

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

DULCE MARIA BEDIN

**PASSOS E DESCOMPASSOS: Práticas em Saúde Mental na perspectiva da  
Integralidade**

Porto Alegre

2010

**DULCE MARIA BEDIN**

**PASSOS E DESCOMPASSOS: Práticas em Saúde Mental na perspectiva da  
Integralidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Porto Alegre

2010

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

B412p Bedin, Dulce Maria  
Passos e descompassos: práticas em saúde mental na perspectiva da integralidade / Dulce Maria Bedin. – Porto Alegre, 2010.  
95 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia Social, PUCRS.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo.

1. Saúde Mental. 2. Psicologia Social. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Integralidade. I. Scarparo, Helena Beatriz Kochenborger. II. Título.

CDD 616.89

**Bibliotecário Responsável**  
Ginamara Lima Jacques Pinto  
CRB 10/1204

DULCE MARIA BEDIN

**PASSOS E DESCOMPASSOS: Práticas em Saúde Mental na perspectiva da  
Integralidade**

Dissertação apresentada para obtenção de grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 13 de janeiro de 2010.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo**

Presidente

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

---

**Prof. Dr. Nédio Antonio Seminotti**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

---

**Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla**

Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social –  
UFPA

Pesquisador Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Educação – UFRGS

Pesquisador Colaborador do Programa de Pós-Graduação do ICICT – FIOCRUZ

*“Para todos aqueles que se inquietam com o fazer cotidiano dos serviços de saúde, mas em particular para aqueles que sabem que não seriam usuários de si mesmos” (Merhy, 2005, p. 205).*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, Fernando, pelo apoio, estímulo, força, paciência e amor.

À minha família, que pouco pude ver nesse tempo, mas que sempre me apóia e torce por mim.

À minha Orientadora Helena pelo envolvimento, comprometimento e suporte em todos os momentos.

Aos amigos e colegas do Grupo de Pesquisa: 'Psicologia e Políticas Sociais: Memória, História e Produção do Presente', com quem pude partilhar momentos de muita alegria, pela convivência enriquecedora.

Aos queridos amigos, colegas, parceiros e guerreiros nas andanças pelo SUS, por acreditarem num mundo melhor e não deixarem-me desistir da luta.

À Deus pela inspiração, força e luz.

À PUCRS por proporcionar espaços de encontros estimulantes e transformadores.

À CAPES pelo incentivo que possibilitou essa pesquisa.

*“Precisamos ter um pensamento que em primeiro lugar proponha uma nova sabedoria. Por que nova? Porque havia uma sabedoria antiga nos Gregos, nos Romanos, para os quais a sabedoria era ter uma vida totalmente sensata, razoável. Ora, sabemos hoje, em primeiro lugar, que não existe razão pura, razão fria. Por quê? Porque as observações feitas por Damásio, entre outras pessoas, a respeito dos processos interneuronais do cérebro humano mostram que todo e qualquer ato racional mobiliza uma afetividade, uma paixão. E assim, por exemplo, um matemático, que faz o que existe de mais racional, ou seja, a matemática, ele próprio é conduzido pela paixão pela matemática. Isso significa que não existe razão sem paixão e que a sabedoria é a união da razão e da paixão. Ou seja, uma paixão desprovida de razão, mergulha no delírio, na demência. Portanto, temos de conduzir a racionalidade, mas sempre tendo em vista esse vínculo entre razão e paixão. Porque existe essa noção que os antigos desconheciam, que é a da poesia da vida. A sabedoria consiste em viver a poesia da vida e não em recusá-la, rejeitá-la como sendo irracional.”*

Edgar Morin

Conferência: “*Pensar o Sul*”, promovida pelo SESC em 16 de julho de 2009  
em São Paulo/SP, Brasil.

## RESUMO

A pesquisa trata das circunstâncias de efetivação das práticas em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da integralidade. Apóia-se nos operadores do pensamento complexo propostos por Edgar Morin, a saber, a recursividade, a dialogicidade e o holograma. Inicialmente é apresentada a seção: “Integralidade e Saúde Mental no SUS à luz da Teoria da Complexidade de Morin”, que aprofunda teoricamente aspectos da história da construção desse sistema de saúde, uma mudança ousada do modelo de atenção em saúde pública no Brasil. Além disso, trata de seus desdobramentos na busca pela integralidade da atenção, preconizada nos pressupostos do SUS e aponta possibilidades e entraves na garantia adequada da atenção em saúde mental com base em reflexões associadas ao pensamento complexo. Visando a problematização das práticas atuais em saúde mental no Município de Porto Alegre, tendo em vista a perspectiva da integralidade, a pesquisa oferece a segunda seção chamada: “Práticas em saúde mental no SUS: situações do Município de Porto Alegre”. Apoiada em uma abordagem qualitativa, associa o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e à análise da produção de sentidos no cotidiano através das práticas discursivas. Assim, constrói-se o campo-tema, com base na inserção em espaços de interlocução sobre assuntos da área pelo período de dez meses. Participaram da pesquisa pessoas inseridas nos espaços que compuseram o campo-tema e os dados foram coletados através de diário de campo, gravações e documentos de domínio público. A seção contempla movimentos de articulação e elaboração de estratégias de enfrentamento dos desafios da integralidade no campo da saúde, mais especificamente nas práticas de saúde mental, através de construções teórico-críticas que mostram o uso do método como possibilidade de práticas de cuidado em ato. A análise possibilitou a visibilidade não apenas de atos de criação e inovação na construção de ações integradas em saúde mental, como também da fragilidade à que está exposta essa rede, devido a interesses difusos, escassos investimentos e políticas sociais desarticuladas.

**Palavras-chave:** saúde mental; integralidade; sistema único de saúde; complexidade; psicologia social.

## ABSTRACT

The study is about the way to put in practice the mental health of the Unified Health System (SUS) in the perspective of the integrality. It is based on the building of the complex thinking by Edgar Morin, for instances, the recursively, dialogue and hologram. For that, initially, it id presented a section: Integrality and mental health in the SUS in light of Morin's complexity of health theory, that evaluate deeply the historical aspects of these systems of health, an important change in the model of public health attention in Brazil. Furthermore, is based on the different roots in search of attention's integrality, described in the SUS theories, pointing to the possibilities and difficulties in the adequate warranty of the mental health attention. Looking up the trouble practices performed nowadays in the city of Porto Alegre, based on the perspective of the integrality, this research offers a second section named: "Practices in mental health in the SUS: situations in the city of Porto Alegre". Based on the qualitative approach, it was associated the complex thoughts to the field question perspectives through a discursive practice. Thus, it's build the theme-field, based on the possibility of inserting on spaces that discuss matters of the area for a period of ten months. Surveyed people entered in spaces that shaped the theme-field and the data were collected through journal field recordings and documents from the public domain. The section includes entries of articulation and developing strategies for confronting the challenges of integrality in the field of health, more specifically in mental health practices, through critical theoretical constructs that show the use of the method as possibility of practice of care in act. The analysis resulted in the visibility not only in the creation acts and innovation in the building of the whole action in mental health, but also in the fragility through this net is exposed, due to diffuse interests, few investments and not articulated social politics.

**Key-words:** mental health; integrality; unified health system (SUS); complexity; social psychology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CPP – Comissão de Políticas Públicas  
CRPRS – Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul  
CSM – Comissão de Saúde Mental  
FGSM – Fórum Gaúcho de Saúde Mental  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IPF – Instituto Psiquiátrico Forense  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares  
SES – Secretaria Estadual da Saúde  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
REFERÊNCIAS .....	19
<b>SEÇÃO I: Integralidade e Saúde Mental no SUS à luz da Teoria da Complexidade de Morin .....</b>	<b>21</b>
RESUMO .....	21
ABSTRACT .....	22
INTRODUÇÃO.....	23
Contextualização Histórica da Construção do SUS: A Reforma Sanitária .....	24
Sobre os Sentidos de Integralidade.....	29
Mudanças nas Políticas de Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	31
Práticas de Integralidade em Saúde Mental.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
REFERÊNCIAS .....	42
<b>SEÇÃO II: Práticas em saúde mental no SUS: situações do Município de Porto Alegre .....</b>	<b>46</b>
RESUMO .....	46
ABSTRACT .....	47
1. INTRODUÇÃO.....	48
2. OBJETIVOS.....	50
2.1 Objetivo Geral .....	50
2.2 Objetivos Específicos .....	50
3. MÉTODO .....	51
3.1 Participantes.....	54
3.2 Procedimentos para coleta de dados .....	54
3.3 Questões éticas em pesquisa.....	55
3.4 Procedimentos para análise dos dados.....	56
4. PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL .....	58
4.1 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde .....	58
4.2 Participação da Comunidade .....	65
4.3 Interdisciplinaridade .....	69
4.4 Linhas de Cuidados em Saúde Mental .....	77

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
REFERÊNCIAS .....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	91
APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	93
ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética para a realização da pesquisa .....	95

## INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, no campo da saúde pública no Brasil, diversas reconfigurações têm sido arranjadas de modo a implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivar as suas propostas (C. N. S. S. Brasil, 2009). Em decorrência disso, importantes mudanças entram em cena tornando urgente a ampliação de espaços de reflexão e diálogo sobre o tema.

Inserida nesse contexto de mudanças e inspirada em suas experiências e percepções, a autora traz à tona questionamentos acerca dos modos como têm ocorrido as práticas na área da saúde mental, levando em conta a perspectiva da integralidade. O conceito de integralidade tem sido objeto de reflexão de vários autores da área de saúde coletiva (Mattos, 2009; Merhy, 2005; Pinheiro, Ferla e Mattos, 2006; Pinheiro, Ferla e Silva Jr., 2007; Pinheiro e Mattos, 2001; Scarparo, 2006; entre outros) apontando para a associação de diversos sentidos ao termo. Aqui, toma-se a integralidade como a recusa a todas as formas de reducionismo no pensar e agir em saúde, conferindo-lhe qualidade (Mattos, 2009).

Assim, a união do desejo de pesquisar sobre o tema com a necessidade da academia de dialogar com os fenômenos sociais contemporâneos favorece o exercício da responsabilidade social e dá origem à elaboração das considerações apresentadas na pesquisa. Toma-se, então, como problema a ser focado no presente estudo as circunstâncias de efetivação das práticas em saúde mental no SUS na perspectiva da integralidade.

Para apoiar as reflexões produzidas são utilizados os operadores do pensamento complexo propostos por Morin (2007), a saber, a recursividade, a dialogicidade e o holograma, os quais são descritos e exemplificados a seguir. Tal escolha deve-se à necessidade de efetivar análises não fragmentadas dos dados obtidos, visto que se parte de reflexões críticas acerca de estudos e práticas pautadas no pensamento linear, em práticas dissociativas, desarticuladas, assépticas, extemporâneas e na crença na neutralidade científica. Considera-se que esses modos historicamente vêm fragmentando a organização do conhecimento e conduzindo a práticas que não levam em conta a perspectiva da integralidade.

Com isso, a pesquisa toma a produção do conhecimento não como simples reflexo da realidade, mas como produto e, ao mesmo tempo, produtor de articulações e

movimentos dentro dos próprios campos da saúde. Trata-se da recursividade, operador que será considerado para estabelecer as reflexões que seguem, no sentido de privilegiar a complexidade do tema em foco buscando apreendê-lo o na sua especificidade e multiplicidade (Morin, 2002a, 2002b).

A definição pelo tema da pesquisa, como colocado inicialmente, tem origem na vivência e no acompanhamento de momentos históricos de ampliação e consolidação do SUS. Esse Sistema propõe diretrizes e princípios, que, em linhas gerais, visam garantir à população brasileira o acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde, levando em conta cada necessidade apresentada (Lei 8.080, 1990). Na prática, contudo, ao mesmo tempo em que avança criando diferentes modos de fazer saúde, seu processo de implantação encontra as mais distintas formas de resistências decorrentes da necessidade de transformar práticas e romper com paradigmas tradicionais.

Essas resistências, dialogicamente compreendidas, mostram a convivência de lógicas antagônicas, isto é, ao mesmo tempo em que elas apontam para um boicote ao estabelecimento do novo sistema, também apontam para nodos críticos que precisam ser problematizados para que se prossiga avançando nas novas formas de fazer saúde. A dialogicidade auxiliará no embasamento da compreensão dos fenômenos no transcorrer da pesquisa.

Nesse sentido, ainda buscando compreender as resistências, toma-se os conceitos de ordem - desordem – organização (Morin, 2001). Pode-se pensar, com essa relação, que o SUS aparece como ‘desordem’, pois desestabiliza a ‘ordem’ que havia antes (modelo hospitalocêntrico e biomédico hegemônico) gerando resistências, mas também possibilitando novas formas de ‘organização’. Consequentemente, essas novas formas, em geral exercidas através de modelos, poderão vir a se constituir como novas ‘ordens’, as quais, por sua vez, estarão sujeitas a novos questionamentos e, assim, recursivamente, a novas propostas.

Como a própria constituição do SUS prevê, a participação da comunidade deverá estar constantemente atuando, de modo a colocar em discussão as formas de atenção em saúde para garantir atendimento a quaisquer necessidades que vierem a se apresentar (Lei 8.142, 1990). Isso confere ao SUS um caráter organizacional no lugar de estrutural, isto é, de acordo com a perspectiva da complexidade, a estrutura remete ao rígido, ao inflexível enquanto que a organização refere-se a movimento, produção, transformação (Morin, 2005). No mesmo sentido, Ceccim e Ferla (2006) têm sugerido a imagem da ‘mandala’ em substituição à tradicional figura da pirâmide ao tratar sobre a

assistência na saúde, pois a idéia da mandala implica a noção de rede, de fluxos, de movimento. A saúde, dessa forma, pode ser compreendida como fruto de processos dialógicos, recursivos e hologramáticos, considerando a ocorrência de ordem e desordem em processos constantes (Morin, 2005).

Entre as necessidades de saúde em geral, encontram-se aquelas relacionadas à área da saúde mental, as quais por muito tempo foram negligenciadas. Nessa área, as principais mudanças propostas à ‘ordem’, por décadas preservada, que colocava a internação como única abordagem aos transtornos mentais, envolvem a construção de novos paradigmas de cuidados, passando da lógica hospitalocêntrica à lógica da atenção em serviços de rede territorializados e hierarquizados (Furtado, 2006). Assim coloca a Lei nº. 10.216, criada em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência em saúde. Essa lei, em consonância com as propostas da Reforma Sanitária, indica, entre outras normas, que o tratamento ocorra “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (M. S. Brasil, 2004c).

A saúde mental é considerada uma das áreas da saúde, logo, parte integrante do SUS. O princípio do holograma indica que as partes contêm em si a inscrição do todo (Morin, 2007). Logo, a saúde mental, como qualquer outra área da saúde, é indissociável e representante do sistema de saúde como um todo. Deve, assim, estar organizada de forma integrada aos serviços do sistema, já que, ao mesmo tempo em que o compõe, o reflete.

Tendo isso em vista, o Ministério da Saúde (M. S. Brasil, 2004b) tem buscado favorecer a ampliação das ações voltadas ao cuidado em saúde mental, através de novos equipamentos, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). O funcionamento dos CAPS é previsto no formato de serviços ambulatoriais que prestem assistência especializada em transtornos severos e persistentes, dentro da lógica do território. Essa lógica implica a construção de serviços que, pela proximidade, facilitem o acesso ao cuidado e potencializem os recursos existentes no território levando em conta, não apenas o território geográfico, mas também o existencial, para conhecer o que faz sentido nas ferramentas existentes no território. Assim, os CAPS devem manter contato com os outros serviços da rede existentes em um espaço físico determinado, tais como unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, hospitais gerais, residenciais terapêuticos, oficinas de geração de renda, entre outros, visando construir novas formas de cuidado.

Considerando essa necessidade de articulação dos serviços nas redes no campo da saúde, facilmente conclui-se pela co-responsabilidade no que tange aos cuidados em saúde mental. Em função disso, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da atenção primária (M. S. Brasil, 2005). Tal iniciativa visa favorecer a “responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (p. 32). Visa construir uma rede de cuidados em saúde mental que articule a atenção primária, secundária e terciária, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Assim tomam forma alguns princípios que contribuem para a organização da atenção em saúde mental, preconizando a realização de ações comunitárias de base territorial. Essas ações devem ocorrer por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais, através da articulação de serviços que assumam a co-responsabilidade pelo cuidado e que, conforme previsto pela Constituição Federal (1988), garantam atenção integral à saúde, estimulando a autonomia e cidadania dos usuários.

Contudo, mesmo com todas essas proposições, no âmbito do município de Porto Alegre, muitas são as práticas em saúde mental no SUS que têm fortemente resistido às mudanças propostas. Essa tensão de interesses em relação aos princípios e diretrizes da política nacional de saúde e de saúde mental aponta para a existência de dificuldades na etapa de implementação da política, resultando em avanços, mas, marcadamente, em retrocessos. Passados mais de vinte anos do início da reforma psiquiátrica, ainda permanecem firmados posicionamentos pela manutenção das estruturas manicomiais. É preocupante a forma com que esse modo de trabalho prevê o tratamento das pessoas, transformando suas diferenças em doenças e fechando os olhos para a miséria humana. Grave é também a questão das relações de poder que se mantêm estabelecidas e inflexíveis através dessas condutas, gerando, entre outras conseqüências, o desempoderamento dos usuários e o aumento do estigma do ‘louco’.

Dessa forma, é imperativo o estabelecimento de espaços dialógicos, pois essa posição, ao mesmo tempo em que resiste às mudanças, também dá visibilidade às carências na área, denunciando a grave falta social em oferecer espaços adequados de inserção e desenvolvimento para as pessoas com transtornos mentais. Além disso, mostram ainda o baixo investimento nos serviços substitutivos e a continuidade do exercício de práticas fragmentadas e hospitalocêntricas, alvo das críticas do movimento

da reforma psiquiátrica. Com isso, a dialogia pode servir de ferramenta para indicar possíveis caminhos no investimento de esforços que visem alcançar melhores formas de cuidado, visto que se compreende que os principais entraves para o avanço na Reforma Psiquiátrica em Porto Alegre encontram-se na ocorrência de retrocessos na etapa de implementação das políticas de saúde mental e não no âmbito do trabalho nos serviços propriamente ditos.

Por conta desse contexto de mudanças, carências e fragmentações, muitos usuários em sofrimento psíquico têm vivenciado o *não-lugar*<sup>1</sup>, circulando por serviços de saúde sem encontrar espaços adequados para reabilitação e tratamento. Eles se deparam com essa situação, seja por não conseguirem acesso aos serviços (o que denota, entre outros fatores já citados, a carência de novos serviços), seja por acessarem serviços que não atendem as suas demandas (o que mostra a fragmentação atual, pois muitos serviços não levam em conta os sentidos de integralidade da atenção). Muitas parcelas da sociedade estão, assim, desassistidas.

