam que a conversa travada entre as políticas de saúde mental e as de atenção básica está imbuída de alguns entraves, mas também apresenta-se muito rica, quando os atores envolvidos propõem-se a flexibilizar e ampliar as estratégias de ação previstas no nível primário da atenção, como por exemplo na ESF, a fim de complexificar a abordagem dos fenômenos de saúde/doença – complexidade esta tão cara à Reforma Psiquiátrica, concebida ela mesma enquanto processo social complexo que ultrapassa os limites de uma

transformação do modelo assistencial em saúde mental e configura-se como movimento de transformação jurídica, política e cultural do lugar social atribuído às pessoas em sofrimento psíquico.

Muito há que se caminhar para que as experiências em saúde mental na atenção básica possam construir através de seus atores estratégias de ação mais consistentes. Conquanto não há como negar a riqueza propositiva das ações criadas a partir das vivências partilhadas entre profissionais e usuários no cotidiano das instituições e das comunidades, cabendo a cada um dos atores envolvidos a tarefa de enriquecer as discussões acerca do tema.

Se inventar é convite constante da saúde mental aos que nela trabalham, que se faça a mesma convocação aos que se envolvem na tarefa de produzir novos rumos para a atenção básica em saúde, no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A.A., 2002. *Da Medicalização da Psiquiatria à Psiquiatrização da Vida: uma cartografia biopolítica do contemporâneo*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense.

ALTHUSSER, L., 1970. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*. Lisboa: Presença.

ALVES, D.S., 2001. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. *In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (R. Pinheiro & R.A.Mattos, orgs.), pp.167-176, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO.

AMARANTE, P., 1996. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 2000. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2ª ed.

_____, 2001. Sobre duas Proposições Relacionadas à Clínica e à Reforma Psiquiátrica. *In: Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências* (A. Quinet, org.), pp.103-286, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

AYRES, J.R.C.M., 2001. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):63-72.

BARDIN, L., 1977/2002. *Análise de Conteúdo* (Tradução de L.A. Reto & A. Pinheiro). Lisboa: Edições 70.

BARROS, D. D., 1994. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos.

BARROS, R. B. & JOSEPHSON, S., 2001. Lares Abrigados: dispositivo clínico-

político no impasse da relação com a cidade. *Saúde em Debate/CEBES*, 25(58):57-69.

BASAGLIA, F. & GALLIO, G., 1991. Vocação Terapêutica e Luta de Classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In: *A Loucura na Sala de Jantar* (J.M.F. Delgado, org.), pp.27-51, São Paulo: Editora Resenha.

BEZERRA JR., 1987. Considera es sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: *Cidadania e Loucura*. Petrópolis: Vozes.

BRASIL, 1998. Constitui o (1988). *Constitui o [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

_____, 2000. *Portaria n  106*, de 11 de fevereiro de 2000. Cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. Brasília, DF: Secretaria de Assistência   Saúde, Ministério da Saúde.

_____, 2001. *Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das A es de Saúde Mental na Aten o Básica*. Documento final da referida Oficina. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde. (mimeo)

_____, 2002. *Avalia o da Implementa o do Programa de Saúde da Família em dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Aten o Básica.

_____, 2002. *Portaria n.  336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza a regulamenta o dos serviços de aten o diária, estabelecendo modalidades de serviços: definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF: Secretaria de Assistência   Saúde, Ministério da Saúde.

_____, 2002. *Portaria 373/GM. Norma Operacional da Assistência   Saúde/NOAS-SUS 01/2002*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência   Saúde, Ministério da Saúde.

BR DA, M. Z., 2001. *O Cuidado ao Portador de Transtorno Psíquico na Aten o Básica de Saúde*. Disserta o de Mestrado, Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Funda o Oswaldo Cruz.

BIRMAN, J., 1992. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. *In: Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica.* (B. Bezerra & P. Amarante, orgs.), pp.71-90, Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

BIRMAN, J. & COSTA, J.F., 1994. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. *In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BOGDAN, R. C. & BIKLEN, S. K., 1994. *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos* (Tradução de M.J. Alvarez, S.B. Santos & T.M. Baptista). Lisboa/Porto: Porto Editora.

BUSS, P.M., 2002. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2(6):50-63.

CAMPOS, G.W.S., 1997. Subjetividade e Administração de Pessoal. *In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* (E.E. Merhy & Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec.

CANGUILHEM, G., 1966/2002. *O Normal e o Patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária. 5ª ed.

CAPLAN, G., 1980. *Princípios de Psiquiatria Preventiva.* Rio de Janeiro: Zahar Editora.

CASTEL, R., 1978. O Salvamento da Instituição Totalitária. *In: A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo* (R. Castel), pp. 55-95, Rio de Janeiro: Graal Editora.

_____, 1995. *La gestión de los riesgos.* Buenos Aires: Editora Anagrama.

CASTELLANOS, P.L., 1998. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. *In: Salud Pública* (F. M. Navarro *et alli*, orgs.), pp. 81-102, Madrid: Mc-Graw-Hill – Interamericana.

CICOUREL, A., 1980. Teoria e método em pesquisa de campo. *In: Desvendando máscaras sociais* (A. Zaluar, org^a.), pp.87-121, Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.

COSTA, J. F., 1979. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal Editora.

COSTA-ROSA, A., 2000. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. *In: Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade* (P. Amarante, org.), pp.141-168, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A. & YASUI, S., 2001. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. *Saúde em Debate/CEBES*, 25(58):12-25.

COSTA, W.G.A. & MAEDA, S.T., 2001. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. *Saúde em Debate*, 25(57):15-29.

CRUZ NETO, O., 1998. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. *In: Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade* (M.C. de S. Minayo, org^a.), pp. 51-66, Petrópolis: Editora Vozes. 9^a ed..

DELEUZE, G., 1992/2000. Controle e Devir; Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *In: Conversações* (Tradução de Peter Pál Pelbart), pp. 209-226, Rio de Janeiro: Editora 34. 3^a ed.

_____, 1992/2000. Os Intercессores. *In: Conversações*. (Tradução de Peter Pál Pelbart), pp.151-168, Rio de Janeiro: Editora 34. 3^a ed.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à Crise. *In: A Loucura na Sala de Jantar* (J.M.F. Delgado, org.), pp. 53-79, São Paulo: Editora Resenha.

DESLANDES, S.F., 1997. Concepções em Pesquisa Social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):103-107.

DESVIAT, M., 1999. Os Primeiros Movimentos de Reforma Psiquiátrica (I). *In: A Reforma Psiquiátrica* (M. Desviat), pp. 23-51, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DUARTE, L.F.D., 1994. A Outra Saúde: Mental, Psicossocial, Físico-Moral?. *In: Saúde e Doença: um olhar antropológico* (P.C. Alves & M.C.S. Minayo, orgs.), pp. 83-89, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1998. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 2ª ed.

FIGUEIREDO, A.C., 1997. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

FOUCAULT, M., 1987. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária. 3ª ed.

_____, 1989. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.

_____, 1992a. O nascimento da Medicina Social. *In: Microfísica do Poder*, pp.79-98, Rio de Janeiro: Editora Graal. 10ª ed.

_____, 1992b. O nascimento do Hospital. *In: Microfísica do Poder*, pp.99-111, Rio de Janeiro: Editora Graal. 10ª ed..

_____, 1972/2000. *A História da Loucura*. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva. 6ª ed.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. & MERHY, E.E., 1999. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2):345-353.

GOFFMAN, E., 1961/2001. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. 7ª ed.

GOMES, M.P.C., 1999. *A Política de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GOMES, R., 1998. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. *In: Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade* (M.C. de S. Minayo, org^a.), pp. 67-80, Petrópolis: Editora Vozes. 9^a ed.

GRIBEL, E.B. & FIGUEIREDO, M.C.B., 1999. Descrição Detalhada da Área e da População de Manguinhos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (mimeo)

HABERMAS, J., 1987. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: Ed. L.P.M.

LANCETTI, A., 2001. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. *In: Saúde Loucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família* (A. Jatene & A. Lancetti, orgs.), pp. 11-52, São Paulo: Editora Hucitec. 2^a ed.

LEAL, E.M., 1999. *O Agente do Cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LEFEBVRE, H., 1979. *Lógica Formal. Lógica Dialética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

LOPES, B.C.; Chagas, D.M.N.; Torres, Z.F., 2002. Regulamentação Profissional do Agente Comunitário de Saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2(6):28-31.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, N.E.D., 1986. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

LUZ, M. T., 1988. *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

MACHADO, R., 1988. Uma Arqueologia da Percepção. *In: Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault* (R. Machado), pp. 57-95, Rio de Janeiro: Editora Graal. 2^a ed.

_____, 1988. Uma Arqueologia do Olhar. *In: Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault* (R. Machado), pp. 97-122, Rio de Janeiro: Editora

Graal. 2ª ed.

MARCIER, M.H.F.C., 2002. Para que a expansão do PSF seja consistente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2(6):32-35.

MATTOS, R. A. de, 2001. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (R. Pinheiro & R.A. Mattos, orgs.), pp.39-64, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

MERHY, E. E., 1998. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde – Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. *In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público* (E.E. Merhy, org.), pp.103-120, São Paulo: Editora Xamã.

_____, 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.

MINAYO, M.C. de S., 1999. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco. 6ª ed.

MOREIRA, M.R.; CRUZ NETO, O. & SUCENA, L.F.M., 2002. A Relação dos Profissionais do Programa Saúde da Família com o Contexto de Exclusão Social da População Atendida. *Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, 23:65-81.

ONOCKO, R., 2001. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58):98-111.

PASSOS, E. & BENEVIDES, R., 2001. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. *Psicologia Clínica*, 13 (1):89-99.

PEREIRA, A.A. & ANDRADE, L.O.M., 2001. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. *In: SaúdeLoucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família*. (A. Jatene & A. Lancetti, orgs.), pp.11-52, São Paulo: Editora Hucitec. 2ª ed.

PIAGET, J. & GARCIA, R., 1987. *Psicogênese e história das ciências*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

PINHEIRO, R., 2001. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (R. Pinheiro & R.A. Mattos, orgs.), pp.65-112, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

PITTA, A., 2001. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª ed.

ROSEN, G., 1979. *Da Polícia Médica a Medicina Social: ensaios sobre a história da ciência médica*. Rio de Janeiro: Graal Editora.