Um exemplo de fragmentação entre os serviços da saúde mental pode ser observado a partir dos resultados de uma pesquisa que apontou que apenas 6,7% dos CAPS existentes no Brasil acompanhavam egressos de longas internações em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs<sup>2</sup>) (Furtado, 2006). Percentual pequeno para serviços considerados estratégicos na organização da rede de cuidados de saúde mental (M. S. Brasil, 2004b). Fica clara, dessa forma, a importância de ampliar o conhecimento acerca do contexto em que se encontra a área da saúde mental, explicitando as resistências presentes, assim como a potência emancipatória das novas formas de atenção em saúde que estão sendo construídas.

Para fazer frente à tamanha complexidade, a autora, através de um percurso metodológico de base qualitativa, realiza buscas teóricas ao mesmo tempo em que se aproxima das práticas em ato, procurando fazer a articulação entre o saber popular e o acadêmico. Utilizando a expressão formulada por Merhy (2002) sobre o ‘trabalho vivo em ato’, procura-se o comprometimento com a construção e a utilização de todas as sabedorias de que se dispõe de modo a defender a vida com qualidade. Assim, a

---

<sup>1</sup> Os não-lugares permitem que se descortine um mundo provisório e efêmero, comprometido com o transitório e com a solidão (Marc Augé, 1994).

<sup>2</sup>Os SRTs são “alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade” (M. S. Brasil, p. 05, 2004a).

dissertação estrutura-se no formato de duas seções visando ocupar espaços e subsidiar a discussão sobre o tema, seja em publicações, em debates ou na prática cotidiana.

A aproximação das práticas, tanto pela inserção no campo de pesquisa quanto pela experiência da autora, traz imediatamente a necessidade de maior compreensão dos sentidos atribuídos ao conceito da integralidade, bem como dos processos históricos que o colocam em cena. Dessa forma, a primeira seção chamada: “Integralidade e Saúde Mental no SUS à luz da Teoria da Complexidade de Morin”, apresenta um resgate histórico da construção do SUS, seguido do resgate do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, situando os princípios que embasam essas políticas e suas relações com a integralidade. Por fim, destaca-se o conceito da integralidade, pois é percebido como estando imbricado em todos os momentos de reflexão sobre as mudanças nos modelos de atenção em saúde, além de favorecer o desenvolvimento do pensamento complexo associado às questões da saúde mental.

Ao ampliar o conhecimento dos sentidos de integralidade aumenta também a necessidade de problematizar as práticas, o que leva ao desenvolvimento da segunda seção intitulada: “Práticas em saúde mental no SUS: situações do Município de Porto Alegre”. Apoiada em uma abordagem qualitativa, associa o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e à análise da produção de sentidos no cotidiano através das práticas discursivas (M. J. Spink, 2000; P. K. Spink, 2003). Ganham visibilidade, com isso, não apenas os atos de criação e inovação na construção de ações integradas em saúde mental, como também a fragilidade à que está exposta essa rede, devido a interesses difusos, escassos investimentos e políticas sociais desarticuladas.

Tais reflexões e movimentações favorecem uma compreensão dos sentidos de integralidade nas práticas em saúde mental e apontam para o conhecimento de formas como estão ocorrendo as práticas nessa área, no Município, acreditando-se na contribuição com a produção de espaços de integralidade através do desenvolvimento de reflexões teórico-críticas.

## REFERÊNCIAS

Augé, M. (1994). *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papirus.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). *SUS 20 anos*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2004c). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. (5ed.) Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 785-795.

*Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)

*Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990* (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: comunic., saúde, educ.* v.13, supl.1, p.771-80.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

\_\_\_\_\_. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.

Morin, E. (2001). *Introdução ao pensamento complexo* (3 ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

\_\_\_\_\_. (2002a). *Ciência com consciência* (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

\_\_\_\_\_. (2002b). *O Método 5: A humanidade da humanidade – A identidade humana*. Porto Alegre: Sulina.

\_\_\_\_\_. (2005). *O Método 1: A natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina.

\_\_\_\_\_. (2007). *A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI*. (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS - ABRASCO.

Pinheiro, R.; Ferla, A.A. & Mattos, R. A. (2006). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade*. Rio de Janeiro / Caxias do Sul: IMS/UERJ: CEPESC: EDUCS.

Pinheiro, R.; Ferla, A.A. & Silva Jr, A. G. (2007). Integrality in the population's health care programs. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, p. 343-349.

Scarparo, H. B. K. (2006). Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. *Barbarói* (USCS), v. 25, p. 115-130.

Spink, M. J. (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15 (2), 18-42.

## **SEÇÃO I: Integralidade e Saúde Mental no SUS à luz da Teoria da Complexidade de Morin**

### **RESUMO**

O trabalho é resultado da busca por ampliar a compreensão dos sentidos atribuídos ao conceito da integralidade para inseri-lo como articulador das discussões no campo da saúde mental sob a ótica do pensamento complexo. Para tanto, situa os processos históricos que colocam o conceito em cena, através de uma contextualização acerca da construção do SUS, conquista do movimento da Reforma Sanitária, situando os princípios que embasam as políticas de saúde e suas relações com a integralidade. No campo da saúde coletiva, o termo passou a ganhar inúmeros sentidos, como no presente estudo, que o associa à complexidade e à transdisciplinaridade. Segue com o resgate do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, para, por fim, refletir sobre as possibilidades de práticas de integralidade na saúde mental. O conceito da integralidade é, assim, percebido como estando imbricado em todos os momentos de reflexão sobre as mudanças nos modelos de atenção em saúde, expressando o desejo de construção de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2001). Com isso, mostram-se possíveis as articulações entre a integralidade e o pensamento complexo, associados às questões da saúde mental como alternativa de superação dos modelos tradicionais que ainda se colocam.

**Palavras-chave:** integralidade; complexidade; saúde mental; reformas nos serviços de saúde

## ABSTRACT

This section is resulted of the search by enlarging the understanding of the senses attributed to the concept of the integrality to insert it as join together of the discussions in the field of the mental health under the optics of the complex thought. For so, it places the historical processes that put the concept in scene, through a contextualize concerning the construction of SUS it conquers of the movement of the Sanitary Reform, placing the beginnings that base the politics of health and the origins of the integrality notion. Originated in the field of the collective health, the term started to get countless senses, as in the present study that associates it to the complexity and the transdisciplinarity. It proceeds with the rescue of the process of construction of the Brazilian Psychiatric Reform to contemplate about the possibilities of integrality practices in the mental health. The concept of the integrality is, like this, noticed as being overlap in all of the moments of reflection on the changes in the models of attention in health, expressing the desire of construction of a fairer and more solidary society (Mattos, 2001). With that, they are shown possible the articulations between the integrality and the complex thought, associates to the subjects of the mental health as alternative of exceed of the traditional models that are still put.

**Key Words:** integrality; complexity; mental health; services health reforms

## INTRODUÇÃO

Para dar início às reflexões sobre integralidade e saúde mental no SUS, é fundamental a escolha de uma abordagem que auxilie na compreensão dos conceitos sob uma ótica que, em acordo com a própria proposta da integralidade, se contraponha à fragmentação do conhecimento. Portanto, utiliza-se a teoria da complexidade que possibilita a realização de análises que levam em conta a abertura ao diálogo, a noção recursiva de que efeito é também produtor de causa e o princípio hologramático que considera que o todo está inscrito nas partes (Morin, 2007).

Essa teoria serve como disparadora do pensamento, sendo que seus princípios não podem ser tomados como regras nem permitem qualquer tipo de generalização, pois ela aponta justamente para a incompletude do conhecimento (Morin, 2002). Assim, o foco é nas relações que se estabelecem entre conceitos que expressam experiências e reflexões sobre o tema: “A complexidade não explica as coisas, mas sim aquilo que deve ser explicado” (Morin, 2007, p. 195).

Como coloca Pascal (1999), para conhecer o todo se deve conhecer particularmente as partes, e para conhecer as partes deve-se conhecer o todo. Isto é, o processo de busca do conhecimento, levando em conta o pensamento complexo, é feito pelo exercício constante de situar o objeto em relação aos contextos, dos quais hologramaticamente é expressão, aos quais recursivamente afeta e é afetado e com os quais dialogicamente convive.

Para tecer uma compreensão desse processo, inicialmente optou-se por visibilizar aspectos históricos da adoção da integralidade no cenário das práticas em saúde, momento no qual, novos paradigmas se constituem (Moraes, 2006) e articulam fortemente direitos humanos e as ações sociais nesse campo. Nesta perspectiva inserem-se os movimentos de luta pela garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, os quais, quase que simultaneamente à Reforma Sanitária, tomam forma salientando igualmente a necessidade de integralidade nas práticas em saúde (Amarante, 2001). Com essas contextualizações, que apontam a integralidade como um dos maiores desafios para a operacionalização das práticas em saúde (Moraes, 2006), torna-se possível a construção de uma reflexão sobre as possibilidades de práticas de integralidade em saúde mental.

## **Contextualização Histórica da Construção do SUS: A Reforma Sanitária**

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil traduz um processo histórico caracterizado por lutas sociais que se intensificaram a partir da segunda metade da década de 70, quando o enfraquecimento do regime militar instaurado propiciou movimentos pela redemocratização da sociedade brasileira. Anteriormente o regime autoritário instituído após o Golpe Militar de 1964 implicou esvaziamento da participação da sociedade civil, o que redundou em não interferência nos rumos da assistência à saúde.

O governo ditatorial buscou reorientar a administração estatal. No campo da saúde, transformaram-se os modelos de saúde pública e medicina previdenciária. Efetivaram-se processos de crescente centralização da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (Mendes, 1993).

A partir de então, é reforçada a lógica da prestação de assistência à saúde apenas aos trabalhadores formais, ou seja, aqueles com carteira de trabalho assinada e nos moldes do tratamento médico com foco na recuperação e reabilitação das doenças. Aos demais resta o acesso à promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas aos agravos de elevada prevalência ou impacto à saúde pública. Isso porque, antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor da previdência social (Ceccim e Ferla, 2008/2009).

As mudanças impostas focalizavam os cuidados individuais e a proliferação de atos médicos, o que resultou na multiplicação de egressos na área, de laboratórios, de hospitais e de serviços privados. Conseqüentemente, a saúde passou a ser um produto a ser consumido (Luz, 1991). Com isso, ocorre em larga escala a compra de serviços das grandes corporações médicas privadas, especialmente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Esse modelo provoca, por um lado, a capitalização crescente do setor privado e, por outro, a ocorrência de crises na saúde, apontando para a insustentabilidade do modelo. Isso leva à insatisfação cada vez maior por parte da população brasileira com o regime autoritário e ditatorial posto. Para ampliar ainda mais esse descontentamento coletivo, os indicadores de saúde da época, entre eles o coeficiente de mortalidade infantil, piorou assustadoramente (Luz, 1991; Mendes, 1993).

Com o crescimento da insatisfação da população, a partir da não possibilidade de acesso aos serviços de assistência em saúde àqueles que não possuíam vínculo empregatício, começam a surgir, ao longo da segunda metade dos anos 70, ações contrárias a essa forma de assistência. Além disso, esse período é caracterizado pelo importante movimento social relacionado à área dos cuidados e da atenção em saúde que germina a partir do processo que buscava expandir a cobertura assistencial em saúde e que culminaria com a Conferência de Alma-Ata em 1978. Com base nisso e em acordo com o que preconizava a Organização Mundial da Saúde (OMS), criou-se o lema “Saúde para todos no ano 2000” (Malik, 1998).

Nessa época tem início uma relevante mobilização política e social, conhecida como ‘Movimento Sanitário’, protagonizado por universitários e profissionais da saúde e englobando posteriormente outros segmentos da sociedade. Buscavam mudanças no setor saúde através da construção de uma Política de Saúde efetivamente democrática, descentralizada, universal e unificada (hierarquizada), pois as práticas desenvolvidas até então, alicerçadas no discurso hegemônico do atendimento hospitalocêntrico e médico-centrado, já não davam conta de melhorar as condições de saúde das populações justamente por focarem-se no tratamento curativo. Ao contrário, ao manter a lógica do curador x doente, reafirmava-se o estabelecimento de relações de dependência e de poder, subjugando o usuário e desconsiderando seu papel e seu lugar no processo da construção da vida (Malik, 1998).

Essas circunstâncias invocam a necessidade premente de que se estabeleçam novos modos de relação nos processos de cuidado, levando em conta as múltiplas necessidades dos usuários, inclusive de serem considerados protagonistas dos seus modos de vida (Mattos, 2001). A idéia de integralidade na saúde se potencializa e passa a transformar-se a lógica dos processos saúde-doença como causa e efeito para uma lógica de processos que recursivamente compreendem a saúde afetando e sendo afetada pelos modos de vida dos indivíduos e coletividades.

Em meio às lutas pela democracia da saúde, ganha corpo o início da Reforma Sanitária, marcada pela reflexão sobre novos modos de compreender os processos implicados na produção de saúde, levando à criação de um conceito ampliado, para expressar essas mudanças: o da saúde coletiva (Teixeira, 1988). A saúde coletiva, “matriz teórico-conceitual do Movimento Sanitário” (Teixeira, 1985, p. 97), registra um campo do conhecimento que se caracteriza por ser um movimento contra-hegemônico revisando criticamente o modelo sanitário brasileiro estabelecido (Nunes, 2005). Esse

referencial concebe-se, assim, como um contraponto aos saberes da saúde pública que durante muito se fundaram nas disciplinas biomédicas como únicas interventoras na saúde o que, se por um lado produziu estratégias preventivas, por outro teria resultado em práticas fragmentadas e na medicalização da sociedade (Birman, 2005).

Desse modo, foram os conhecimentos produzidos no campo de estudos da saúde coletiva, que criticavam o universalismo naturalista do saber médico, que inicialmente conceberam o conceito da integralidade problematizando seus sentidos (Moraes, 2006). Isso se mostra no discurso teórico da saúde coletiva que relativiza a hegemonia atribuída aos saberes biológicos, inserindo a importância de outras ciências no campo da saúde, sem reconhecer em relação a elas qualquer perspectiva hierárquica e valorativa (Birman, 2005). Aproxima-se, novamente, o conceito da integralidade ao da complexidade no ponto em que fica expressa, dialogicamente (Morin, 2007), a convivência de lógicas antagônicas (diferentes ciências), concorrentes (todas querem ocupar o espaço) e complementares (cada uma tem sua contribuição a dar e prescinde da interação com as demais) nas formas de pensar e produzir saúde.

Fica marcado, então, o movimento de luta pela democracia, por uma saúde para todos e pelo direito à saúde como expressão de qualidade de vida e trabalho. Como também pela superação da fragmentação de um setor curativo (assistência médica) e um preventivo (saúde pública) e incluindo a participação social nas decisões da saúde. “Tal movimento disputava pela ‘atenção’ no lugar da ‘assistência’, pela integralidade no lugar da polaridade prevenção–cura e pela processualidade saúde–doença em lugar da promoção *versus* reabilitação” (Ceccim & Ferla, 2008/2009, p. 444).

A partir disso, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada marco histórico para os avanços nos cuidados em saúde e para a criação do SUS, são consagrados os princípios da Reforma Sanitária. Em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que veio a ser uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), mantendo como diretrizes a universalização e a equidade no acesso; a integralidade dos cuidados; a regionalização dos serviços com a implementação de distritos sanitários; a descentralização das ações; o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (Malik, 1998).

Em 1988, a nova Constituição da República Federativa do Brasil (1988) vem a retratar o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Descritas no capítulo VIII, da seguridade

social, as ações e serviços de saúde, conforme o artigo 198, devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único, organizado pelas seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade.

Aparece, então, descrito o termo ‘atendimento integral’ que, além de buscar unificar as ações e garantir o atendimento conforme cada necessidade, reflete as críticas às práticas sanitárias hegemônicas construídas pelo movimento sanitarista. É importante notar que o modo como foi elaborada a constituição deixou explícita a intencionalidade de não perder de vista a lógica da democracia participativa tão arduamente conquistada.

Promulgada em 1990, a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dá legitimidade ao SUS e traz pela primeira vez o conceito da ‘integralidade’ legalmente descrito. Situa-se no Capítulo II (Dos Princípios e Diretrizes) do Título II (Do Sistema Único de Saúde - Disposição Preliminar) junto a outros princípios que embasam as ações e serviços em saúde e assim é colocado: “II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Com a edição da Lei Orgânica da Saúde, determina-se que os princípios doutrinários são os seguintes: a universalidade, afirmando o direito de todas as pessoas ao atendimento, ou seja, a saúde é direito de cidadania e dever do Estado; a equidade, reconhecendo que todo cidadão é igual e será atendido conforme as suas necessidades, permitindo a diminuição das desigualdades existentes; a integralidade, cujas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não pode ser compartimentado (Lei 8.080, 1990).

Já os princípios organizativos são: a regionalização e a hierarquização, na qual a rede de serviços deve ter um conhecimento maior dos problemas de saúde da população, o que favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. A descentralização, que preconiza uma redistribuição das responsabilidades às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A participação dos cidadãos, que se refere à garantia constitucional de que a população, por meio de entidades representativas, deverá participar do processo de formulação das

políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (Lei 8.080, 1990).

O exame do artigo 198 da Constituição Federal (1988) evidencia que o SUS integra a descentralização do poder de execução (da união e dos estados para os governos municipais) e a participação da comunidade (através de Conferências e Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas). A primeira gera a idéia de um sistema administrativo capaz de atender a diversidade de realidades em um país continental, pois amplia a autonomia de cada município para o gerenciamento das ações em saúde necessárias de acordo com suas características locais. A segunda, instância definida na Lei nº. 8.142 (1990), orienta a atuação da sociedade na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. A multiplicação dos centros de decisão sobre saúde em diferentes esferas de poder colabora, assim, para a lógica da democracia representativa (Moraes, 2006).

Com isso, ampliadas as possibilidades de abertura à participação e criação nos modos de fazer saúde, complexamente pode-se conferir ao SUS um caráter organizacional no lugar de estrutural. Entendem-se as estruturas como resultados de pontos de vista particulares de disciplinas, alcançando resultados lineares, como leis rígidas e inflexíveis. Já as organizações prescindem de interações entre componentes que produzem unidades complexas, ou sistemas compostos por qualidades que não podem ser conhecidas por seus componentes isolados, por fazerem parte de um todo e ganharem sentido nesse contexto de relações. Referem-se, assim, à idéia de movimento, produção, transformação e inter-relações constantes (Morin, 2005).

Do mesmo modo Ceccim e Ferla (2006) sugerem a imagem da ‘mandala’ para pensar a assistência na saúde, pois, ao contrário da tradicional figura da pirâmide, implica a noção de rede, de fluxos e de movimentos. Assim, a saúde pode ser compreendida como fruto de processos dialógicos, recursivos e hologramáticos, considerando a ocorrência de ordem e desordem em processos constantes (Morin, 2005).