ROTELLI, F.; De Leonardis, O. & Mauri, D. Desinstitucionalização, uma outra via. *In: Desinstitucionalização* (F. Rotelli et alli, orgs.), pp. 17-60, São Paulo: Editora Hucitec.

SACKS, O., 1995. *Um Antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. (Tradução de Bernardo Carvalho). São Paulo: Companhia das Letras.

SAMPAIO, J.J.C. & BARROSO, C.M.C., 2001. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. *In: SaúdeLoucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família* (A. Jatene & A. Lancetti, orgs.), pp. 199-219, São Paulo: Editora Hucitec. 2ª ed.

SANTOS, M., 1999. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Editora Hucitec. 3ª ed.

SATO, L. & SOUZA, M. P. R., 2001. Contribuindo para Desvelar a Complexidade do Cotidiano através da Pesquisa Etnográfica em Psicologia. *Psicologia USP*, 12(2): 29-47. 14 Março 2003 <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>

SCRAIBER, L. B., 1993. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec.

SCRAIBER, L.B.& MENDES-GONÇALVES, R.B., 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. *In: Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica* (L.B. Scraiber *et alli*, orgs.), pp. 29-47, São Paulo: Editora Hucitec.

SIBILA, P., 2002. *O Homem Pós-Orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

SMS/RJ (Secretaria Municipal de Saúde/RJ), 2002. *Diretrizes Prioritárias do Programa de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Coordenação de Programas de Saúde Mental, Superintendência de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde.

_____, 2002. *Relatório Interno sobre a rede atual de serviços de saúde mental existentes em cada Área de Planejamento do município*. Rio de Janeiro: Coordenação de Programas de Saúde Mental, Superintendência de Saúde Coletiva, Secretaria Municipal de Saúde.

STARFIELD, B., 2002. Atenção Primária e Saúde. *In: Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

SOUZA, H.M. *et alli.*, 2002. A Implantação de uma Nova Mentalidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2(6):20-27.

STOTZ, E. N., 1991. *Necessidades de Saúde: Mediações de um Conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, R. R., 2001. Agenciamentos Tecnosemiológicos e Produção de Subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):49-61.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. & CAMPOS, G.W.S., 1998. Influências da biometria na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente. *Estudos em Saúde Coletiva/Seminário de Cultura, História e Política: Questões de Pesquisa e Política Institucional*, 177:03-30.

TORRE, E.H.G. & AMARANTE, P., 2001. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):73-85.

TRAVASSOS, C., 1997. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2).

TYKANORI, R., 2001 Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In: Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A .Pitta, org^a.), pp.55-59, São Paulo: Editora Hucitec. 2^a ed.

ZANCAN, L. & BODSTEIN, R., 2002. Dlis–Manguinhos como estratégia de Promoção da Saúde. *Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, 23:49-63.

ANEXOS

ANEXO I

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por meio deste Termo, solicita-se consentimento aos representantes (Diretoria/Coordenação de Ensino e Pesquisa) do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) para desenvolver a pesquisa “Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde”, na referida Unidade.

Para tal finalidade, é solicitado que seja possível realizar observação participante na Unidade, entrevistas com os técnicos/profissionais de saúde da Unidade, bem como ter acesso aos prontuários dos usuários do Serviço.

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

O objetivo deste estudo é conhecer as modalidades de atenção e de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico desenvolvidas na rede básica de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em consentir a realização das atividades citadas acima. E os benefícios relacionados ao seu consentimento são a possibilidade de contribuir para uma reflexão quanto às práticas de saúde na Unidade e propiciar um aumento na qualidade da atenção em saúde mental prestada à comunidade.

Asseguramos o sigilo sobre sua participação e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação de qualquer pessoa que venha a contribuir com este estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da instituição responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

End.: Travessa Soledade, nº 25/416 Bloco B – Tijuca – R.J. CEP.: 20270-120
Tel.: Res. (21) 39737939 - Cel. (21) 93432138

Instituição Responsável: Escola Nacional de Saúde Pública/Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Rio de Janeiro – RJ CEP.: 21041-210
Tel.: 2598 2561/Fax.: 2598 2554

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Diretoria e/ou Coordenação do CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde”.

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Unidade de Saúde.

O objetivo deste estudo é conhecer as modalidades de atenção e de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico desenvolvidas na rede básica de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder algumas perguntas durante uma entrevista. Não haverá risco algum na sua participação.

E os benefícios relacionados ao seu consentimento são a possibilidade de contribuir para uma reflexão quanto às práticas de saúde na Unidade e propiciar um aumento na qualidade da atenção em saúde mental prestada à comunidade.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, ou a de qualquer outra pessoa que venha a contribuir com este estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da instituição responsável pelo estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

End.: Travessa Soledade, nº 25/416 Bloco B – Tijuca – R.J. CEP.: 20270-120
Tel.: Res. (21) 39737939 - Cel. (21) 93432138

Instituição Responsável: Escola Nacional de Saúde Pública/Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Rio de Janeiro – RJ CEP.: 21041-210
Tel.: 2598 2561/Fax.: 2598 2554

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios do meu consentimento para a realização da pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO IV

Roteiro de Entrevista 1

Dirigido aos Profissionais e Técnicos de Saúde do CSEGSF

1. Qual sua categoria profissional?
2. Há quanto tempo trabalha neste Centro de Saúde?
3. Qual a sua inserção nesta Unidade?
4. Como se articula sua prática com a dos demais profissionais e serviços da Unidade?
5. Como chegam os pacientes até você? Quem os encaminha?
6. A organização da Unidade, bem como dos diversos serviços, facilita ou não o exercício de suas atividades? Em que sentido?
7. Você considera que a estruturação dos módulos e a alocação dos profissionais facilita ou não o fluxo dos usuários na Unidade?
8. Quais são os casos (queixas) que você encaminha para os profissionais de saúde mental?
9. O que você considera problema de saúde mental?
10. Já participou de alguma atividade na área de saúde mental?
11. Qual é a sua opinião sobre o atendimento de pessoas com problemas mentais em uma unidade básica de saúde?

Complementar para técnicos e profissionais da Estratégia Saúde da Família

12. Como você considera que as equipes da ESF têm lidado na prática, com possíveis questões de saúde mental que apareçam no cotidiano do Programa?
13. Existe algum tipo de estratégia de ação em saúde mental sendo desenvolvida na ESF local? Se não há, essas questões são discutidas de alguma forma com a equipe da ESF?
14. E com os profissionais de saúde mental da Unidade? Existe alguma proposta sendo articulada?

ANEXO V

Roteiro de Entrevista 2

Dirigido aos Profissionais de Saúde Mental do CSEGSF

1. Como se organizam as ações dos diversos profissionais de saúde mental da Unidade? Que tipos de atendimento oferece? (Descrição do Serviço)
2. Quantos profissionais de saúde mental há na Unidade?
3. Poderia falar um pouco da sua formação/percurso profissional?
4. Qual é a inserção dos profissionais de saúde mental nos demais serviços da Unidade?
5. Como você, enquanto profissional *psi*, relaciona-se com os outros profissionais de saúde da unidade?
6. Como os usuários chegam até você?
7. E há encaminhamento dos usuários da saúde mental para outros serviços da rede de atenção? Que casos? E para outras atividades na comunidade?
8. Que tipo de clientela, freqüentemente, chega até vocês? Os profissionais priorizam algum tipo de clientela a ser atendida?
9. Quais são as queixas mais comuns? E os acompanhamentos mais comuns?
10. Há alguma atividade que você considera poder ser desenvolvida pela saúde mental e que ainda não acontece?
11. Como percebe a inserção da saúde mental na atenção básica em saúde (incluindo possíveis ações no âmbito do PSF)?

Campo para observações:

ANEXO VI



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA/ENSP/FIOCRUZ

I – Identificação/Dados Sócio-Demográficos	
Nome: _____	
Nº do Prontuário: _____	Nº do Formulário: _____
Data da Abertura: ____/____/____	
Sexo: 1 – M 2 – F	Data de nascimento: ____/____/____
Idade: _____ anos	
Residência: 1- CHP-2 2- CAHigienópolis 3- CH Ex-Combatentes 4- CHNM 5- CHSM 6- PCC 7- PJG 8- POC 9- VT 10- VU 11- VVerde* 12- MPedra 13- Fora de área/outras localidades	
II - História Clínica	
Encaminhamento ao Serviço de Saúde Mental: 1- Interno 2- Externo 3- Demanda Espontânea 4- Familiares/Amigos	
Se 1 ou 2, especificar: _____	
Queixas:	

* A comunidade Vila Verde atualmente inexistente, entretanto, a mantivemos como área de residência neste estudo, pela possibilidade de sua ocorrência em prontuários mais antigos.