Tais processos percorrem os territórios do cotidiano e apontam para a diversidade de implicações e ações presentes em cada experiência. No campo da saúde, a perspectiva da integralidade evidenciou, entre outras, a necessidade de atentar, de modo mais intenso e sistemático, para os processos subjetivos na efetivação das práticas. A noção de cuidado associada a ela articula o conceito de saúde ao direito de

ser (Pinheiro e Guizardi, 2006); isso significa afirmar a diversidade e considerar a produção de sentidos de integralidade como um movimento complexo.

### **Sobre os Sentidos de Integralidade**

A integralidade, conceito formulado no campo de conhecimentos da saúde coletiva (Moraes, 2006), tem servido amplamente como dispositivo de anúncio e efetivação de novas práticas em saúde. As inúmeras formas de empregabilidade do termo, no entanto, têm permitido a sua utilização com os mais inusitados propósitos, inclusive para fundamentação de práticas de saúde bastante tradicionais (Merhy, 2005).

Com isso, buscando identificar com maior clareza os sentidos atribuídos ao conceito, tornam-se particularmente úteis as contribuições dos pesquisadores do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/IMS/UERJ) e, como o título da seção indica, os operadores do pensamento complexo propostos por Edgar Morin (2007).

A integralidade, mais do que um princípio doutrinário do SUS, como antes descrito, “tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (Mattos, 2001, p. 43). Essa concepção ampliada dá início às compreensões do conceito e permite uma aproximação ao pensamento complexo (Scarparo, 2006).

A idéia da integralidade como desejo de construção de outra sociedade extrapola sua concepção inicialmente ligada à recusa a qualquer forma de reducionismo, para um sentimento de implicação com o contexto como um todo. Hologramaticamente é a percepção de que cada ação que se realiza para o outro é, ao mesmo tempo, realizada para si, pois não se está fora. Ao compreender a idéia da integralidade dessa forma, torna-se impossível ignorar ou ‘virar as costas’ para os problemas ‘dos outros’, pois são considerados também problemas seus. A integralidade, nesse sentido, é complexa. É a ampliação da consciência de que se alguém não está bem, uma parte de mim também não estará, e, como parte é também o todo, eu não estarei. Esse sentimento, dialogicamente, irá levar à indignação com a situação e à percepção de que também se possui um grau de responsabilidade com isso.

Assim, atribui-se outro sentido à integralidade, a co-responsabilidade. Pelo princípio recursivo, observa-se que do mesmo modo como o contexto me afeta, eu também afeto o contexto (Morin, 2002). Integralidade e complexidade referem-se à implicação, à participação e a não omissão frente às necessidades sociais como um todo.

Disso decorre também a compreensão de que as mudanças conquistadas pela Reforma Sanitária, além de garantir a saúde para todos, mudaram a compreensão da saúde, não mais concebida como ausência de doenças, mas como processualidade, como resultado da interação de incontáveis fatores. Isso lhe atribui caráter complexo e, em acordo com a integralidade, avesso aos reducionismos (Ceccim e Ferla, 2006).

Mattos (2001) ajuda a clarear alguns dos sentidos da integralidade com a idéia da ‘imagem objetivo’. Essa imagem formula-se pelo desejo de superação de um contexto, vislumbrando-se um novo com as características que se quer alcançar. Ela ajuda a indicar a direção que se quer imprimir na construção de uma nova configuração a ser obtida em um horizonte temporal definido. Formula-se não por detalhamento, mas por enunciados gerais, o que possibilita a participação de atores com leituras distintas, mas que comungam de indignações semelhantes.

A integralidade, assim considerada, é parte de uma imagem-objetivo que enuncia certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, de modo a contemplar um conjunto de valores que primam por transformações sociais. A integralidade é, portanto, bastante abrangente e polissêmica, pois congrega vários sentidos (Mattos, 2001).

Nas práticas de cuidado a integralidade associa-se à idéia de superação do olhar centrado na doença. Pode-se tomar como exemplo, uma situação de atendimento na qual o profissional da saúde, além de tentar reduzir o sofrimento manifesto pelo usuário, buscaria ainda interessar-se por conhecer melhor seu contexto de vida, almejando preventivamente evitar novos sofrimentos. Isso seria uma forma de integralidade, aliás, desejável, embora, por mais simples que pareça, não seja tão observada nas práticas em saúde (Merhy, 2005). Aqui há que se observar com atenção o sentido de integralidade, pois pode facilmente desvirtuar-se, acabando por representar práticas embasadas pela caridade ou pelo sentimento de pena, o que em nada auxilia no empoderamento dos sujeitos. Aliás, é o oposto do que pressupõe a integralidade, que busca abandonar os modelos de relação terapeuta-paciente, para pensar em relações do tipo sujeito-sujeito (Scarpato, 2006).

A compreensão do usuário como sujeito de necessidades múltiplas leva o trabalhador da saúde ao nomadismo, pois implica constante deslocamento no sentido de manter o comprometimento com a construção de processos de vida. É colocar-se em outros lugares que melhor correspondam às necessidades que se apresentam (Ceccim e Ferla, 2005).

Esse deslocamento faz com que o trabalhador se depare com outras fronteiras que marcam suas limitações, resultantes do olhar unidisciplinar, e com a importância da contribuição de outros saberes para dar continuidade ao processo de construção de condições de vida com qualidade. Disso resultam interações interdisciplinares, como também articulações entre os serviços como formas de integralidade. Isso, sem esquecer a necessidade de estabelecerem-se relações entre os serviços de saúde com os serviços de outros setores, a intersetorialidade (Alves, 2001).

Assim, a integralidade, de acordo com seus sentidos ampliados, está ligada a tudo que possa se associar com modos de agir que levem em conta a busca pelo empoderamento do próximo, pelo estímulo à cidadania, pelo estabelecimento de relações assimétricas entre sujeito-sujeito e, dialogicamente, pelo respeito às diferenças, consideradas como formas de compor novos saberes, já que o antagônico é também complementar (Mattos, 2001).

Esses sentidos, assim colocados, fazem parecer bastante razoável a consideração de que a integralidade é uma ferramenta potente para pensar novas abordagens às questões da saúde mental, visto que, como se pode observar a seguir, assim como a integralidade, os movimentos da Reforma Psiquiátrica primam por ações não só em defesa da saúde, mas em defesa da vida com qualidade (Pinheiro, Ferla & Silva Jr, 2007).

### **Mudanças nas Políticas de Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A Reforma Psiquiátrica é um processo político, social e eticamente complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais e tem avançado, porém marcada por impasses,

tensões, conflitos e desafios, passando a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (M. S. Brasil, 2005).

Devido às influências de experiências internacionais na Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma contextualização da história dos movimentos ligados às mudanças nas formas de abordagem/tratamento na área da saúde mental no mundo é brevemente apresentada<sup>3</sup>. Em fins do séc. XVII, o qual ofereceu condições possíveis para o nascimento do manicômio, especialmente na França, surgiam as ‘casas de internamento’. Eram locais que abrigavam os considerados insanos, os desempregados, mendigos e incapacitados. Essas instituições desempenhavam papel de assistência e repressão e eram controladas pelo poder da Igreja e pela necessidade de controle social da burguesia (Gondim, 2001).

No final do séc. XVIII, devido à necessidade de mão-de-obra para a industrialização na Europa, teve início uma divisão entre os pobres ‘válidos’ e os ‘doentes’. As ‘casas de internamento’ começaram a mudar de perfil, passando a se tornar objeto específico da medicina. Philippe Pinel, em 1793, propôs uma nova lógica de ordenamento do espaço hospitalar, incluindo um tratamento moral e educativo, através da imposição da ordem e do isolamento em prédios distintos, conforme a ‘categoria’ de cada interno.

A segunda metade do séc. XIX foi marcada pelo avanço da medicina nas pesquisas sobre causas orgânicas e biológicas das doenças mentais e teve início a medicalização da loucura, mas as estruturas asilares mantinha-se as mesmas. Apenas com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando os asilos foram comparados a campos de concentração que desperdiçavam ‘força de trabalho’ importantes para a reconstrução das cidades é que tiveram início alternativas de tratamento fora dos manicômios (Gondim, 2001).

A experiência italiana, liderada por Franco Basaglia, que, em 1961, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e transformou o manicômio em uma comunidade terapêutica com princípios humanistas, foi uma das grandes inspirações para o início da Reforma Brasileira. O modelo teve grande repercussão em todo mundo e deu início a um movimento que possibilitou mudanças radicais na compreensão e

---

<sup>3</sup> Um resgate bastante completo e aprofundado sobre o tema pode ser encontrado na dissertação de Gondim (2001).

tratamento da loucura, passando a associá-la à noção de diferença, de produção de vida, de subjetividade (Amarante, 2001).

Com isso, no final da década de 70, concretizou-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que explicitou críticas contundentes ao saber psiquiátrico clássico<sup>4</sup> e às instituições manicomiais que assistiam a pessoas portadoras de doença mental, visto que esses modelos ainda se expressavam nas práticas brasileiras.

O processo da Reforma culminou, na década de 80, em reflexões que tinham por objetivo propor alternativas a esses modelos segregadores e excludentes. A cronificação do doente mental, suas internações prolongadas e a perda de sua subjetividade passaram a ser uma preocupação para alguns segmentos que se envolveram e foram solidificando esse movimento.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o lema da Conferência: “Por uma sociedade sem manicômios”. Isso deu início ao movimento conhecido como ‘luta antimanicomial’, marco na Reforma Psiquiátrica, que ampliou o debate sobre o fim dos hospícios e o tratamento dos usuários fora dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2001).

Foi tornando-se evidente, tanto para o governo como para parcelas significativas da sociedade, o esgotamento do modelo assistencial vigente (carcerário) e passou-se a buscar o desenvolvimento de outras formas de cuidado, que tivessem como propósito a criação de redes de serviços substitutivos, voltadas para a consecução de estratégias de inserção psicossocial do usuário e do resgate de sua cidadania.

A Reforma Psiquiátrica traz, assim, a idéia da integralidade no cuidado à saúde. Para além de uma lógica que defende o fim das instituições totais – o manicômio - ou da superação do tratamento como sinônimo de esbatimento de sintomas, busca trazer à tona o enfrentamento de paradigmas hegemônicos no âmbito da saúde. É o enfrentamento de posturas medicalizantes e individualizantes, muitas vezes presentes na atuação cotidiana.

---

<sup>4</sup> Na idade clássica era considerado dever dos hospitais darem não apenas atendimento médico aos insanos, mas também ter o direito de decidir por eles e os julgar. Os hospitais tinham o poder de autoridade, direção, administração, correção e punição. O louco não era dono de seu chão, de seu pensamento e de sua cidadania, nem tampouco de seu comportamento, além de ser submetido a condições de habitação subumanas (Foucault, 2000).

Como efeito, no Estado do Rio Grande do Sul (M. S. Brasil, 2004a) em 1992 criou-se a Lei nº 9.716 (que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, a proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências). Já, em termos nacionais, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei nº 10.216, conhecida com lei Paulo Delgado, é sancionada no país. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária.

Com base nisso, o Ministério da Saúde (M. S. Brasil, 2004b) tem buscado organizar o cuidado em saúde mental favorecendo a ampliação de ações, através de novos equipamentos, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Os CAPS devem funcionar como serviços ambulatoriais especializados, de forma integrada aos demais serviços do sistema e na lógica do território, buscando construir, especialmente junto à atenção primária, planos terapêuticos singulares.

Considerando-se que no final da década de 90 o país tinha em funcionamento 208 CAPS, com cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental destinados aos hospitais psiquiátricos, e que em 2008 o país contava mais de 1394 CAPS tendo decaído para cerca de 34,46% os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos, é possível considerar que já houve grandes avanços na implementação de redes substitutivas (M. S. Brasil, 2005; 2009).

Com esse percurso histórico de movimentos e lutas que criaram alternativas para os modos de assistência na área da saúde mental, observa-se que, de fato, conseguiu-se promover significativas mudanças nos modos de pensar, olhar, planejar e oferecer atenção às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. Porém, conforme colocado na Política Nacional de Saúde Mental (2009), para que se alcance o desenvolvimento de ações mais potentes e abrangentes visando à abordagem dos usuários como pessoas de direitos e desejos, seguem ainda muitos desafios.

Entre eles pode-se citar: garantir a continuidade da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar (CAPS, SRTs, ações na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a

usuários de álcool e outras drogas, ampliar o programa “De Volta Para Casa<sup>5</sup>”, manter programas permanentes de formação de recursos humanos, incentivar a participação social garantindo direitos dos usuários, buscar a superação do modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário garantindo tratamento digno ao infrator); ampliar o número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais e garantir a avaliação contínua dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (Política Nacional de Saúde Mental, 2009).

Tanto a Reforma Psiquiátrica como a Sanitária, forjadas em contextos de lutas e conquistas, tomaram forma e possibilitaram novos modos de fazer saúde, incessantes e múltiplos. Resultaram na construção de políticas de saúde que se atualizam na busca por integrar ações de cuidado entre os diversos níveis de atenção. Contudo, ainda se apresentam desafios, pois há um cenário que, apesar de apresentar expansão dos serviços de saúde mental (M. S. Brasil, 2005), apresenta a fragmentação dos serviços (Furtado, 2006), tema que aponta para a necessidade de práticas de integralidade em saúde mental.

### **Práticas de Integralidade em Saúde Mental**

Um dos primeiros objetivos da Política Nacional de Saúde Mental (2009) para os avanços na área refere-se à garantia da continuidade da redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos. Na prática, esse objetivo se coloca como um grande desafio devido às resistências dos modelos tradicionais e ao número insuficiente de novos serviços que, para agravar a situação, em muitos casos encontram-se desarticulados. Um dos pontos que enfraquece essa conquista é o fato de que a Lei Federal 10.216, apesar de privilegiar a oferta de serviços de base comunitária para os cuidados em saúde mental, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Isso abre espaço para disputas políticas.

Usando como argumento as próprias ferramentas da Reforma Psiquiátrica - que lançou como proposta a demolição concreta de uma cultura (de asilamento), desde que,

---

<sup>5</sup> Programa criado pela lei federal 10.708/2003 com o objetivo de contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários (M. S. BRASIL, 2007).

ao mesmo tempo, outras culturas pudessem ser construídas (Basaglia, 1996) - as forças que lutam pela manutenção do modelo hospitalocêntrico têm usado esse discurso, colocando que ainda não há uma nova cultura ou, contextualizando, que ainda não há uma rede substitutiva para que se possa abrir mão do modelo existente. Além disso, buscam justificar sua manutenção sustentando-se em concepções de 'integralidade', por alegar que, desinstitucionalizado, o doente mental não teria assistência continuada.

É o caso do que aponta Merhy (2005), indicando que nós engravidamos as palavras, isto é: "Os modos atuais de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões (...) têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, dispositivos do anúncio de novas práticas e torná-las grávidas de outros sentidos" (p. 196). Utiliza-se, dessa forma, o conceito da integralidade para justificar modelos de práticas corporativo-centradas (Merhy, 2005). Por isso a importância de sempre contextualizar a origem dos usos dessa expressão.

Dialogicamente, o movimento pela manutenção dos hospícios acaba por tornar mais visíveis tanto a necessidade de redes de atenção de base comunitária quanto a carência e fragmentação dos serviços de rede substitutivos. Com isso, aposta-se na possibilidade de investir em práticas de integralidade como alternativa de buscar formas de garantir o acolhimento das necessidades da saúde mental em espaços de liberdade.

A integralidade implica a noção da saúde mental como parte da saúde, então, hologramaticamente, a saúde mental é também a saúde como um todo. A pessoa em sofrimento psíquico não deixa, por esse motivo, de apresentar as demais necessidades de saúde, contendo em si todas as necessidades de saúde de qualquer pessoa. As pessoas não são divisíveis em suas necessidades (Alves, 2001).

Além disso, pode-se utilizar o princípio da recursividade para apontar o fato de que a saúde mental afeta a saúde, assim como as condições de saúde afetam a saúde mental. É uma relação complexa, e está prevista em publicações do Ministério da Saúde (Brasil, 2003; 2005) que tratam de aspectos relativos às práticas de saúde mental vinculadas aos serviços de saúde:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (...) todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e (...) toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (M. S. Brasil, 2005, p. 33).

Com isso, fica claro que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde e, portanto, devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, com facilidade no acesso e conforme o grau da necessidade. Aliás, como colocado antes, nos sentidos da integralidade, suas necessidades devem ser acolhidas em qualquer serviço de qualquer área de acordo com o que as especificidades exijam (Alves, 2001).

Mas focando nos serviços da saúde, especialmente nas dificuldades de articulação e co-responsabilização entre os serviços, a integralidade pode ser útil. Pode ser disparadora de mudanças que melhorem as condições de vida dos usuários da saúde mental por indicar a necessidade de envolvimento de todos na garantia do acesso, ou melhor, do acolhimento, do estabelecimento de vínculos e do acompanhamento continuado.

Nesse sentido, a legislação de saúde vigente aponta para a imprescindível relação entre práticas de saúde mental e o SUS, denotando a necessidade da construção de modelos de atenção aliados ao movimento da reforma psiquiátrica (Amarante, 2001). Esses modelos devem prever a realização de ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares como forma de conquistar níveis desejáveis de qualidade de vida em práticas apoiadas em sentidos de integralidade (Buss, 2000; Minayo, Buss & Hartz, 2000).

Conforme orientações do Ministério da Saúde, as unidades de saúde da atenção primária, devido à sua proximidade com famílias e comunidades, apresentam-se como recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas em saúde mental (Brasil, 2005). O mesmo prevêem as políticas de saúde mental (M. S. Brasil, 2004b), que priorizam os CAPS como organizadores das ações em saúde mental, articulando-se estreitamente com os serviços da atenção primária (Brasil, 2003).

A atenção primária, organizada pela Estratégia Saúde da Família, compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Ela trabalha com a lógica do território como facilitador do acesso e da ampliação dos vínculos entre os serviços de saúde e as comunidades.

As práticas de integralidade, nos serviços da atenção primária, podem fazer crer na ocorrência de articulações pela construção de planos terapêuticos que respondam às necessidades dos usuários. Nos casos de usuários com questões ligadas a necessidades em saúde mental, a aproximação desses serviços aos CAPS é o que indica a política de saúde mental.

Porém, recentes as reformas e as conquistas na saúde, esses fluxos ainda estão em construção. Os usuários com necessidade em saúde mental, que antes tinham como única alternativa os hospitais psiquiátricos, chegam às unidades de saúde e, não raro, são imediatamente encaminhados aos CAPS ou ambulatórios de saúde mental ou hospitais. A dificuldade se apresenta na medida em que esses procedimentos nem sempre ocorrem na lógica da continuidade do cuidado, mas, sem articulações, na lógica da desresponsabilização.