1º atendimento: _____

2º atendimento: _____

3º atendimento: _____

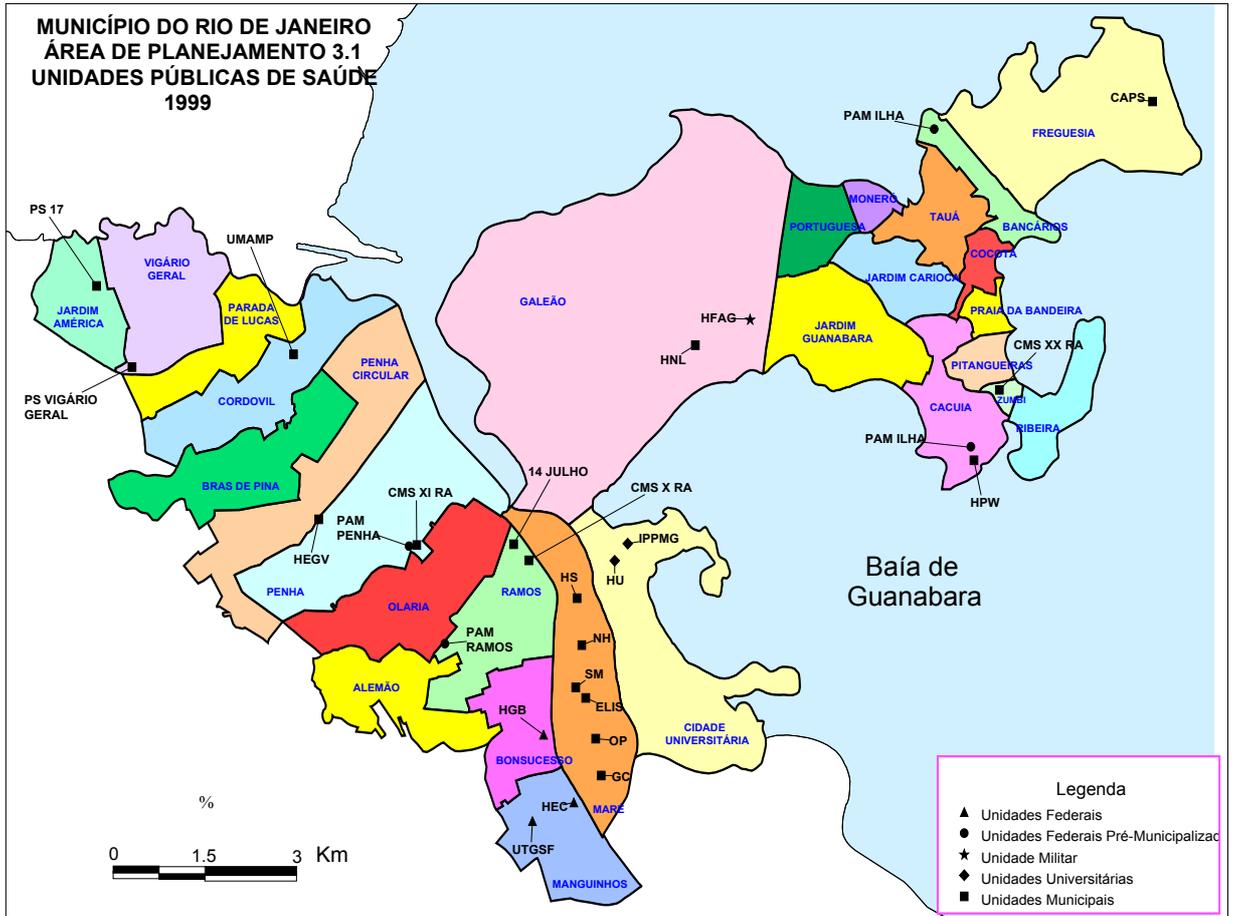
Hipótese Diagnóstica/Diagnóstico Atual (CID-10)

CID Primário: _____

CID Secundário: _____

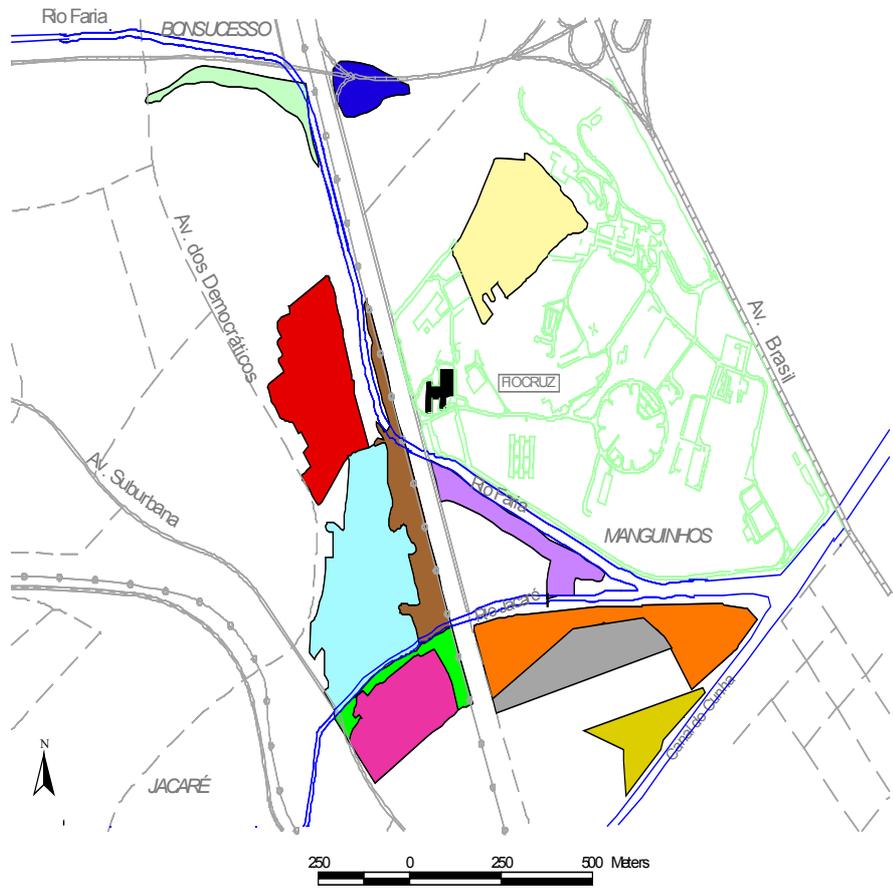
Conduta/Acompanhamento Terapêutico:

ANEXO VII



ANEXO VIII

**Complexo de Manguinhos
Favelas e Conjuntos Habitacionais**



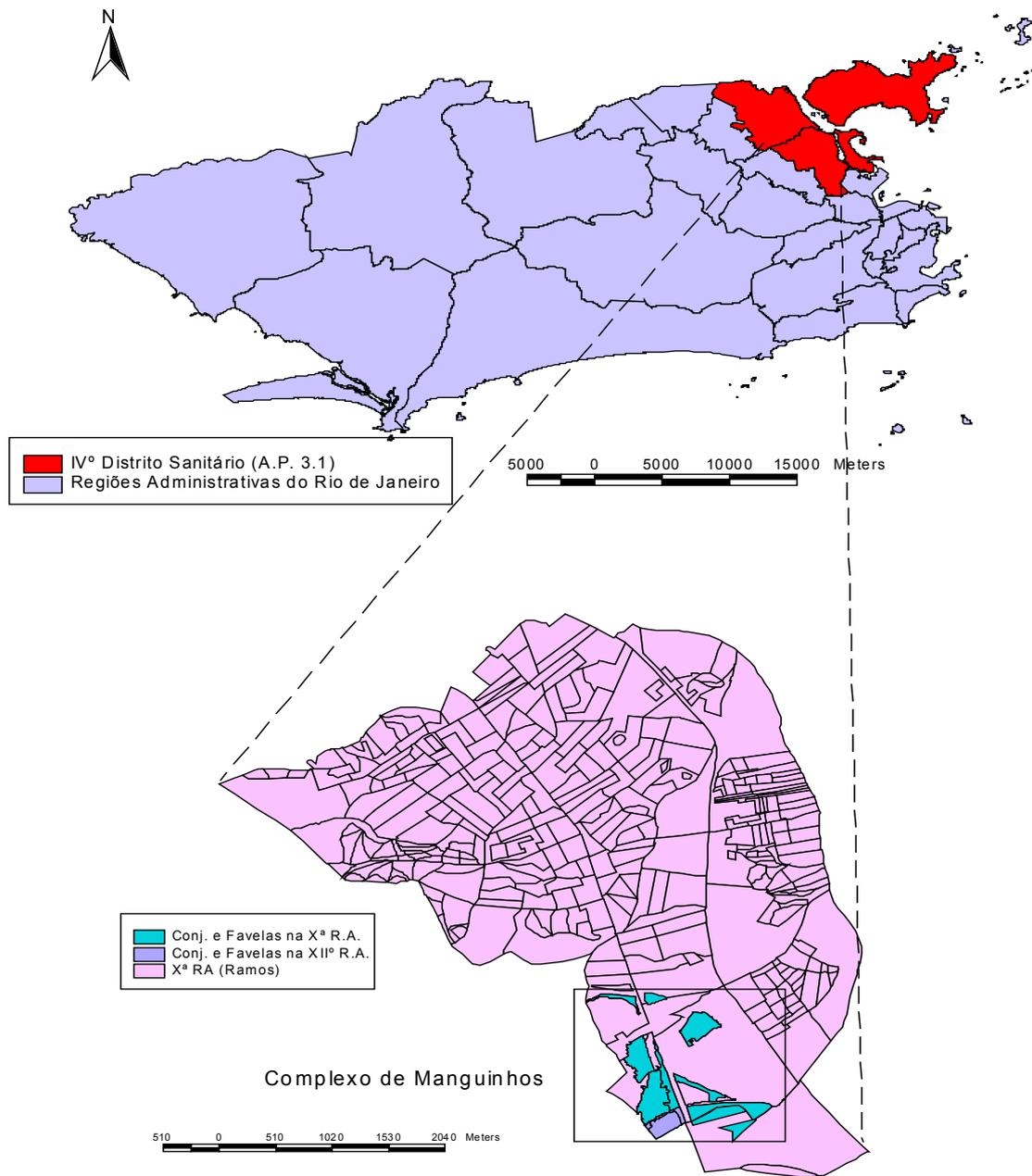
Legenda

- Rios e Canais
- FIOCRUZ
- Ensp
- Metrô
- Linha Férrea/RFFSA
- Rodovias Federais
- Rodovias Estaduais
- Rodovias Municipais
- Ruas
- Favelas e Conjuntos Habitacionais**
- CH-P-2
- Com. Agr. de Higienópolis
- Conj. Háb. Ex-Combatentes
- Conj. Háb. Nelson Mandela
- Conj. Háb. Samora Machel
- Parque Carlos Chagas
- Parque Joao Goulart
- Parque Oswaldo Cruz
- Vila Turismo
- Vila Uniao
- Vila Verde
- Mandela de Pedra

Fonte: Mapa Topográfico da LIGHT, escala de 1:5.000. Mapa do Cadastro de Favelas do IPLANRIO, escala 1:2.000.1990 e Caderneta dos recenseadores da FIBGE, 1991.

ANEXO IX

**Município do Rio de Janeiro, IV^o Distrito Sanitário,
em destaque a X^a Região Administrativa localizando o
Complexo de Manguinhos**



Fonte:
Mapa Topográfico da LIGHT, escala de 1:5.000, Mapa do Cadastro de Favelas do IPLANRIO, escala 1:2.000,1990 e Caderneta dos recenseadores da FIBGE, 1991.