Uma das principais questões que dificultam as práticas de integralidade, nas ações em saúde, refere-se a questões de formação. O próprio contexto das Reformas apontou para as insuficiências no ensino das profissões da saúde (Ceccim e Ferla, 2008/2009). Porém, a necessidade de deslocamentos entre as disciplinas é imprescindível para a ocorrência de mudanças nas práticas em saúde.

Alternativas têm sido propostas no sentido de desenvolver capacitações para os trabalhadores e de realizar ações de apoio matricial para dar suporte na realização da atenção em saúde mental (Brasil, 2003). Ocorre que, por muito tempo, o paradigma dominante na ciência preocupou-se em compartimentar os saberes, levando-nos à contínua divisão do conhecimento em disciplinas e, estas, em subdisciplinas. Essa hiperespecialização fez com que muitos profissionais se fechassem sobre seus objetos de trabalho, dificultando o diálogo com outras áreas, o que acaba por dificultar as práticas de integralidade, indispensáveis para a construção de ações que acolham as necessidades em saúde mental (Morin, 2003).

Assim, essas influências marcam as condutas de encaminhamentos sem envolvimento, característicos dos modelos tradicionais e compartimentados e da dificuldade dos profissionais de renunciarem ao seu papel específico e compartilharem saberes (Alves, 2001). Além disso, os sentidos da integralidade nem sempre são bem aceitos, pois implicam a concepção da saúde como processualidade com caráter complexo. Isso significa a ampliação da responsabilidade pelos resultados em saúde envolvendo muitos protagonistas (todos são responsáveis e têm saberes igualmente importantes) e também enfraquecendo o poder atribuído por séculos aos profissionais da saúde. Isso ainda pode ser observado nos tempos atuais (Merhy, 2005).

A integralidade, dessa forma, como expressão da complexidade inerente aos processos de vida, torna inconcebível a manutenção de lógicas de abordagens unidisciplinares, ou mesmo que atribuam a um único setor ou disciplina (no caso a saúde) a responsabilidade pelas ações de cuidado em saúde mental. Pensar a

complexidade aqui é fazer o esforço no sentido de religar, de buscar um mecanismo que apóie o crescimento disciplinar, mantendo a unidade do todo (Morin, 2001). É importante salientar que a complexidade não funde seus opostos em um todo homogêneo; ela mantém a distinção entre as partes. Os saberes das disciplinas são todos importantes do mesmo modo, mas não se pode deixar de considerar suas relações.

Aproxima-se, então, ao sentido de integralidade a idéia da transdisciplinaridade. Ultrapassando a própria interdisciplinaridade, que se refere à transferência de métodos de uma disciplina para outra, a transdisciplinaridade busca a realização do diálogo entre todas as disciplinas, sem que se promova a sua homogeneização ou que se crie outra disciplina (Nicolescu, 2001). A transdisciplinaridade pretende que os objetos eliminem suas fronteiras e se deixem atravessar por outras disciplinas, opondo-se a qualquer forma de totalitarismo (Morin, 2002).

A busca pela aproximação da transdisciplinaridade leva, hologramaticamente, à impossibilidade de falar condições de saúde sem falar dos contextos dos modos de andar a vida (Mattos, 2004, 2006). Assim, é impossível pensar no planejamento ou execução de qualquer ação em saúde sem levar em conta a subjetividade, a imprevisibilidade e a complexidade (Mattos, 2001; Pinheiro, Ferla & Silva Jr, 2007).

Qualquer serviço de saúde pensado ou exercido com base em critérios objetivos e pré-determinados, além de desconsiderar a integralidade na atenção (Mattos, 2009), incorre no risco de olhar para as pessoas como objetos, como aparelhos biológicos que se assemelham a máquinas e não a organismos (Morin, 2002). Já é sabido que esses modos de proceder resultam em morte (Nicolescu, 2001) e, no caso da saúde, a morte inicialmente da subjetividade, não raro leva à morte do organismo como um todo.

Assim, o reconhecimento da integralidade na proposta da transdisciplinaridade e da complexidade, especialmente no caso da saúde mental, é entender que a busca por identificar as necessidades do usuário (se usuário, logo necessidades de saúde) é, hologramaticamente, o mesmo que buscar identificar suas necessidades como cidadão (garantia de direitos). Isto é, significa envolver-se em outras questões além da área da saúde, questões a serem construídas (Alves, 2001).

Algumas dessas questões, como mostra a Reforma Psiquiátrica, referem-se à busca pela garantia do direito à vida em liberdade, ao trabalho, ao respeito e quantas mais sejam as necessidades de qualquer cidadão. Necessidades negadas por séculos às pessoas em sofrimento psíquico grave. Então, assim como se deve considerar as necessidades dos usuários de saúde mental como as de qualquer outro cidadão, deve-se,

ao mesmo tempo, distingui-lo, não por uma doença, mas por seus modos diferentes de ser que lhe acarretaram, por séculos, a negação de muitos direitos básicos de qualquer cidadão. Por isso, o esforço de primar pela realização de práticas de integralidade, para que se passe a considerar as necessidades de cada um conforme suas especificidades, apagando os estigmas e preconceitos que se desenvolvem em torno das diferenças. Boaventura de Souza Santos traz uma frase que pode auxiliar a refletir sobre as necessidades em saúde mental: "Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza" (Santos, 2006).

Por fim, considerar a complexidade e a integralidade nas práticas de vida reflete simultaneamente posturas de envolvimento e responsabilidade nas relações, de modo a garantir constantemente a reflexão e avaliação da necessidade de mudança ou de manutenção de práticas, para que levem em conta ações de cuidado, de atenção, de comprometimento, de cumplicidade, e outras que garantam relações solidárias e emancipatórias para com o(s) outro(s) e para consigo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de saúde mental no contexto das políticas de saúde no Brasil são marcadas por articulações e movimentos sociais que resultaram na construção do SUS. Esse sistema de saúde, historicamente, é marcado pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica iniciadas em meados da década de setenta. Com isso, elaboraram-se novas políticas com base em diretrizes, que trazem mudanças importantes para a organização e o desenvolvimento das práticas em saúde. A luta pela democracia conquistou a garantia constitucional da saúde como direito fundamental do ser humano, responsabilizando o Estado pelo provimento das condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O desejo de transformação da sociedade e dos modelos de atenção em saúde, motivos das Reformas, além de alcançar a garantia da saúde para todos, como preconizou a OMS em 1978, possibilitou a formulação do campo de conhecimentos da saúde coletiva. Esse campo deu origem a diversos conceitos para pensar as mudanças almejadas pelos atores sociais dessas reformas. Nesse contexto entra em debate o princípio da integralidade, que aponta a intenção de unificar e desfragmentar os modelos nos quais se assentavam as práticas em saúde pública em vigor.

O conceito ganhou repercussão e tem sido amplamente utilizado em reflexões e problematizações sobre as práticas em saúde, primando por favorecer transformações sociais. Na área da saúde mental, os sentidos da integralidade, à luz da teoria da complexidade de Morin, potencializam o diálogo sobre as possibilidades de efetivação de práticas que associem ao cuidado, a idéia da co-responsabilidade pelos processos de vida em sociedade. Isto é, estimulam a busca por um posicionamento crítico e de envolvimento que resulte em transformações pela inclusão das diferenças e pelo direito a vida em liberdade.

Mostra-se, assim, a necessidade de considerar constantemente a invenção nas práticas cotidianas de trabalho em saúde mental, pois a proposta do SUS, com base no princípio da integralidade, confere, tanto aos gestores, quanto aos trabalhadores e aos usuários, a responsabilidade de desenhar e redesenhar os modos de efetivar as políticas. Trata-se de criação e desinstituição cotidiana, numa proposta transdisciplinar que procure o diálogo entre todas as disciplinas, na esperança em construir um mundo melhor.

## REFERÊNCIAS

Alves, D. S. (2001). Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS -ABRASCO.

Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Basaglia, F. (1996). Apresentação. In: Amarante, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Birman, J. (2005). A Physis da Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. v. 15, supl., p.11-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2003) Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica*. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. (5ed.) Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2006). G.M. *Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a política nacional de atenção básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para o programa saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde. Brasília, Diário Oficial da Uniao.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2007). SAS/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2009). *Saúde Mental em Dados: 6, ano IV, nº 6*. Informativo eletrônico. Brasília: junho. Recuperado em 15 outubro de 2009, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_06.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf)

Buss, P. M. (2000). Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.

Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2005). Notas Cartográficas Sobre Escuta e Escrita: Contribuição à Educação das Práticas de Saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Org).

*Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.

\_\_\_\_\_. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.

\_\_\_\_\_. (2008/2009). Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde.* v. 6, n. 3, p. 443-456, nov./fev.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* (1988). Brasília. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Foucault, M. (2000). *História da loucura na Idade Clássica* (6 ed.). São Paulo: Perspectiva.

Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* , 11 (3), 785-795.

Gondim, D. S. M. (2001). *Análise da Implantação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica no Município de Campos dos Goytacazes-Rj.* Inovação ou Reprodução do Modelo Assistencial? Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RS, Brasil.

*Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)

*Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990* (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Luz, M. T. (1991). *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição demográfica”*: anos 80. *Physis*, v.1. n.1. p. 17-56.

Malik, A. M. (1998). *Gestão de Recursos Humanos* (Vol. 9). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS - ABRASCO.

\_\_\_\_\_. (2004). Mattos, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.5, p. 1411-1416.

\_\_\_\_\_. (2006). Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, p. 119-132.

\_\_\_\_\_. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: comunic., saúde, educ.* v.13, supl.1, p. 771-80.

Mendes, E. V. (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucetec/Abrasco, p. 19-91.

Merhy, E. E. (2005). Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, p. 195-206.

Minayo, M. C., Buss, P. M., & Hartz, Z. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-17, 29-31.

Moraes, D. R. (2006). Revisitando as concepções de integralidade. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 9, n. 1.

Morin, E. (2001). *Introdução ao pensamento complexo* (3 ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

\_\_\_\_\_. (2002). *Ciência com consciência* (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

\_\_\_\_\_. (2003). *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro* (8 ed.). São Paulo: Cortez.

\_\_\_\_\_. (2005). *O Método 1: A natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina.

\_\_\_\_\_. (2007a). *A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI*. (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Nicolescu, B. (2001). *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. (2ªed.). São Paulo: Triom.

Nunes, E. D. (2005). Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1):13-38.

Pascal B. (1999). *Pensamentos*. São Paulo: Nova Cultural.

Pinheiro, R.; Ferla, A.A. & Silva Jr, A. G. (2007). Integrality in the population's health care programs. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, p. 343-349.

Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2006). Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro:Hucitec:ABRASCO.

Política Nacional de Saúde Mental. (2009). Recuperado em 05 de setembro 2009, de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)

Santos, B. S. (2006). *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Porto: Afrontamento.

Scarparo, H. B. K. (2006). Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. *Barbarói* (USCS), v. 25, p. 115-130.

Teixeira, S. M. F. (1985). As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, E. D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, p. 87-109.

Teixeira, S. M. F. (1988). O dilema da reforma sanitária. In: Berlinguer, G.; Teixeira, S. M. F.; Campos, G. W. S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, p. 195-207.

## **SEÇÃO II: Práticas em saúde mental no SUS: situações do Município de Porto Alegre**

### **RESUMO**

As mudanças nas políticas de saúde e de saúde mental têm buscado a transformação do cotidiano de exclusão e negação do sofrimento psíquico em ações que o coloquem na agenda da construção da cidadania. As práticas em saúde mental, no entanto, ainda se apresentam como desafios, pois há um cenário que, apesar de apresentar expansão dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, aponta para a fragmentação dos mesmos. O Município de Porto Alegre, da mesma forma, apresenta ampliação das ações em saúde mental em novos modelos, como também, resistências expressas por movimentos de manutenção de práticas tradicionais. Isso evidencia a necessidade de problematizar essas práticas, na perspectiva da integralidade. Para tanto, com apoio em uma abordagem qualitativa, associa-se o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e à análise da produção de sentidos no cotidiano através das práticas discursivas. Assim, constrói-se o campo-tema, com base na possibilidade de inserção nos espaços de interlocução sobre assuntos da área pelo período de dez meses. Os participantes são as pessoas inseridas nos espaços que compuseram o campo-tema e os dados são coletados através de diário de campo, gravações e de documentos de domínio público. Ocorre, com isso, não apenas a análise, como uma articulação e elaboração de estratégias de enfrentamento dos desafios da integralidade no campo da saúde, mais especificamente nas práticas de saúde mental, através de construções teórico-críticas. Essa análise possibilita a visibilidade não apenas de atos de criação e inovação na construção de ações integradas em saúde mental, como também da fragilidade à que está exposta essa rede, devido a interesses difusos, escassos investimentos e políticas sociais desarticuladas. Integralidade e complexidade ganham destaque como estratégias possíveis de abordagem da situação para a busca da permanente construção de práticas de inclusão em saúde mental.

**Palavras-Chave:** integralidade; complexidade; saúde mental; práticas em saúde mental

## ABSTRACT

The changes in the politics of health and of mental health have been looking for the transformation of the daily of exclusion and denial of the psychic suffering in actions that put it in the calendar of the construction of the citizenship. The practices in mental health, however, still come as challenges, because there is a scenery in which, in spite of presenting expansion of the services of mental health, it appears for the fragmentation of the same one. The Municipal district of Porto Alegre, in the same way, presents enlargement of the actions in mental health in new models, as well as, expressed resistances for movements of maintenance of traditional practices. That evidences the need to problematize those practices, in the perspective of the integrality. For so much, with support in a qualitative approach, it associates the complex thought to the perspective of the field-theme and the analysis of the production of senses in the daily through the discursive practices. That makes possible the accomplishment of articulation movements and elaboration of strategies of confront of the challenges of the integrality in the field of the health, more specifically in the practices of mental health. That analysis makes possible the visibility not just of creation actions and innovation in the construction of actions integrated in mental health, as well as of the fragility to the one that is exposed that net, due to interests diffuse, scarce investments and disjointed social politics. Integrality and complexity get prominence as possible strategies of approach of the situation for the search of the permanent construction of inclusion practices in mental health.

**Key Words:** integrality; complexity; mental health; practices in mental health

## 1. INTRODUÇÃO

Dados recentes da Política Nacional de Saúde Mental (2009) indicam que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Esses números expressivos apontam para a necessidade urgente de que se pense com maior ênfase sobre as condições e possibilidades de atenção e de cuidado na área da saúde mental.

É sabido que as pessoas com transtornos mentais têm sido estigmatizadas por séculos. No Brasil, apenas no final da década de 70, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, direitos dos portadores de sofrimento psíquico começaram a ser debatidos mais intensamente e reconhecidos (Delgado, 1992). Desde então, muitas articulações tomaram forma no sentido de construir outros paradigmas para apoiar as práticas de cuidado. A lógica hospitalocêntrica passou a ser problematizada abrindo espaços para a atenção em serviços de rede territorializados e hierarquizados (Furtado, 2006). Uma das expressões desse processo é a criação da Lei nº. 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde instituindo, entre outras normas, que o tratamento ocorra “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (M. S. Brasil, 2004).

Assim, a implementação de práticas para promover saúde transcende a mera efetivação de tarefas nesse campo. Ela se refere a um longo processo de reflexões e mudanças que transforme o cotidiano de exclusão e negação do sofrimento psíquico em ações que o coloquem na agenda da construção da cidadania.

A luta pela garantia dos direitos dos doentes mentais proposta pela Reforma Psiquiátrica também trouxe consigo importantes questionamentos e críticas ao reducionismo das análises unidisciplinares e hegemônicas da psiquiatria sobre as questões relativas à saúde mental. Essas reflexões acabam por remeter à idéia da integralidade no cuidado à saúde. Tal conceito advém dos movimentos da Reforma Sanitária que potencializou outros modos de pensar saúde, apontando para a necessidade da complementaridade de diversos saberes para fazer frente a um entendimento complexo da questão (Amarante, 2001).

Com base nesse contexto, é fundamental refletir sobre as práticas atuais em saúde mental em diferentes contextos, de modo a problematizá-las e empreender esforços coletivos na produção de estratégias que considerem a complexidade e a especificidade de cada circunstância, o que remete à noção de integralidade.

Com isso, o trabalho que segue enfoca os modos cotidianos de articulação das práticas de Saúde Mental, tendo em vista alguns espaços de planejamento, efetivação e avaliação dos serviços, na perspectiva da integralidade.

Os operadores dialógico, recursivo e hologramático do pensamento complexo proposto por Edgar Morin (2007a) são suporte para a materialização do presente estudo. Para esse autor o método é, antes de tudo, uma atitude intelectual, “a atividade pensante do sujeito” (p. 337). Trata-se de uma busca ativa de integração de saberes, na contínua tentativa de considerar a complexidade e a infinitude dos processos relativos à produção de conhecimentos. Assim, compreende-se o método como estratégia, iniciativa, invenção e arte na qual é recorrente a relação entre método e teoria (Morin, 2002).

No presente caso, as estratégias contemplam uma abordagem qualitativa, que associa o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e à análise da produção de sentidos no cotidiano através das práticas discursivas (M. J. Spink, 2000; P. K. Spink, 2003). Contempla-se, assim, os movimentos de articulação e elaboração de estratégias de enfrentamento dos desafios da integralidade no campo da saúde, mais especificamente nas práticas de saúde mental. Para tanto, no decorrer do caminho, experiências, informações, depoimentos, idéias, sonhos e decisões se emaranharam num contínuo processo de tecitura de aprendizagens a partir do erro e das incertezas humanas (Morin, 2007a).

## **2. OBJETIVOS**

### *2.1 Objetivo Geral*

Problematizar as práticas atuais em saúde mental no Município de Porto Alegre/RS, tendo em vista a perspectiva da integralidade presente na proposta do Sistema Único de Saúde.

### *2.2 Objetivos Específicos*

- Conhecer os sentidos de integralidade presentes nas práticas em saúde mental.
- Identificar sentidos de avanços, desafios e entraves presentes na efetivação das práticas em saúde mental.
- Favorecer articulações sobre saúde, saúde mental e políticas de saúde em diálogos públicos pertinentes ao tema.
- Contribuir com a produção de espaços de integralidade através do desenvolvimento de reflexões teórico-críticas.

### 3. MÉTODO

Antes de adentrar as questões de cunho mais organizativo, mostra-se de extrema importância aqui refletir algumas questões pertinentes ao desenvolvimento desta pesquisa.

Em um primeiro momento, é importante colocar que, para além de procurar verdades, ou comprovar teorias, a idéia da pesquisa, consoante com os seus objetivos, é promover diálogos que favoreçam a ampliação do conhecimento acerca da situação atual das práticas em saúde mental no município de Porto Alegre. Não se quer uma produção estéril<sup>6</sup>. Interessa a possibilidade de sistematizar conhecimentos que possam ser úteis para a atuação em saúde e que devolvam à ciência a capacidade de produção estética da vida, levando em conta a arte e o cotidiano com seus diversos planos de racionalidade (Ceccim e Ferla, 2006).

Como coloca Morin (2002):

O saber é, primeiro, para ser refletido, meditado, discutido, criticado por espíritos humanos responsáveis (...) hoje, nós, indivíduos, nos vemos privados do direito à reflexão (...). As teorias científicas não são o puro e simples reflexo das realidades objetivas, mas os co-produtos das estruturas do espírito humano e das condições socioculturais do conhecimento. (pp. 136-137).

O conhecimento é, então, algo produzido nas relações e implica a tradução de estímulos externos e a reconstrução mental desses estímulos pela percepção e depois pela expressão de palavras, idéias e teorias. A partir disso, negando a idéia do conhecimento como reflexo da realidade, salienta-se a importância de considerar os instrumentos a serem utilizados para compreender a realidade e sistematizar conhecimentos (Morin, 2007a).

A construção de conhecimentos e de verdades é sempre específica e constituída a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes (P. K. Spink, 2003). Assim, a consideração dos instrumentos revela a especificidade dos estudos e das escolhas do pesquisador que, nesse caso, deseja

---

<sup>6</sup> No sentido de que impeça a criatividade e a fecundidade de relações.

contribuir com a problematização de práticas em saúde mental que foram naturalizadas, impossibilitando estranhamentos e rupturas com o habitual.

A desfamiliarização através de possíveis rupturas com o habitual leva a deslocamentos e a mudanças nos modos instituídos, apontando para um contexto com características de provisoriedade, dinamismo e especificidade. Essas características podem ser observadas em qualquer questão social, o que indica que o objeto das ciências sociais é prioritariamente qualitativo. A ciência é uma forma de expressão da busca pelo conhecimento e, para isso, elaboram-se teorias, métodos, princípios e resultados, mas também se inventa, se muda de caminho e se assume que o conhecimento é aproximado (Minayo, 2007). É aproximado, pois se refere a saberes produzidos em determinados contextos. Isto é, ele versa sobre experiências e modos de organização sociais que se colocam em dados momentos históricos. Acredita-se em uma construção do conhecimento junto às práticas e na possibilidade de contribuir com produção de saberes que favoreçam processos emancipatórios.

Dito isso, justifica-se o uso de uma abordagem que privilegie o entendimento de método como estratégia criativa para compreensão do objeto de estudo, desenvolvida através da pesquisa de campo. Não se refere, neste trabalho, à pesquisa de campo tradicional com a visão de ‘campo’ presente nos trabalhos da antropologia ou da sociologia (na qual o campo era considerado como o lugar onde o pesquisador ia para fazer seus estudos), mas sim à proposição de um “campo-tema”. Conforme sugerido por P. K. Spink (2003), esse método advém de uma convicção de que podemos exercer ações que atestam a relevância, a responsabilidade e o compromisso da Psicologia Social.

Nessa perspectiva, acredita-se na possibilidade de favorecer aproximações de diferentes saberes e conhecimentos de forma que outros possam conectá-los com outras idéias num processo solidário. Para tanto, ao se pensar em pesquisa, delimita-se um tema central, o qual é circundado de assuntos afins e esses, por sua vez, conduzem o pesquisador pelo campo de pesquisa:

O campo (...) é um processo contínuo e multi-temático no qual as pessoas e os eventos entram e saem dos lugares, transformando-se em versões e produtos que também são feitos por pessoas e utilizados por pessoas em diálogos que podem ser lentos e distantes, mas mesmo assim acontecem (P. K. Spink, 2003, pp. 23-24).

Para efetivar o presente estudo, definiu-se como tema central as práticas atuais em saúde mental e, a partir disso, o campo-tema foi sendo composto por tantos espaços quantos foram os assuntos que surgiram relacionados às práticas de saúde mental.

Esse método de investigação promoveu contínuas inserções em espaços de produção e discussão das práticas em saúde mental. Tal experiência transcendeu a observação convencional de uma coleta de dados, pois implicou a participação nesses espaços. A abordagem de cunho participativo contribuiu para a efetivação de processos dialógicos, possibilitando a problematização das práticas na articulação dos contextos da academia com os demais espaços propiciados pela lógica do campo-tema.

Aparece, dessa forma, a importância do estabelecimento de interlocuções de diferentes saberes em diferentes contextos, o que corrobora a opção por abordagens participantes na produção de conhecimentos que tenham como mote o planejamento, gestão e avaliação de políticas sociais (Scarparo, 2006). Acredita-se que os resultados de estudos como esse possam orientar ações coletivas e subsidiar escolhas quanto ao uso e o destino político do saber produzido.

A escolha do método e do tema central de pesquisa levou à busca por espaços de inserção, possibilitando encontros e intensificando contatos. A partir disso teve lugar o primeiro espaço de inserção no campo-tema, através do contato com um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de Porto Alegre, o qual buscou o grupo de pesquisa, solicitando que se pudesse pensar coletivamente questões relativas às práticas em saúde mental.

Isso possibilitou o início da produção de reflexões junto a um serviço municipal da rede de atenção em saúde mental, contribuindo para o alcance dos objetivos da pesquisa e abrindo espaço para a entrada no campo-tema, o que gerou novos campos de inserção que possibilitaram a criação de caminhos não definidos previamente.

A partir disso, ficou definida como estratégia de pesquisa a movimentação pelo campo-tema por um período de dez meses através da inserção, inicialmente, no SRT, participando quinzenalmente das reuniões de equipe, e, consecutivamente, em outros espaços de acesso público que promovessem diálogos sobre o tema, como congressos, fóruns e conselhos. Outros espaços também foram visitados e integraram a pesquisa na medida da inserção no campo e do conhecimento de suas especificidades e articulações.

Ocorreu, ainda, no decorrer do processo de pesquisa, a solicitação da equipe do SRT de um retorno mais específico com relação às percepções oriundas da inserção

junto ao serviço. Efetivaram-se, portanto, dois momentos de devolução para a equipe que também compuseram o *corpus* de análise.

### *3.1 Participantes*

Participaram da pesquisa: trabalhadores, gestores, usuários, estudantes e outros que estiveram inseridos nos espaços percorridos de interlocução sobre o tema Saúde Mental. O campo-tema foi se definindo ao longo do processo de investigação e se efetivou nos seguintes espaços:

- 22 Reuniões de equipe de um SRT.
- 9 Reuniões da Comissão de Políticas Públicas (CPP) do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS).
- 6 Reuniões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).
- 1 Reunião da Comissão de Saúde Mental (CSM) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre.
- II Seminário de Reabilitação Psicossocial – Instituto Psiquiátrico Forense (IPF).
- Seminário: “As Interfaces no Cuidado em Saúde Mental”.
- Seminário : “Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”.
- Encontro Estadual das Associações de Usuários da Saúde Mental: “Construindo autonomia na busca de novos protagonismos possíveis”.
- Palestra proferida na II Semana Acadêmica Integrada dos Cursos da Saúde da UNISC: “Transdisciplinaridade: desafios da saúde coletiva”.
- Audiência Pública pela ampliação da rede de saúde mental e aumento dos leitos em hospitais gerais.
- 5º Mental Tchê: “Saúde mental e atenção básica: um encontro no cuidado integral”.

### *3.2 Procedimentos para coleta de dados*

Os dados foram coletados através do uso do diário de campo, de gravações e também do uso de documentos de domínio público gerados nos lugares percorridos.

O diário de campo é uma técnica de registro de dados considerada como o instrumento mais básico e essencial de registro de dados do pesquisador de campo. Ele deve ser um registro fiel e detalhado de cada visita a campo, mantendo a lógica de um diário de viagem (Victora, 2000).

Utilizou-se sistematicamente o diário de campo desde o primeiro momento de inserção no campo até a fase final da pesquisa. Os dados foram registrados do modo mais detalhado possível, de forma a garantir riqueza do material coletado. Minayo, Deslandes e Neto (1996) apontam que o diário de campo é “um ‘amigo silencioso’ que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas” (pp. 63-64).

Os documentos de domínio público utilizados tiveram origem em alguns dos campos percorridos, compondo os seguintes materiais: atas, fôlderes, cartas-convite, textos preparatórios e relatórios. M. J. Spink (2000, pp. 136-137), tratando da análise de documentos de domínio público, aponta:

Como práticas discursivas, os documentos de domínio público assumem formas diferentes (...). Tudo tem algo a contar, o problema maior é aprender a ouvir. A escolha de material pode ser feita a partir de uma análise inicial do campo (...); ou pode emergir de forma mais aleatória a partir daquilo que se apresenta. O acaso é um elemento importante e nunca deve ser descartado; os pesquisadores de campo da produção de sentidos aprendem a ser catadores permanentes de materiais possivelmente pertinentes.

Por fim, os encontros sistemáticos no SRT foram gravados e foi realizada a escuta de cada uma das reuniões gravadas, tornando mais ricos os registros nos diários de campo e o diálogo com os demais materiais coletados.

### *3.3 Questões éticas em pesquisa*

O projeto da dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, tendo sido aprovado conforme Anexo no final do trabalho.

Com relação aos integrantes do SRT, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice ao final) informando dos objetivos da pesquisa, da garantia de sigilo com relação aos dados obtidos, da garantia de esclarecimentos sobre a

pesquisa durante sua realização e da garantia de entrega de uma cópia do trabalho no final.

Também foi solicitada à Coordenação do SRT uma Carta de Autorização para a realização da pesquisa no local, a qual foi entregue juntamente com o projeto para o Comitê de Ética supracitado.

Com relação aos demais espaços de inserção, por serem de acesso público, não foram necessárias solicitações de consentimentos para a realização dos registros.

### *3.4 Procedimentos para análise dos dados*

Com base nos estudos da produção de sentidos no cotidiano, o levantamento dos dados coletados na inserção no campo-tema permitiu a análise das práticas discursivas produzidas nesse espaço. O conceito ‘sentido’, nessa linha, é concebido como uma construção dialógica, pois todo enunciado é resposta ao enunciado que o precedeu, situando-se, portanto, no espaço da intersubjetividade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (M. J. Spink, 2000).

Com foco no contexto dos sentidos associados às práticas em saúde mental, a pesquisa “é necessariamente um empreendimento sócio-histórico e exige o esforço transdisciplinar de aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve (...) o fenômeno social” (M. J. Spink, 2000, p. 53). Na lógica do pensamento complexo (Morin, 2007a) e de acordo com a proposta da produção de sentidos no cotidiano, buscou-se realizar a análise das práticas discursivas como possibilidade de estabelecer processos dialógicos, ou seja, de conhecer as relações que se estabelecem entre os dados, aproximando conhecimentos distintos, identificando sentidos e, recursivamente proporcionando a criação de novos discursos, novas práticas e novos sentidos no cotidiano.

As práticas discursivas são uma das correntes voltadas ao estudo da linguagem (Spink & Frezza, 2000) e “conversar é uma das maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano (...) as conversas são práticas discursivas, compreendidas como linguagem em ação” (Menegon, 2000, p. 224). Como colocado, recursivamente, ao mesmo tempo em que as conversas, as linguagens em ação, produzem sentidos no cotidiano, esses, por sua vez,

também produzem os certos modos de conversar necessários para que se dê a produção de sentidos das vivências cotidianas. Assim:

As práticas discursivas, (...) implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (P. K. Spink, 2003, p. 38).

Dentre os diversos materiais coletados, foi realizada a análise detalhada de cada prática discursiva tomando-se respectivamente cada material conforme a ordem citada no item 3.1 (participantes da pesquisa) de forma a conhecer os sentidos associados às práticas em saúde mental expressos por esses discursos coletados. Assim, primeiro analisou-se os materiais do SRT, depois das reuniões da CPP e assim por diante, analisando-se todos os materiais levantados.

Buscou-se, com isso, a compreensão de cada dado na perspectiva do holograma, isto é, entendendo-o como parte do todo que contém em si a inscrição deste (Morin, 2007a). Dessa forma, alcançou-se uma síntese temática das conversas, o que possibilitou a criação de temas de sentidos. Esses foram descritos e exemplificados com trechos extraídos dos materiais e analisados com base nos discursos, gerando conhecimento dos sentidos associados às práticas em saúde mental (Menegon, 2000). Esse modo de análise acabou por brindar em si a perspectiva da integralidade, uma vez que não partiu de definições *a priori*, mas atentou para as especificidades do processo em contexto.

Assim se construiu a análise, partindo de questionamentos e inquietações da autora para uma inserção no campo-tema que buscou, para além de conhecer os sentidos das práticas em saúde mental, a ampliação do conhecimento de si, das relações e dos contextos, gerando processos de aprendizagens contínuos, onde o aprender e o ensinar têm a ver com a união de operações intelectuais e afetivas (Ceccim e Ferla, 2008/2009) ou, como coloca Morin (2009), com a união da razão e da paixão.

## 4. PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

A escolha do método possibilitou a inserção da pesquisadora em espaços de desenvolvimento e reflexão de práticas em saúde mental, que a afetaram, assim como, recursivamente, foram afetados por ela, permitindo a aproximação e a construção de diferentes saberes. Essas aproximações são apresentadas através de ‘temas de sentidos’, resultantes da análise dos registros dos discursos produzidos no transcorrer do percurso pelo campo-tema.

Os temas de sentidos expressam a problematização das práticas em saúde mental em suas interfaces com a perspectiva da integralidade, com base no pensamento complexo. Busca-se a realização de diálogos que promovam a compreensão dos contextos e possibilitem a criação e transformação permanente de práticas que garantam processos de inclusão da saúde mental.

Assim, apresenta-se quatro temas de sentidos que, apesar de separados, são constantemente associados, de modo a não perder de vista a complexidade das relações. Hologramaticamente compreende-se que cada parte tem a inscrição do todo em si e, portanto, cada tema de sentidos tem condições de representar ou de refletir aspectos também presentes nos demais. Com isso, cada exemplo selecionado pode representar, ao mesmo tempo, vários temas dependendo da relação que se busque estabelecer indicando a abertura para incessantes análises e compreensões.

A problematização segue, então, através dos seguintes temas de sentidos: **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Participação da Comunidade, Interdisciplinaridade e Linhas de Cuidados em Saúde Mental.**

### *4.1 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*

O primeiro tema de sentido refere-se à área da gestão responsável por prover recursos, equipamentos e informações necessárias para a execução das ações em saúde, aludindo à responsabilidade pela garantia da oferta e da manutenção de condições que possibilitem a realização de trabalhos, articulando os diversos setores.

Articulações e garantias, associadas ao cuidado em saúde, remetem a noção de integralidade (Mattos, 2001). A importância desse tema se deve ao fato de que os

discursos e as observações no campo-tema apontaram para um contexto, no qual o desenvolvimento das práticas em saúde mental é marcado por descontinuidades e fragmentações, colocando-se como desafio às práticas de integralidade.

Não se quer aqui legitimar as tecnologias ‘duras’<sup>7</sup> da administração aplicando-as a saúde, mas complementarmente trazê-las ao diálogo para alertar sobre as necessidades que se apresentam na organização e realização dos trabalhos na saúde, como são sentidas pelos trabalhadores. Assim expressa uma fala:

*além do amor pelo trabalho tem que ter instrumental para poder trabalhar.*

Outra pessoa lembra que um CAPS-ad já foi fechado por inadequação do espaço físico (...).

Essa situação, vivenciada no cotidiano dos trabalhadores, mostra um contexto que envolve descontinuidades na garantia de instrumentos para o desenvolvimento do trabalho. O pensamento complexo leva à compreensão de que o conflito e a desordem são constituintes da sociedade e, dialogicamente, podem levar a transformações, modificações ou destruições a partir das interações que se produzirem (Morin, 2002).

Os movimentos de criação de novas práticas em saúde mental, em interação com os modelos tradicionais, tornam possível a visibilidade da convivência de modos opostos de perceber os temas relacionados à área. Se por um lado há novos saberes, oriundos do movimento da reforma psiquiátrica, já previstos nas políticas de saúde mental (Política Estadual de Saúde Mental, 2009; Política Nacional de Saúde Mental, 2009), por outro ainda observa-se que não há conhecimento e informação sobre o que seja a saúde mental e que necessidades ela implica:

Alguns colocaram que muitas vezes os gestores não entendem o que é Saúde Mental e não sabem como organizar os serviços (...).

(...) percebi que os estudantes ‘estranharam’ o tema. Pareciam desconhecer as práticas atuais da saúde mental na saúde coletiva. De fato, colocaram que têm se focado no estudo das práticas psicológicas tradicionais.

Tanto em espaços de gestão, como em espaços de formação e, diga-se, de futuros profissionais, ainda observa-se a área da saúde mental à margem dos debates sociais. Um dos fatores que influencia essa situação é o preconceito, por séculos

---

<sup>7</sup> Associação aos conceitos trabalhados por Merhy (1997) sobre tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras referem-se a equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e normas instituídas, as segundas a saberes bem estruturados como a clínica médica, a clínica psicanalítica, o taylorismo e outros, e as terceiras às relações nos processos de trabalho, tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e outros.

associado à área, afastando a sociedade, os profissionais e os familiares dos debates sobre tema (Venetikides, Maceno, D'Angelis & Valentini Jr, 2001). Assim, esse desafio tem se colocado em um processo recursivo, no qual, o desconhecimento/desinformação leva a posturas de preconceito, as quais, por sua vez, dificultam a aproximação ao tema impedindo maior conhecimento do mesmo. Assim, ainda observam-se posturas de exclusão das pessoas com transtornos mentais:

Fala-se sobre os maus tratos que eles (usuários) sofrem em bancos, serviços de saúde, ou outros, que deveriam estar preparados para receber, com algum diferencial, esse tipo de público, que apresenta necessidades específicas.

(...) reflete sobre as dificuldades da internação psiquiátrica no hospital geral, principalmente porque é perceptível que os outros trabalhadores não querem se envolver com as adversidades da doença mental.

É expresso o preconceito sentido pelos usuários como colocou um participante: *“O Prefeito de lá disse que a nossa sede era muito central, que deveria ser mais afastada”*.

Além do desconhecimento, ainda parecia que muitos não estavam interessados no assunto, mostrando que a clínica, no modelo individual/privado, ainda parece prevalecer no ensino aliado ao preconceito ligado às questões da saúde pública.

Dialogicamente, a convivência dos novos saberes na área da saúde mental, com as posturas tradicionais de rejeição ao tema, aponta a necessidade de ampliação dos debates sobre o assunto, aumentando o acesso a informações na área, o que pode gerar novas articulações que dêem origem a novos posicionamentos perante o assunto (Morin, 2002). De acordo com a proposta do tema de sentido ‘gestão do trabalho e da educação na saúde’, a informação é parte importante do processo para que os fluxos possam ter continuidade. Como mostram os exemplos, considerando a perspectiva da integralidade, é importante que isso se dê, não só na área da saúde, mas para a sociedade em geral.