ANEXO X



Secretaria de Saúde

SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação de Programas de Saúde Mental

DIRETRIZES PRIORITÁRIAS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

- 1- Implantação efetiva do modelo operacional dos CAPS (serviços de base territorial e comunitária, que garantam a continuidade de cuidados, voltados prioritariamente para o atendimento de casos de sofrimento psíquico grave ou de pessoas em situação de risco clínico e social).
- 2- Aprofundamento das iniciativas de desospitalização com a reorganização da porta de entrada da rede hospitalar, o monitoramento dos casos de longa permanência e de egressos, implantação do programa das Bolsas Incentivo a Desospitalização e ainda, a implantação de enfermarias de passagem (preparatórias para os serviços residenciais terapêuticos) e de moradias assistidas.
- 3- Ampliação dos recursos existentes para atenção de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou em situação de risco.
- 4- Criação de uma rede de recursos assistenciais para atenção aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas

1- Programa de Reabilitação Psicossocial

- 1.1 – Completar o trabalho de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial
- 1.2 – Incorporação dos CAPS na estrutura da SMS
- 1.3 - Desenvolvimento do Sistema de Avaliação
- 1.4 – Ampliação das atividades intersetoriais
- 1.5 – Implantação de equipes volantes
- 1.6 – Implantação de equipes do PACS nos CAPS
- 1.7 – Ampliação do Programa das oficinas pedagógicas
- 1.8 - Criação das Associações de familiares e usuários
- 1.9 - Ampliação de cooperativas de trabalho

2- Programa de dispensação de medicamentos psicoativos

- 2.1 – Ampliação da discussão da padronização de medicamentos psicoativos
- 2.2 - Programa de Treinamento e Educação Continuada
- 2.3 - Criação da Relação de Medicamentos Psicoativos Especiais
- 2.4 - Programa de desmedicalização benzodiazepínica
- 2.5 - Elaboração de sub-sistema de informações sobre medicamentos psicoativos
- 2.6 – Realização de Estudo Multicêntrico da OMS para estudo de utilização de psicofármacos nas emergências psiquiátricas

3- Programa de reestruturação da assistência ambulatorial

- 3.1 - Restauração da Porta de Entrada
- 3.2 - Implantação de cadastro da clientela do programa
- 3.3 – Definição de recorte territorial e responsabilidade sanitária
- 3.4 - Estabelecimento de programa de continuidade de cuidados
- 3.5 - Recomposição das equipes
- 3.6 - Programa de Treinamento e Educação Continuada
- 3.7 - Grupalização da clientela
- 3.8 - Integração com os outros programas

4- Programa de regulação da assistência hospitalar psiquiátrica

- 4.1 – Implantação de novo modelo de informações na Porta de Entrada
- 4.2 – Acompanhamento da clientela internada através do SISREG
- 4.3 - Integração com supervisão local
- 4.4 - Avaliação da permanência hospitalar
- 4.5 – Redução de leitos do setor contratado (20% ao ano)
- 4.6 – Capacitação da atenção à crise
- 4.7 - Implantação de Programa de Qualidade
- 4.8 - Sistema de referência pós-alta

5- Programa de Atenção ao Alcoolismo e à Drogadição

- 5.1 - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial para Alcoolismo e Drogadição
- 5.2 – Implantação de Centro de Atenção ao Alcoolismo e à Drogadição voltado para o atendimento de adolescentes em situação de risco (em conjunto com a SES-RJ)

5.3 – Implantação de serviço de desintoxicação ambulatorial no S/IPP e no S/INS

5.4 - Tratamento intensivo hospitalar – Enfermaria Clínica no Hospital Lagoa

5.5 - Treinamento e Qualificação das equipes de emergência

5.6 – Treinamento de profissionais na atenção à drogadição e em redução de danos

5.7 - Treinamento de agentes comunitários de saúde

5.8 - Implantação de enfermaria para atenção ao adolescentes com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas

6- Programa de Saúde Mental da Infância e Adolescência

6.1 - Qualificação das equipes de emergência para o atendimento ao adolescente com transtorno mental e/ou comportamental

6.2 – Ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil para atendimento aos casos de sofrimento psíquico grave

6.3 - Desconstrução da demanda de dificuldade de aprendizagem

6.4 - Ações intersetoriais

6.5 - Garantia de atendimento aos casos de tentativa de suicídio na população jovem

6.6 - Capacitação de profissionais para o atendimento às vítimas de violência doméstica, maus-tratos e abuso sexual

6.7 - Saúde Mental da criança hospitalizada

6.8 - Qualificação de profissionais no atendimento familiar

7- Programa de Saúde Mental Comunitária

7.1 – Supervisão das equipes do Programa de Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde mental

7.2 – Integração do sub-sistema saúde mental com os PACS e PSF

7.3 - Programa de Treinamento e Educação Continuada

7.4 - Desenvolvimento de sistema de avaliação

8- Programa de Desospitalização

8.1 - Reestruturação do Instituto Juliano Moreira e Nise da Silveira

8.2 – Implantação de programa de moradias assistidas em todas as AP

8.3 – Implantação do programa de Bolsas Incentivo a Desospitalização

8.4 – Integração com o Sistema Municipal de Assistência Social

8.5 - Internação domiciliar

8.6 - Ações intersetoriais

9- Programa de Atenção à População de Rua

9.1 - Participação do Programa de Desconstrução da Fazenda Modelo

9.2 - Desenvolvimento de ações de suporte assistencial à clientela egressa dos abrigos

9.3 - Integração com o CTPR/CPRJ (Porta de Entrada)