Esses movimentos podem auxiliar a trazer à tona a noção da integralidade, na lógica da complexidade, que indica que o cuidado envolve atores de diversos setores e que a responsabilidade pelas mudanças sociais é inerente a todos. Ultrapassando as fronteiras da área da saúde, a integralidade mostra-se ferramenta importante para que se pense em mudanças sociais mais contundentes (Alves, 2001).

Essa situação mostra a importância da promoção de espaços dialógicos entre diferentes instâncias, pois ao invés de negar esses conhecimentos, que não incluem as necessidades da área da saúde mental, a dialógica propõe a composição, a complementaridade dos antagônicos, ampliando as possibilidades de construção de novos saberes (Morin, 2001). A questão da co-responsabilidade pelo cuidado relaciona-

se também á idéia da interdisciplinaridade, a qual será abordada no terceiro tema de sentidos.

Em função do desconhecimento e do preconceito referidos, outra manifestação dos discursos indica a ocorrência de que muitos serviços são compostos a partir de condições mínimas de funcionamento e sem levar em conta as necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental. Mantêm-se assim as características da descontinuidade, instalando-se os serviços com estruturas físicas inadequadas e precárias para o desenvolvimento do trabalho. As falas apontam:

(...) informa que foi visitar a casa para onde provavelmente irão se mudar. Diz que está horrível e em péssimas condições.

(...) fala da situação de um serviço substitutivo que está com ratos.

Um(a) participante refere que (...) a ampliação da casa deve ser considerada, pois é o conjunto das coisas que possibilita o melhor tratamento ao usuário, sendo que as condições do ambiente físico são importantes.

(...) foram comprados colchões, através de licitação, mas os colchões são maiores que as camas. Discutem-se alternativas para tentar solucionar o problema (tentar trocar em outras lojas, mandar diminuir em loja de estofados, etc.).

(...) coloca que fisicamente o estabelecimento precisa ser visto, pois há deslizamento de terra no local.

Há um cansaço geral e inclusive comentários do tipo “*será que é o calor?*” Percebo que a sala está muito quente. Não há cortinas nas janelas e o sol bate diretamente nas pessoas. Há apenas um ventilador no teto, o qual não gera muito efeito e faz muito barulho. Além disso, há poucos sofás e as pessoas acabam tendo de sentar-se muito próximas. Calor, desconforto e poluição sonora.

Novamente, as difíceis condições de trabalho apontam para um panorama complexo, que compreende que os processos sociais não ocorrem em uma linearidade histórico-cronológica ou através de consensos, mas, ao contrário, eles se produzem e são produzidos de acordo com o princípio da dialogicidade, considerando sempre a existência de dimensões antagônicas e complementares (Morin, 2001).

Fica marcado que o município vivencia um período de transições, no qual, ao mesmo tempo em que há movimentos e construções, há também muito a ser batalhado para que se dê continuidade aos avanços na área e para que sejam viabilizadas condições de práticas de integralidade, que se empenhem em identificar as necessidades dos grupos e responder da melhor forma a elas (Mattos, 2001). A Reforma Psiquiátrica, formulada enquanto política nacional de saúde mental, parece, dessa forma, estar sendo desconfigurada pelos atravessamentos presentes na implementação das ações, colocando em risco suas formulações originais (Nunes, 2009).

Assim, a gestão do trabalho e da educação na saúde, associada às noções da integralidade, pode ser entendida como processo complexo, que ocorre através de descontinuidades e considera a existência da imprevisibilidade (Morin, 2001). Dialogicamente, traz também a idéia de planejamento, que pode auxiliar na construção e definição de uma ‘imagem objetivo’ (Mattos, 2001). Essa imagem serve para que se vislumbre um novo contexto com as características que se quer alcançar e, com isso, se crie formas e movimentos que conduzam a esse objetivo.

Um desses objetivos, na temática da pesquisa, vem do desejo da construção de práticas de integralidade em saúde mental. Para isso, o diálogo entre os diferentes saberes, presentes nos espaços percorridos do campo-tema, colabora, apontando saídas criativas e novas possibilidades de articulação, frente aos contextos de descontinuidade e fragmentação vivenciados.

Outro ponto do contexto em que se inserem as referidas práticas aponta para o sentimento de desvalorização do trabalhador frente a vínculos de trabalho precários, falta de garantia dos direitos dos trabalhadores e baixos valores de remuneração:

(...) iniciam (...) queixas quanto às formas de remuneração e baixos valores.

Um(a) trabalhador(a) queixa-se dizendo ter direito a 110% de insalubridade e informa sobre ter precedentes no Estado.

(...) informa sobre a precariedade na contratação, que está ocorrendo por meio de consórcios intermunicipais de saúde.

Esses fatores, associados às difíceis condições de trabalho, dão visibilidade a um contexto que não oferece muitos espaços, no cotidiano, para o acolhimento dos desejos e das necessidades dos trabalhadores. Assim, suas motivações acabam não sendo incluídas nos processos de trabalho, levando a participações aparentemente desinteressadas e de pouco envolvimento com o trabalho.

(...) aproveita para falar (...) que é dever de todos anotar as intercorrências nos prontuários que estão, em geral, incompletos.

(...) na maioria das vezes são as mesmas pessoas que fazem a ata.

Por outro lado, a circulação pelo campo-tema, possibilita a observação de que há trabalhadores que, mesmo com todas as contingências apresentadas, conseguem expressar seu envolvimento e identificação com o trabalho:

(...) pede para tirar fotos do grupo enquanto fala de sua trajetória profissional e pessoal, expressando sua satisfação com o trabalho.

(...) salienta a necessidade de ter amor no que faz, integrando práticas e teorias.

O que se observa, a partir disso, é a coexistência de distintas formas de posicionamentos e inserções dos trabalhadores que, dialogicamente, apontam para carências e necessidades dos trabalhadores. Pode-se pensar, com isso, a emergência de outro sentido de integralidade: como a necessidade de ampliação de espaços de articulação entre os trabalhadores.

Uma forma de contemplar essas necessidades pode ser a estratégia da educação permanente em saúde. É uma alternativa possível, pois considera o cotidiano das práticas como espaços potenciais para processos de transformação (Ferla, Leal & Pinheiro, 2006). Utilizando a expressão de Ceccim (2005), que se refere aos trabalhadores como ‘coletivos organizados de produção da saúde’, pode-se pensar na articulação de grupos que tenham por objetivo refletir sobre os processos de produção de saúde, através da educação permanente em saúde. Essa se mostra uma estratégia viável, pois, levando em conta as forças de manutenção das tendências ‘administrativistas’, das racionalidades hegemônicas e das verticalidades, contra as tendências construtivistas, disruptivas e das linhas caóticas de auto-organização, ela abre planos de experimentação e de desejo (Ceccim, 2005).

Assim, espaços dialógicos podem promover reflexões sobre as práticas e, recursivamente, reflexões sobre os modos de inserção dos trabalhadores que irão produzir e serão produzidos cotidianamente por essas práticas. Dessa forma, os trabalhadores, inserindo-se em espaços de produção de saberes, ganham mais força, reconhecem-se melhor em suas potencialidades e alcançam melhores condições para enfrentar os desafios cotidianos (Ceccim, 2005). Esse assunto remete também ao tema de sentido ‘Interdisciplinaridade’, que trata de encontros e articulações entre os trabalhadores que compõe equipes multidisciplinares, e será abordado após o tema ‘Participação da Comunidade’.

Na lógica da integralidade, os debates podem ocorrer entre os grupos de trabalhadores, mas, hologramaticamente, prevêm a extrapolação de suas fronteiras, passando a implicar também gestores e usuários na busca de superação das contingências colocadas (Ceccim, 2005). Muitos espaços de diálogos foram vivenciados no período de inserção no campo-tema, mostrando lugares possíveis de arejamento e reflexão sobre as práticas. Seguem alguns exemplos:

Um(a) trabalhador(a) comenta o Seminário ocorrido pela manhã.

Um(a) trabalhador(a) fala de um seminário (...) no qual ele(a) foi convidado(a) a falar sobre a experiência do SRT (...).

Um(a) integrante compartilha a participação no congresso de AT (...). Seguindo, um(a) trabalhador(a) fala da mostra humaniza SUS que está acontecendo na ESP-RS estendendo o convite a todos.

(...) a CPP optou por organizar 6 eventos em 2009, entre Porto Alegre e interior, com a temática "Álcool e Drogas", além das 3 Capacitações do Controle Social.

Um(a) participante fala sobre a importância de se batalhar para criar espaços de educação permanente.

Foi determinada a formação de um Grupo de Trabalho responsável pela discussão sistemática da situação de cada paciente em condição de desligamento e pela proposição de ações que promovessem a sua reabilitação psicossocial. (...) A capacitação dos diversos profissionais envolvidos é uma das ações estratégicas na construção deste projeto.

O Mental Tchê, além de proporcionar reflexões sobre o contexto em geral em que se encontra a reforma psiquiátrica no Estado, possibilita encontros entre trabalhadores, gestores e usuários, enriquecendo os debates.

Os discursos mostram a existência de espaços de reflexão que podem ser aproveitados para fortalecer as reivindicações na área, gerando movimentos solidários que possibilitem maior expressão das necessidades coletivas para o trabalho em saúde mental. A aposta nos encontros, como geradores de transformações, abre espaço para inúmeras configurações e criações de movimentos que podem buscar incluir, na agenda dos serviços, maiores espaços de cuidado com os trabalhadores integrados às práticas cotidianas (Pinheiro & Mattos, 2001).

Finalizando o ponto, cabem ainda algumas associações do tema de sentido em relação ao termo 'logística'. Para a administração, a finalidade da logística é garantir o menor custo possível dos processos como um todo, do início ao fim, para conseqüentemente aumentar o lucro para os administradores (Dornier, Ernst, Fender & Kouvelis, 2000, p. 39). Remetendo o conceito ao contexto da gestão pública em saúde, pode-se pensar que essa também deve visar o lucro, porém, o lucro na moeda da satisfação, e não para uma pessoa, ou grupo, mas para toda uma sociedade. Isso deve resultar na expressão da oferta de serviços públicos de saúde com qualidade.

Por outro lado, da mesma forma deve preocupar-se em otimizar os recursos e usá-los de modo racional visando a realização de processos sustentáveis na oferta planejada dos serviços de saúde. Sabendo-se das inconstâncias e incertezas que marcam os processos sociais (Morin, 2002), deve-se, ainda, incluir no planejamento o investimento em ações que levem em conta o desejo e a possibilidade de invenção nos processos de trabalho. Isso pode melhorar tanto as condições de saúde dos

trabalhadores, como, recursivamente, dos usuários que recebem os efeitos da organização dos serviços, ao mesmo tempo em que a influenciam.

Assim, a idéia da logística na saúde, refere-se não apenas à lógica da redução de custos, mas, principalmente, à lógica da garantia do cuidado integral, pois, quanto mais abrangente e resolutiva for a atenção em saúde desde as primeiras necessidades que possam surgir na vida de cada pessoa, maiores são as chances de satisfação e de qualidade nos processos de vida. Os processos assim colocados, em acordo com os sentidos de integralidade, implicam vários atores nos processos associados à logística, isto é, à formulação e à avaliação das práticas e políticas de saúde.

Como colocado, os trabalhadores são parte fundamental na organização dos processos de saúde, mas, hologramaticamente, devem estar ligados ao todo para que possam ganhar sentido. Essa ligação salienta a importância da participação de outra parte inerente do todo: a comunidade. Na proposta da integralidade, que traz a noção de co-responsabilidade, os usuários, da mesma forma que os trabalhadores, estão implicados com os processos de mudanças coletivas e sociais. Fica evidente que, se os trabalhadores apresentam sofrimento em função das condições precárias de trabalho, os usuários, foco da formulação e organização dos serviços, são também atingidos, por fazerem parte do todo.

Assim, a união das demandas dos trabalhadores, às demandas dos usuários, corroborando a idéia da integralidade e da complexidade, pode gerar espaços potentes de transformação dos contextos atuais, projetando novas propostas em direção a práticas de integralidade em saúde mental. O próximo ponto de sentido refere-se, então, as vivências no campo-tema relacionadas aos movimentos de participação da comunidade na gestão do SUS.

#### *4.2 Participação da Comunidade*

A participação da comunidade, instância definida pela Lei Federal nº. 8.142 (1990), é uma das conquistas resultantes das lutas pelas mudanças nos modelos e nas políticas de saúde iniciadas na década de setenta (Moraes, 2006). No texto da Constituição Federal (1988), no artigo 198, está descrita a participação da comunidade, como uma diretriz organizativa do SUS, junto à descentralização e ao atendimento integral. A garantia de abertura, para a participação da sociedade, e a multiplicação dos

centros de decisão, pela descentralização, são formas de manter a lógica da democracia participativa, marca das lutas iniciadas no período anterior à Constituição (Moraes, 2006).

A partir disso, tomam forma as possibilidades de participação da sociedade, responsável pela formulação de estratégias e pelo controle da execução das políticas de saúde. Assim, mostra-se a ocupação de espaços de acompanhamento e avaliação de ações na saúde mental e a presença de conselhos, como o de psicologia, no debate das políticas de saúde mental:

Fala-se sobre os 20 anos do SUS e sobre a psicologia no controle social. São muitos os passos percorridos.

(...) encaminharam que os Conselhos Profissionais, juntamente com os Sindicatos farão uma vistoria no serviço de emergência do PAM III.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) quer tomar conhecimento do tipo de contratualização com os hospitais que estão prestando serviços psiquiátricos aos municípios, para posicionar-se frente à situação.

Mais do que controlar e fiscalizar ações, a participação na saúde, como prática de integralidade, refere-se à implicação, à participação e à construção coletiva de modos melhores de viver. Isso envolve, complexamente, a busca de articulações entre tantas áreas e setores, quantas forem necessárias para que se alcancem condições satisfatórias de vida.

Um(a) integrante informa que será criada uma Comissão das Associações de Usuários para que possam ter uma agenda com o Ministério da Saúde sobre as pautas de interesse dos usuários. Como no Rio Grande do Sul aconteceu (em 2009) o Encontro Estadual das Associações de Usuários de Saúde Mental, este grupo poderá solicitar junto à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a participação nesta Comissão.

(...) as associações de usuários e familiares da saúde mental ficam marcadas como espaços que buscam garantir acesso e tratamento adequado para cada situação (vale-transporte, consultas, medicamentos...), além de desmitificar a saúde mental e buscar espaços de inserção.

Essas participações são exemplos da complexidade das práticas de participação na saúde, pois mostram os princípios: dialógico, hologramático e recursivo. A dialógica se apresenta na luta, no tencionamento por mudanças na área, para incluir as necessidades da saúde mental nos contextos sociais. O holograma indica que todos fazem parte do todo, logo, estão implicados da mesma forma na luta por melhorar as condições de saúde de cada um e de todos. O princípio recursivo retoma o sentido de co-responsabilidade, inerente à integralidade, pois, assim como a organização dos

serviços de saúde afeta as pessoas, essas também afetam os modos de organizar os serviços (Morin, 2002).

A busca por melhorar as condições de vida dos usuários da saúde mental, através do envolvimento em espaços de participação, vai ao encontro de pressupostos do modelo de Promoção da Saúde, que preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde. O modelo aponta, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados. A partir disso, visa garantir condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Apesar de focar-se na abordagem socioambiental, buscando o controle sobre os determinantes do processo saúde-doença por parte de indivíduos e coletivos (o que parece limitar suas possibilidades de estabelecer relações com outras instâncias e, por vezes, basear-se na lógica problema-solução), o ideário da Promoção da Saúde vem introduzindo novos conceitos que incluem entre suas prioridades estratégicas a reorientação dos serviços de saúde e o fortalecimento de ações comunitárias, através da participação social (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Fortalecendo a idéia da participação popular, como prática de integralidade, a Promoção da Saúde propõe o compartilhamento de responsabilidades entre usuários, profissionais, instituições prestadoras e comunidade em geral nas atividades de planejamento e na implementação das ações em saúde. Para isso, aponta a importância de utilizar o empoderamento como ferramenta que leve a um projeto sanitário comprometido com a equidade social e a produção de sujeitos autônomos e solidários (Carvalho & Gastaldo, 2008).

O empoderamento reconhece, assim, a importância do agenciamento humano e prevê um aprendizado que torne os indivíduos e coletivos implicados na busca por enfrentar as raízes e causas da iniquidade social. É considerado um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados, ao mesmo tempo, buscando remover barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Assim, participação em articulações da sociedade civil, propicia o empoderamento individual e coletivo e favorece a circulação de recursos, de forma a garantir os direitos básicos dos cidadãos (Lacerda, Valla, Guimarães & Lima, 2006).

Além disso, os espaços de participação também dão sentido às vidas de muitos usuários, que passam a encontrar um lugar de inserção sentindo-se valorizados.

Percebe-se que os usuários que se vinculam às associações acabam se ‘encontrando’, pois se sentem úteis ajudando e envolvendo-se na busca por melhores condições (...).

Associa-se assim, ao conceito de empoderamento a noção de integralidade, pois está ligada a modos de agir que primam pelo estímulo à cidadania e por processos que, hologramaticamente, implicam todos na construção da saúde. Isso denota a importância dos espaços de participação social, que, conforme a vivência no campo-tema, vêm fazendo esforços para incluir mais atores, fortalecendo os avanços na saúde mental:

(...) o Conselho Regional de Psicologia (CRP) foi convidado a compor uma mesa que debaterá o assunto (Dependência Química) (...). Fala-se da importância de se convidar entidades (como as comissões municipal e estadual de saúde mental dos conselhos de saúde) para participar desse debate e também da organização do evento.

O presente encontro tem como objetivo trocar experiências sobre as diferentes formas de participação dos usuários (...) e o fortalecimento dos usuários enquanto protagonistas na construção da Reforma Psiquiátrica.

O estímulo ao protagonismo, resultado que se espera de processos de empoderamento, aparece como uma forma de garantir práticas de integralidade, através da participação e articulação de diversos atores. Em contrapartida, ao passo que movimentos de participação, empoderamento e articulações têm se desenvolvido, dialogicamente tem se colocado situações de estagnação, desempoderamento e fraqueza dos órgãos colegiados:

(...) relata que no CMS a reunião foi muito difícil, pois, mesmo com todas as queixas e colocações dos trabalhadores, a gestão teve um discurso evasivo do tipo “*vamos fazer algumas coisas*”, mas sem especificar o quê, quem e quando. Colocou que o CMS mostra-se desempoderado, pois mesmo sem seu consentimento as decisões seguem adiante.

(...) relata que a comissão de saúde mental (CSM) do conselho estadual de saúde (CES) avaliou e constatou que a Secretaria Estadual da Saúde (SES) não respeitou as deliberações do CES quanto ao cancelamento das capacitações sobre drogas (...) nem apresentou os documentos solicitados.

(...) na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) não foi considerada a deliberação da CSM-CES, que já tinha vetado os incentivos às comunidades terapêuticas.

(...) avalia que a CSM-CMS tem cumprido seu papel de analisar, propor, debater e o gestor não tem considerado o controle social, tendo em vista que o convênio foi assinado (...) independente da decisão da Plenária (...).

Fica marcado um contexto no qual, ao olhar para os espaços de democracia e de cidadania, assim como na Reforma Psiquiátrica, nota-se que ainda há muito a ser construído para superar os modelos antigos. Parece que ainda vigora “um modo de

operar em que as maneiras e valores tradicionais não perderam vigência” (Ceccim e Ferla, 2008/2009, p. 448). Com isso, coloca-se como importante desafio a busca por superar os modelos centralizadores, que operam na verticalidade, e que, conforme inúmeras experiências (Acioli, 2005; Côrtes, 2006; Ferla, Leal & Pinheiro, 2006), ainda têm se mantido.

Complexamente, compreende-se que é através da dialogia (convivência de processos de criação e construção, possibilitados pelas novas políticas, com processos de manutenção de lógicas tradicionais) que se torna possível a emergência de potencialidades criativas, em modos de produção contínuos e que acolham a incerteza e a não linearidade dos processos (Morin, 2001). Assim, aparecem possibilidades de superação dos antigos modelos, tanto pela manutenção, como pela ampliação dos espaços de participação social. Isso pode ser possibilitado, através de práticas de integralidade, que invistam na ampliação de processos de empoderamento, para que os espaços sejam ocupados politicamente pelos cidadãos, criando-se outros espaços híbridos com a sociedade civil (Ferla, Leal & Pinheiro, 2006).

A participação da comunidade, criando espaços híbridos de articulação na elaboração das políticas de saúde mental, pode contribuir para dar expressão às necessidades na área. Ao encontro dos sentidos de integralidade, essas necessidades não são supridas pela atuação isolada de um profissional da saúde, ou por um único serviço especializado (Mattos, 2001). Ao contrário, indicam a imprescindível importância da realização de articulações interdisciplinares e da organização de serviços em redes de cuidado, que garantam a continuidade da atenção conforme cada situação que se apresente. Seguem, dessa forma, os próximos temas de sentidos: a ‘Interdisciplinaridade’ e as ‘Linhas de Cuidados em Saúde Mental’.

#### *4.3 Interdisciplinaridade*

A articulação entre atores de distintos lugares, com diferentes saberes, como vem sendo colocado, mostra-se fundamental para a construção de práticas de integralidade que acolham e dêem visibilidade para as necessidades em saúde mental (Alves & Guljor, 2001). Assim, muitos têm sido os movimentos que estimulam mudanças nas formas de produzir saúde, através da busca pela realização de ações

intersectoriais e trabalhos interdisciplinares (Buss, 2000; Minayo, Buss & Hartz, 2000).

Da mesma forma expressam os discursos:

(...) trabalhar responsabilmente pela reabilitação psicossocial dos pacientes internos e egressos do instituto psiquiátrico forense é um desafio que exige um trabalho articulado de diferentes disciplinas e de diversos setores.

(...) os desejos e subjetividades são anulados em instituições carcerárias. Partindo disso, acredita que se deve olhar intersectorialmente para o tema, pois exige compromisso social, responsabilidade sanitária e envolve campos complexos e trabalho interdisciplinar.

(...) importância de discutir planos terapêuticos singulares, que não podem ser estanques e nem determinados só pela saúde, mas por vários setores junto ao usuário.

(...) fala sobre peculiaridades do caso e conclui falando da importância do trabalho interinstitucional (...).

Mostra-se, assim, que a integralidade, voltada para a produção do cuidado, da autonomia e do empoderamento dos usuários, deve utilizar-se de ferramentas como a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, o trabalho em equipe e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (Merhy, 2002).

O termo ‘interdisciplinaridade’ é utilizado como tema de sentido, pois muitos dos desfechos decorrem de aproximações e interações marcadas pelos modos como os saberes vêm sendo construídos, classicamente divididos em disciplinas (Morin, 2002). Isso coloca desafios a realização de práticas interdisciplinares:

(...) percebem desencontros na tentativa de realizar um trabalho interdisciplinar, pois “tem um ponto em que ninguém é responsável”.

Inicia-se um debate sobre o que seria de fato a interdisciplinaridade e até onde vai o compromisso de cada um.

O(a) palestrante reflete sobre o ‘adestramento na formação’ que não ensina modos coletivos de ação.

A interdisciplinaridade aparece como uma forma possível de aproximação das disciplinas na tentativa de integrar diferentes saberes (Siqueira & Pereira, 1995). O conceito é abordado por vários autores (Coimbra, 2000; Japiassu & Marcondes, 1991; Leff, 2000; Silva, 2002; Zabala, 2002), havendo convergência sobre suas definições. Em linhas gerais, refere-se à interação de duas ou mais disciplinas podendo ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua de conceitos. Envolve a noção de interconexão e colaboração entre diversos campos do conhecimento e do saber, incluindo instituições e atores sociais diversos, estabelecendo nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente.

Um outro conceito é formulado por Ceccim (2004) como proposta de superação dos modos fragmentados de conceber o trabalho. Refere-se à ‘entre-disciplina’. Com isso, indica que as práticas de cuidado devem se deslocar do eixo corporativo-centrado para o eixo usuário-centrado. Ou seja, no eixo corporativo-centrado, a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional individualmente, enquanto no eixo usuário-centrado a responsabilidade gerada é para com um projeto terapêutico. Interessa a associação interdisciplinar sem a subordinação a um único princípio organizador (ou disciplina) e sem hierarquização. Essa seria a zona de fronteira: a entre-disciplina.

Contribuem também os conceitos de campo e núcleo definidos por Campos (2000), sendo o primeiro referente aos saberes que perpassam as diversas profissões, e o segundo referente aos saberes específicos de cada disciplina. Ainda, *“Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciarão, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro”* (p. 221). Como colocado, quando o foco é o da entre-disciplina, a responsabilidade passa a ser compartilhada abrindo possibilidades para a construção de ações que contemplem as necessidades de cada projeto terapêutico (Ceccim, 2004).

Um espaço do cotidiano dos serviços de saúde, que possibilita a aproximação dos diferentes saberes, para a construção de ações que melhor respondam às necessidades dos usuários, seguindo o princípio da integralidade (Mattos, 2001), é a reunião de equipe ou os espaços de encontro entre trabalhadores. Apesar das discussões sobre a utilidade das reuniões de equipe, que por vezes se tornam cansativas e pouco resolutivas (Dall’Agnol & Martini, 2003), dialogicamente, elas podem servir de dispositivo para o redelineamento dos processos de trabalho promovendo debates e planejamentos criativos (Silva Júnior, Alves & Alves, 2006).

A pesquisa mostra que as reuniões entre trabalhadores podem produzir várias interações, como: a discussão das dificuldades no cotidiano dos serviços, a divulgação de informações relevantes (informes administrativos, divulgações de eventos<sup>8</sup>), a discussão de casos e a realização de acordos. Além disso, possibilitam momentos de confraternização e convivência, que são muito importantes, pois essa dimensão (a

---

<sup>8</sup> No tema de sentidos ‘Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde’ também são usadas experiências de divulgação e participação em eventos, como forma de mostrar a ocorrência de lugares possíveis de arejamento e reflexão sobre as práticas.

relacional) interfere diretamente no trabalho interdisciplinar (Dall’Agnol & Martini, 2003).

A equipe (...) discute dificuldades do cotidiano.

(...) são passados informes administrativos à equipe e então tem início a discussão de casos.

Um(a) trabalhador(a) inicia informes divulgando um encontro sobre saúde e justiça (...).

Um(a) trabalhador(a) informa sobre eventos que estão ocorrendo (discussões sobre o IPF, lançamento de filme que fala sobre o Hospital Psiquiátrico São Pedro) convidando quem puder a participar.

A reunião também serve para que fiquem mais bem distribuídas algumas tarefas e atividades.

(...) a reunião encerra-se com uma confraternização dos aniversariantes do mês.

(...) na próxima reunião haverá uma ‘discussão de caso clínico’, que será coordenada por dois trabalhadores.

Esses breves relatos indicam que reuniões de equipe podem facilitar a aproximação entre os trabalhadores, além de promover diálogos na busca pela criação de intervenções construídas coletivamente. A articulação entre os trabalhadores, como já mencionada no tema ‘Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde’, pode promover modos de organização dos serviços que facilitem a comunicação entre todos, através de acordos, como o de buscar uma linguagem comum que não gere informações desencontradas. Isso potencializa a equipe e gera modos integrados de fazer saúde no cotidiano, proporcionando relações de parceria entre os trabalhadores e os usuários, pois torna mais claras as combinações, que, em especial para usuários com transtornos mentais, são importantes formas de estabelecimento de vínculo. Contudo, alguns trechos mostram a dificuldade do exercício de uma clínica integral, na medida em que aparecem discursos de trabalhadores que falam ‘sobre’ os usuários e não ‘a partir’ deles:

A equipe segue na abordagem de como será feito esse acompanhamento de forma que todos tenham a mesma postura “*curto e grosso, ou melhor, curto e firme*”. Decide-se falar com a usuária ao final da reunião para clarear a questão em conjunto.

É colocada a importância de todos trabalhadores posicionarem-se de forma semelhante com a usuária.

(...) falam sobre um usuário que ofende os funcionários e lhes diz ‘bagaceiradas’, além de masturbar-se em locais públicos (...) é sugerido que todos da equipe tenham uma postura semelhante de ser firme ao lidar com ele e informar sobre o que é permitido e o que não é permitido (...).

Discutem outros casos buscando combinações semelhantes no manejo com os usuários.

A clínica sustentada na integralidade deve implicar em um nomadismo (Ceccim e Ferla, 2005), visto que deve haver disponibilidade para construção coletiva e abertura para mudanças. Assim mostra o exemplo:

Um(a) trabalhador(a) fala das combinações que está fazendo com uma usuária para planejar sua saída. A equipe concorda com os encaminhamentos pensando uma abordagem comum.

As práticas interdisciplinares, de combinações e arranjos entre trabalhadores e usuários, mostram-se, assim, ferramentas importantes da organização do trabalho e da construção coletiva de formas de cuidado apoiados na integralidade. A noção de interdisciplinaridade, na qual trabalhadores unem saberes para construir práticas de integralidade, deve partir da compreensão do processo saúde-doença considerando-o em seu caráter social, suas relações, as expressões afetivas, a cultura, a biologia, a economia e demais fatores que possam afetar os modos de vida (M. S. Brasil, 2005b). Com isso, os esforços para construir novas práticas de cuidado devem considerar a complexidade do processo saúde-doença, sua processualidade, suas descontinuidades e suas incertezas (Morin, 2001). Isso aproxima o sentido de integralidade à idéia da transdisciplinaridade.

A transdisciplinaridade nasce da crítica aos postulados da ciência moderna por estarem assentados na busca da separação do indivíduo da realidade observada, precisando ser superados, assim como as noções de continuidade, causalidade local, determinismo e objetividade. A partir disso, com base no pensamento complexo, ela busca a realização do diálogo entre todas as disciplinas, sem que se promova a sua homogeneização ou que se crie outra disciplina. Ela pretende que os objetos eliminem suas fronteiras e se deixem atravessar por outras disciplinas, opondo-se a qualquer forma de totalitarismo (Morin, 2002; Nicolescu, 2001).

Assim, a integralidade, na lógica da complexidade, pode ser fonte de inovação e realização de práticas transdisciplinares, que não descontextualizem os objetos em discussão, mas, ao contrário, dialoguem com eles tomando consciência de que, hologramaticamente, são também parte deles. Assim, complexamente, pensar atos de cuidado em saúde é pensar em contextos de vida e não em indivíduos separados de seu meio, como por séculos se procedeu com a saúde mental (Alves & Guljor, 2001; Amarante, 2001).

No campo das práticas em saúde mental, muitas experiências transdisciplinares, foram vivenciadas e evidenciadas nos discursos. Em acordo com a lógica da integralidade, essas experiências referem-se a espaços de reflexão, criação e

experimentação nas práticas em saúde, pensados por vários atores comprometidos com a identificação, mais abrangente possível, das necessidades dos usuários, conforme seus contextos de inserção (Mattos, 2001).

Discute-se o caso de um usuário que já apresenta condições de ir para um novo abrigo e considera-se importante avaliar, junto a ele, o que pensa e para onde quer ir, antes de determinar seu destino.

Um(a) trabalhador(a) traz a questão de uma usuária que já saiu do SRT e está em sua casa, porém está apresentando dificuldades. Fala que ela está confusa e agitada e a equipe avalia a necessidade de uma moradia com cuidador, pelo menos durante um período, já que a casa em que está precisa ser reformada. Decide-se trabalhar com ela essa possibilidade.

Fala-se de uma usuária que informa que não irá mais trabalhar, pois avalia que não vale à pena devido ao gasto que terá com o ônibus. A equipe consegue avaliar que a questão do trabalho para essa usuária era muito mais um desejo da equipe do que da usuária, que mostra não conseguir comprometer-se com a proposta. Decidem ajudá-la a tomar consciência que dessa forma ela terá menor condição financeira.

Começam a falar sobre a situação de alguns moradores que apresentam comportamentos difíceis de lidar. Um deles é o caso do usuário que construiu um cassetete com cabo de vassoura e o deixa ao lado da cama dizendo sentir-se mais seguro. A equipe observa que anteriormente ele era abusado e avalia-se que ele não está colocando em risco os moradores ou a equipe. Outro usuário tem o hábito de dormir pelado. A equipe refere nunca ter tido queixa sobre abuso ou assédio com relação a esse usuário, ficando combinado apenas que ele cuide para não se expor.

Passam para outro caso, de uma usuária que está querendo sair do SRT para ir morar junto a uma amiga, dividindo as despesas. Um(a) trabalhador(a) coloca ter percebido que havia exploração por parte dessa amiga e diz ter conseguido falar sobre isso com a usuária que reconheceu a situação. Passaram a pensar em outra hipótese levantada pela usuária que seria o aluguel de um apartamento de um senhor que, conforme percepções desse(a) trabalhador(a), parece confiável e realmente quer ajudar. A equipe avalia que vale a pena a experiência, pois ela encontra-se bem no momento.

Os pontos mais citados pelos usuários foram o carinho dos trabalhadores e o cuidado da equipe em fazer com que eles aprendessem a gostar de si (“aqui me ensinaram a gostar de mim e nunca me abandonaram”), a administrar seus recursos financeiros, a cuidar da administração da medicação e o acompanhamento na busca de seus direitos através do encaminhamento de benefícios.

O empoderamento para a tomada de decisão, o auxílio no estabelecimento de limites, o envolvimento afetivo e a busca de direitos mostram o esforço e o envolvimento dos trabalhadores em construir, junto aos usuários, planos terapêuticos que contemplem ao máximo as necessidades deles. A complexidade de cada contexto mostra o desafio da transdisciplinaridade. Em consonância com essa proposta, ainda colocam-se nas práticas a entrada de outros olhares, além dos trabalhadores, para desenvolver e pensar os processos de trabalho. É a abertura dos serviços à entrada de estagiários, de pesquisadores, de usuários ou de trabalhadores de outros serviços:

(...) é apresentado(a) um(a) novo(a) estagiário(a) da psicologia que realizará Acompanhamento Terapêutico (A.T.) com dois usuários do serviço.

O(a)s estagiário(a)s falam da idéia de aproveitar a assembléia geral (...) para fazer um fechamento ou “*encerramento festivo – afetivo*” já que culminará com o fim do estágio e também combinam a devolução dos estagiários (...).

Um(a) trabalhador(a) abre a reunião colocando que esse é o momento para que todos falem o que acham do trabalho do serviço.

(...) a equipe reservou o espaço para que eu apresentasse a devolução da pesquisa (...).

(...) um(a) jornalista de outro Estado, que está realizando um trabalho, irá visitar o serviço (...).

Essa abertura promove espaços de transdisciplinaridade, através de diálogos entre diferentes atores ampliando o conhecimento dos contextos das práticas, ao mesmo tempo em que, dialogicamente, permite a emergência de divergências de opiniões quanto aos modos de organizar e produzir saúde.

Aproveita-se para falar que uma usuária está comendo demais e ganhando muito peso e que, por isso, deve ter suas refeições mais controladas, podendo repetir apenas salada. (...) alguns(mas) integrantes falam perceber que por vezes se perde o ‘foco’ do trabalho, voltando ao controle dos corpos como instância de cuidado e distanciando-se da consideração ao desejo do usuário.

Um(a) integrante aponta os entraves que percebe para o estabelecimento de um processo terapêutico satisfatório, como, por exemplo, a realização de assembléias que envolvam mais os usuários: “que vão além de organizar escalas de limpeza”.

Um(a) integrante diz que ficar se preocupando com essas coisas concretas às vezes não faz sentido para os usuários. Acha que olhar para o ambiente e ‘ficar em cima disso’ é menos importante do que tentar descobrir o que há por trás. Sendo mais importante estar mais perto, mais junto.

Um dos modos de compreender as diferenças de posicionamentos em equipe baseia-se no conceito de ‘unitas multiplex’ (Morin, 2002). Esse compreende que cada integrante de uma equipe é ao mesmo tempo uno (é a equipe) e múltiplo (trabalhador com questões específicas de sua formação pessoal). As marcas que constituem a multiplicidade de cada trabalhador sempre terão origens distintas, tornando propícia a ocorrência de posições antagônicas. Isso, no entanto, não quer dizer que as transformações não sejam possíveis, ao contrário, a dialógica compreende que é na diferença que se produzem as possibilidades de criação (Morin, 2002).

Com relação aos espaços que colocam em cena idéias contrárias, Morin (2005) trabalha com a noção de ‘dialógica cultural’, colocando que idéias antagônicas podem gerar três resultados: um debate de idéias; a auto-reflexão com busca de novas soluções e/ou uma hibridização, isto é, uma síntese criadora entre idéias contrárias. É possível, dessa forma, que as diferenças de opiniões marcadas nos trechos acima resultem em novas estratégias de cuidado e de organização dos serviços.

Fica claro, novamente, que os diferentes posicionamentos partem de vivências e construções pessoais dos atores, embasados em diferentes formas de construção do conhecimento e em percepções distintas da realidade. Muitos dos fatores que incidem sobre os modos de perceber estão ligados à questão da formação acadêmica. Ceccim e Ferla, (2008/2009) referem que a formação dos profissionais de saúde tem mostrado resistências contra os avanços da cidadania em saúde, orientando-se por uma concepção pedagógica que centra as aprendizagens em hospitais universitários. Verificam-se, da mesma forma, experiências de ensino e, por conseguinte de práticas, baseadas no modelo tradicional, com práticas que privilegiam os saberes biomédicos em detrimento dos demais:

(...) os estudantes (...) colocaram que têm se focado mais no estudo das práticas psicológicas tradicionais. (...) mostrando que a clínica, no modelo individual/privado, ainda parece prevalecer no ensino (...).