9.4 - Ações intersetoriais

10- Desenvolvimento de recursos humanos

10.1– Ampliação e qualificação do Programa de Residência Médica em Psiquiatria

10.2 - Desenvolvimento de Programa Integrado de Residência em Saúde Mental

10.3 – Reestruturação dos Programas de Estágio em Saúde Mental

10.4 - Elaboração de Curso de Pós-Graduação para Supervisores

10.5 - Criação de um Caderno de Textos

11 – Programas de Capacitação para o Trabalho e Geração de Renda

11.1- Ampliação do convênio estabelecido com a SETRAB e fortalecimento do NUSAMT

11.2 - Investimento na capacitação e estrutura técnica das cooperativas

11.3- Ampliação de parcerias com Organizações Não Governamentais e iniciativa privada para colocação no mercado de trabalho

11.4- Desenvolvimento de Programas de Capacitação Gerencial

11.5- Desenvolvimento de Programas de Capacitação para o Trabalho e Geração de Renda em parcerias

Rio de Janeiro, junho de 2002

ANEXO XI



Secretaria de Saúde
Superintendência de Saúde Coletiva
Programas de Saúde Mental

MINUTA

Resolução SMS nº / 2002

Rio de Janeiro, de de 2002

Institui, no âmbito da Área de Planejamento 3.1, o Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental, voltado para a Reforma Psiquiátrica e Reestruturação da Assistência à Saúde Mental na área.

O Secretário Municipal de Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

CONSIDERANDO A Lei Federal nº 10.216 de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais;

CONSIDERANDO o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS / SUS nº01/02, aprovada pela Portaria GM/MS nº 373 de 27/02/02;

CONSIDERANDO a Portaria MS 336/02 de 19/02/02, que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental;

CONSIDERANDO o estágio atual de Condição de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro e suas prerrogativas de gestor;

CONSIDERANDO as responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde no Planejamento, organização, acompanhamento e fiscalização do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO o atual processo de reestruturação gerencial da SMS-Rio, em busca da maior resolutividade do Sistema a partir da descentralização de ações, do seu planejamento, e da tomada de decisões:

RESOLVE:

Art.1º - Instituir no âmbito da Área de Planejamento 3.1, o Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental, voltado para a Reforma Psiquiátrica e Reestruturação da Assistência à Saúde Mental na área.

Art.2º - O Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1 será constituído por:

- Equipes de saúde mental das Unidades de Saúde da AP 3.1;
- Diretores e Coordenadores de Programas das Unidades de Saúde da AP 3.1;
- Parceiros clínicos das equipes de Saúde Mental, internos às Unidades de Saúde da AP 3.1;
- Coordenadores técnicos e supervisores das Estratégias de Saúde da Comunidade da AP 3.1;

Parágrafo Primeiro – A coordenação do Fórum será exercida conjuntamente pela Coordenação de Saúde Mental Municipal (S/SSC/CSM) e pela Coordenação de Saúde da AP 3.1 (S/SSS/CAP 3.1);

Parágrafo Segundo – Também participarão do Fórum parceiros institucionais fora do setor saúde ou da AP 3.1 que contribuam efetivamente para o desenvolvimento da assistência à Saúde Mental na área;

Art.3º - Caberá ao Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1 formular propostas para o redirecionamento das ações em Saúde Mental na área, com a finalidade de:

1. Promover a integração dos serviços de Saúde Mental existentes na área;
2. Realizar diagnósticos de situação local de atendimento em Saúde Mental;
3. Estabelecer fluxos de referências e contra-referências para a clientela local necessitada de cuidados em Saúde Mental;
4. Estabelecer consensos sobre os modelos de recepção, tipos de atendimento, formulação de projeto terapêutico e avaliação de pacientes;
5. Discutir e (re)definir os perfis assistenciais de cada serviço de Saúde Mental existentes na área;

Art. 4º - O Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da Ap 3.1 terá como suporte para o desenvolvimento dos trabalhos, uma Secretaria Executiva, com as seguintes atribuições:

1. Redação das atas das reuniões do Fórum;
2. Consolidação e análise dos produtos gerados nas reuniões do Fórum;
3. Preparação das reuniões do Fórum, através de:
 - identificação de temas a serem apresentados;
 - identificação e preparação dos métodos de trabalho mais afeitos a cada tema;
 - convite de palestrantes;
 - levantamento bibliográfico articulado ao temário elegido;
 - proposição de cronogramas;
4. Articulações que se fizerem necessárias junto aos serviços e a parceiros inter-institucionais;
5. Elaboração de documentos e minutas, com fins de protocolizar os consensos tirados no Fórum.

Parágrafo primeiro – A Secretaria Executiva do Fórum terá a seguinte composição:

- Representante da CAP 3.1;
- Representante da Coordenação de Saúde Mental municipal;
- Coordenadores técnicos dos CAPS locais;
- Representante da área de assistência infanto-juvenil em saúde mental (enquanto da não conformação do CAPSi na área);
- Representante da Saúde da Comunidade

Parágrafo segundo – A Secretaria Executiva do Fórum se reunirá com a periodicidade mínima de uma vez entre os encontros do Fórum, ou quantas se fizerem necessárias para o melhor desenvolvimento das tarefas, de acordo com a natureza e volume dos trabalhos demandados.

Art. 5º - Esta Resolução entrará em vigor na **data de sua publicação.**

Ronaldo Cezar Coelho
Secretário Municipal de Saúde