(...) mesmo com as informações do(a) trabalhador(a) sobre a possibilidade de liberação dele (usuário), foi avaliado “prudente” deixá-lo mais seis meses vinculado ao Instituto Psiquiátrico Forense (IPF). A equipe revolta-se por achar a pena longa demais, considerando a medida como uma forma de legitimação do poder/saber médico.

Com base nisso, Ceccim e Ferla, (2008/2009) sugerem que educadores assumam posturas criativas de construção do conhecimento, buscando centrarem-se nas necessidades dos usuários, consideradas dinâmicas, social e historicamente construídas e que lutem pela ampliação do comprometimento dos profissionais e serviços pelo cuidado, contemplando assim, as perspectivas da integralidade e da transdisciplinaridade.

Nesse sentido, observa-se muitas experiências de produção de novos saberes/fazerem pautados pelas práticas de cuidado que primam pelo estímulo à autonomia dos usuários levando em conta suas necessidades subjetivas em acordo com o princípio da integralidade:

Um(a) integrante (...) diz que está tentando criar com eles (usuários), através de atividades de culinária e música, o desejo de envolver-se mais nas atividades do cotidiano (...).

Fala-se de um usuário que tem ampliado suas capacidades através do AT e que se mostra em condições de realizar algum trabalho, como de reciclagem.

Um(a) integrante fala sobre as oficinas de rádio que ocorrem no morro da cruz quinzenalmente, sugerindo que alguns usuários possam participar. A equipe gosta da idéia e avalia alguns usuários que possam participar.

Dialogicamente, a coexistência das experiências de formação inovadoras, com aquelas mais voltadas aos modelos tradicionais, resulta em manifestações de divergências entre grupos:

Fala-se da importância de que sejam criados espaços de formação, como a Residência em Saúde Mental fora do Hospital Psiquiátrico, mas o que alguns residentes observam é que não há consenso, principalmente para a medicina, diferente de outras áreas.

(...) o outro grupo solicitava que fossem retomados os investimentos hospitalares de modo a ampliar o número de leitos nos hospitais psiquiátricos, justificando que esses locais oferecem condições adequadas de tratamento para os *“doentes mentais”*. Indignados os integrantes do movimento pela luta antimanicomial colocaram: *“Não é mais uma questão de pensar onde deve ser investido o dinheiro público, é simplesmente uma questão de fazer valer a lei e colocá-la em prática”*.

Essas manifestações expressam o quanto ainda é incipiente o movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado, salientando, novamente, a necessidade de empoderamento dos usuários, e de ocupação dos espaços de participação social, para tencionar a rede atualmente estruturada, dando visibilidade a constituição de novas formas de cuidado na lógica da integralidade.

Abordados os fatores referentes às influências da inter e da transdisciplinaridade nas práticas dos serviços em saúde mental, parte-se então à discussão de aspectos ligados aos modos como se articulam esses serviços nas redes de assistência, as quais se mostram diretamente marcadas por todos os pontos de sentidos analisados até aqui.

#### *4.4 Linhas de Cuidados em Saúde Mental*

Muito do que já foi colocado nos demais pontos de sentidos corrobora a percepção de que seja fundamental a composição de serviços<sup>9</sup> em uma rede desenvolvida através de malhas de cuidados progressivos, isto é, através de conexões que busquem a garantia do suporte compartilhado, exercendo assim práticas que considerem a integralidade como princípio norteador dos cuidados em saúde (Alves, 2001). No mesmo sentido, a Política Estadual de Saúde Mental, (2009) coloca como propósito o avanço na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio

---

<sup>9</sup> Aqui são considerados os serviços de diversas áreas, não apenas da saúde, pois a intersectorialidade é um componente indissociável da integralidade. “Se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece (...)” (Alves, 2001, p. 169).

Grande do Sul, através de ações que potencializem a rede de saúde mental, fomentando serviços substitutivos ao modelo hospitalar.

Ceccim e Ferla (2006) trazem a concepção de ‘linhas de cuidado’, como forma de referir a articulação entre os serviços, para que seja garantida a integralidade da atenção através de cuidados continuados. Novamente remete-se à noção da coresponsabilidade pela produção da saúde, o que se liga aos princípios hologramático e recursivo da complexidade, pois implica a consciência de ser parte do todo e de afetar e ser afetado pelos modos de produção da saúde. Isso leva, necessariamente, à busca por realizar conexões que complementem as ações necessárias à resposta satisfatória em cada caso. Isso quer dizer que as ‘linhas’ levam à tecituras não estabelecidas previamente, assim como o percurso metodológico desenhado para a pesquisa, que se compôs durante a caminhada pelos espaços de inserção.

A composição de linhas de cuidado acaba, assim, reunindo características de todos os temas de sentidos analisados, pois envolve a gestão do trabalho e da educação na saúde (conta com articulação, logo também faz o esforço de unificar, de religar para dar fluxo), a participação da comunidade (a composição da rede deve se desenvolver especialmente com a participação da sociedade) e a interdisciplinaridade (redes são compostas de relações e, na lógica da integralidade, essas relações devem visar a transdisciplinaridade como forma de interações que não percam de vista as conexões com o todo e que circulem por onde seja necessário para que se dê sentido às interações).

Com isso, esse tema de sentido aborda os contextos de estabelecimento de linhas de cuidado integral em saúde mental, iniciando por mostrar como se faz presente a aposta no trabalho em malhas de cuidados progressivos, visto que muitas situações são encaminhadas em rede, para depois indicar alguns casos que prescindem de redes para que tenham suas necessidades atendidas.

(...) pensa que não se deve colocar no lugar de quem sabe tudo frente ao usuário, mas que se deve pensar no trabalho em rede e, quando fala em rede, fala no sentido de linhas de cuidados ininterruptos, como teias que amarram, que implicam, tanto usuários como profissionais.

E, para pensar na lógica do cuidado em rede, coloca que é necessário conhecer o território, não apenas geográfico, mas também existencial, para conhecer o que faz sentido nas ferramentas existentes no território. Fala do compromisso da equipe, da questão do vínculo e do uso dos dispositivos territoriais.

(...) discute-se o caso de uma mulher, 50 anos, escolaridade em nível superior, com diagnóstico de esquizofrenia s/especificação. O pai, 81 anos, é seu único cuidador e solicita ajuda, pois está com problemas cardíacos e teme falecer, preocupando-se em deixar a filha assistida. Um(a) trabalhador (a) coloca que a família deve manter-se vinculada ao serviço de saúde local, o qual deverá manter contato com o SRT informando das necessidades da família.

(...) na avaliação dos encaminhamentos. Falam sobre articulações com familiares, possibilidades de indicar cuidadores para alguns casos, formas de encaminhar benefícios e contatos com outros serviços da rede municipal e estadual.

(...) alguns usuários (...) falam sobre sua passagem pelo SRT assim como por outros serviços. Vai ficando clara a importância atribuída à (...) existência ou não de uma rede de suporte, o que para os usuários faz toda a diferença.

(...) a equipe conclui que é um caso para CAPS junto à Atenção Básica.

(...) avaliam que alguns têm condições de acompanhamento junto à atenção básica, com suporte de equipes de saúde mental, outros devem ser encaminhados a pensões com cuidadores e outros devem aguardar vaga para ingressar em SRT.

Considera (a palestrante) o trabalho difícil, mas bem sucedido quando vários atores assumem junto a responsabilidade pelo cuidado.

Brevemente, esses exemplos retratam a pertinência da necessidade de atenção continuada através de linhas de cuidado, apontando para a necessidade de contato e apoio entre os atores das unidades de saúde da atenção básica, das redes familiares dos usuários, da rede de assistência social, dos serviços de saúde mental (CAPS/Equipes de saúde mental/Leitos Hospitalares), de moradias assistidas e de quaisquer outras articulações que busquem satisfazer as necessidades apresentadas.

Após, explicitada a importância da tecitura constante de linhas de cuidado, passa-se a olhar para algumas situações, que conseguem mostrar articulações de modo a oferecer suporte às necessidades da saúde mental. Seguem os exemplos:

Avalia-se que inicialmente deve-se solicitar intervenção do CAIS Rua, para então repensar encaminhamentos.

Um(a) trabalhador(a) comemora e avisa a equipe que uma usuária, que estava esperando há muito tempo, recebeu benefício.

Um(a) trabalhador(a) compartilha com equipe o fato de ter conseguido encaminhar uma usuária para a oficina de geração de renda.

A equipe de PSF que também acompanha o caso relata que a relação deles é bastante difícil, pois ela o maltrata, avaliando que seria melhor ela sair temporariamente da casa, seja para o SRT ou para uma internação (...).

A equipe fala sobre a possibilidade de encaminhá-lo (usuário) para uma moradia com cuidador. (...) está sendo definido que a avaliação de usuários do centro da cidade será realizada pela equipe de saúde mental centro através da interconsulta.

(...) um(a) trabalhador(a) diz ter acompanhado um usuário ao dentista e, como estava demorando muito e o usuário estava ficando ansioso, ele(a) falou com o dentista e conseguiu que fossem atendidos antes (...).

Um(a) trabalhador(a) diz ter conseguido encaminhar a aposentadoria de um usuário que agora já pode planejar seus gastos.

Falam sobre a saída de uma usuária que se deu de forma rápida, principalmente porque uma tia e uma prima a apoiaram muito.

“(...) o Ministério Público (...) vem (...) chamando os diversos setores do município e do estado, buscando unir forças e dividir responsabilidades na proposição de alternativas para a desinternação e acolhimento dos pacientes (em cumprimento de Medida de Segurança).

Fica marcada a importância de cada articulação entre os atores da rede para o planejamento de vida de cada usuário, com suas necessidades específicas. As Instituições previdenciárias, as Equipes de Saúde da Família, as Oficinas de geração de renda, os Serviços de saúde mental, as moradias assistidas, as Redes Familiares e o Ministério Público são alguns dos equipamentos frequentemente utilizados para garantir a atenção necessária às pessoas em sofrimento psíquico. Essas foram algumas das conexões em rede, que mostraram abertura para acolher, inserir e acompanhar os usuários da saúde mental. A integralidade, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema, aparece aqui contemplada, na capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades que se apresentam (Silva Júnior, Carvalho, Silva, Alves & Mascarenhas, 2006).

Dialogicamente, ao mesmo tempo em que algumas articulações são possíveis, há também um contexto de fragmentação entre serviços e baixa cobertura de assistência. Como situado no primeiro tema de sentido, o Município vive um período em que a Reforma Psiquiátrica está em fase de construção. A dialógica possibilita, assim, a visualização da necessidade de maiores investimentos em dois setores: obras e educação em saúde.

A necessidade de investimentos em obras, ou reformas, justifica-se pela evidência da carência de serviços substitutivos:

Iniciam falando sobre problemas com a rede de saúde, defasada e sem lugar para diversas situações de usuários, como principalmente a atenção a usuários de drogas com transtornos mentais severos que necessitam de cuidados intensivos.

(...) há falta de serviços na rede.

Novamente verifica-se que o serviço não dá conta de acolher usuários sem uma razoável capacidade de auto-cuidado e/ou com dependência química, não encontrando lugares para encaminhar essas pessoas.

Fala-se de outro caso que (...), faz com que a equipe pense que a rede substitutiva oferece poucos recursos de reinserção, como geração de renda, cursos profissionalizantes, etc.

os residentes estão realizando greve devido à precariedade nos serviços de saúde. (...) as unidades estão no “descaso”.

(...) pensou-se sobre ações para o dia nacional da luta antimanicomial: 18 de maio. (...). Pensou-se em várias ações descentralizadas no estado, mas também em uma (...) centralizada, na capital de forma que se dê visibilidade para a realidade de Porto Alegre “*que não tem quase nada*”.

Fala-se das condições precárias em que opera a atenção básica, principalmente na capital, e, esperadamente, da pouca abertura para a acolhida aos casos da saúde mental.

Muitos CRAS atendem a demanda por falta de recursos na saúde (CAPS-ad). Os integrantes do debate colocam sentirem muitas dificuldades na prática devido à falta de redes substitutivas.

Sabe-se que os investimentos em nível nacional e estadual têm aumentado nos últimos anos (M. S. Brasil, 2005a). Porém, a expectativa dos trabalhadores reformistas aliada a manifestação de uma demanda por anos reprimida faz eclodir a sensação de estagnação e retrocesso. De acordo com dados do Ministério da Saúde (M. S. Brasil, 2009), do ano de 2008 ao ano de 2009, o Estado ampliou em 9 (nove) o número de CAPS, passando de 112 para 121, número baixo para serviços estratégicos em saúde mental.

O outro setor, que mereceria investimento em curto prazo, a educação em saúde, refere-se à possibilidade de transformação a partir de campos de práticas que se mostram fragmentados, isolados e desarticulados, mas que existem.

Ao discutir um caso fica nítido como faz falta um acompanhamento de qualidade de base territorial, pois algumas pessoas que poderiam ser acompanhadas por CAPS e ESFs estão “*largadas*”.

(...) inquietação de trabalhadores (...) se deparando muitas vezes com uma rede de cuidados desarticulada, ineficaz, carente de dispositivos de cuidado. 'Se fala na epidemia do crack, mas pouco é feito além da internação'.

(...) ficou muito marcada a reivindicação de um grupo, implicado na luta antimanicomial, solicitando o avanço na reforma psiquiátrica já prevista na lei federal nº 10216/01 (...) mas que no caso no RS, está caminhando na marcha lenta e até retrocedendo em alguns momentos.

(...) um convênio está sendo firmado entre a Prefeitura de Municipal e o Hospital Mãe de Deus para a criação de (...) um Pronto Atendimento em Saúde Mental. (...) mostrando o quanto se está voltando para a lógica curativista ao investir em P.A., que acaba se tornando porta de entrada, principalmente quando há falta de serviços na rede.

A equipe discute coletivamente alguma alternativa para o caso dele, como, por exemplo, um trabalho com animais já que ele gosta de bichos. Avalia-se que uma grande dificuldade é a questão do benefício que ele recebe, pois isso inviabiliza o exercício de um trabalho formal, e informalmente os empregadores não aceitam ‘contratar’ devidos aos riscos legais. A equipe decide avaliar conjuntamente outras possibilidades, mas mostra-se, no caso, a falta de espaços de inserção para as pessoas com algum tipo de comprometimento.

Os exemplos mostram que ações de educação permanente em saúde poderiam contribuir muito, como forma de reduzir o estigma associado à doença mental, buscando construir canais de abertura entre os espaços sociais, de forma a acolher e inserir as pessoas com transtorno mental. As formas atuais de exclusão acabam, recursivamente, agravando o quadro de saúde das pessoas com transtorno mental, pois lhe privam de condições dignas de vida. Encontrando-se em quadros agravados de doença mental, mais

difíceis tornam-se as possibilidades de abertura de espaços que acolham as necessidades dos usuários da saúde mental, ampliando o preconceito e a exclusão associados aos mesmos.

Com isso, apostando em estratégias criativas, emergentes dessa dialógica, pode-se recorrer novamente à educação permanente em saúde, de forma a religar os saberes, os serviços, as instituições e a sociedade em geral de forma a, hologramaticamente, implicar todos em mudanças sociais que acolham no lugar de discriminar as diferenças que se apresentem (Ceccim, 2005).

Assim, devido à importância da atenção continuada em saúde mental, através de linhas de cuidado, mais do que nunca se torna útil o pensamento complexo, que permite o esforço da compreensão ampliada das relações que se estabelecem. Morin (2002) auxilia a pensar sobre os avanços e entraves, como mostram os resultados, no que se refere à constituição de redes substitutivas, quando aborda a questão da descontinuidade, da desordem presente nos processos e relações sociais. A sociedade é fenômeno de autoprodução permanente e de regeneração constante. Daí nasce a idéia da dialógica, dos antagonicos, concorrentes e complementares. É a idéia de que se vive de morte, isto é, células estão sempre morrendo para que novas nos constituam em um processo de regeneração.

A própria história do universo está possivelmente marcada pela ocorrência de catástrofes que acabaram por dizimar certas espécies, mas, ao mesmo tempo, possibilitaram a extraordinária proliferação de formas vegetais e animais. A história da terra é, assim, acidental e o surgimento do ser humano apenas se deu após um longo processo de evolução animal. E a humanidade, por sua vez, também foi lenta e progressivamente produzida (Morin, 2000). Aqui a observação de Saraceno (2009), sobre o processo da Reforma Psiquiátrica, se mostra pertinente: *“É um processo lento, tanto do ponto de vista administrativo e financeiro, quanto de recursos humanos e de capacitação”*.

Podemos pensar nos humanos, portanto, como um produto ‘desviado’ da história do mundo, ele não parece ter sido intencional. Isso permite compreender que a evolução não é algo que avança frontalmente, majestosamente, como um rio, mas parte sempre de um ‘desvio’ que começa e sob certas condições consegue impor-se (Morin, 2000). Assim pode-se perceber a construção das práticas em saúde mental, por anos desviantes, mas cada vez mais deixando suas marcas e, com o contexto que se mostra, dialogicamente passa a ser possível uma nova configuração que poderá nascer da

regeneração dos espaços que agora não conseguem abrigar ações de potencialização da vida e de atenção para as necessidades em saúde mental.

Ampliada a compreensão dos processos de implementação das práticas em saúde mental, percebe-se que novas vertentes estão se estabelecendo em direção a concretização dos pressupostos da reforma psiquiátrica e do SUS e, apesar de todas as dificuldades apontadas, com todos os atravessamentos que se colocam, ainda assim, mesmo que lentamente, observa-se um aumento dos investimentos nas redes substitutivas (M. S. Brasil, 2009). Fica claro, contudo, como apontado ao longo da pesquisa, que esse investimento ainda representa valores baixos e insuficientes. A evolução, em termos de Reforma Psiquiátrica, utilizando a expressão de Morin (2000), ainda é um ‘desvio’.

Por fim, utilizando-se da figura do holograma, pode-se ainda remeter as considerações aqui colocadas, com relação à saúde mental, à rede de saúde como um todo, pois, como parte é o todo, então, saúde mental, como parte da rede de saúde, é também saúde. Com isso, facilmente conclui-se que a rede de serviços do SUS tende a apresentar características semelhantes àquelas aqui atribuídas à área da saúde mental, encontrando-se atualmente em um processo de construção de novas práticas, mesmo com a vivência de um contexto de carências e da coexistência de forças antagônicas e concorrentes expressas na manutenção de maneiras tradicionais de operar as práticas.

Tendo consciência da importância da organização de uma rede de serviços em malhas de cuidados progressivos, para o desenvolvimento das ações em saúde mental, e do fato de fazer parte do todo, como o princípio hologramático permite ver, cabe terminar desejando que os avanços - com base na integralidade - sejam em qualquer área, pois recursivamente, havendo investimento, todos se beneficiam do mesmo modo.

Como coloca Morin, mesmo que as forças de ligação sejam minoritárias em relação às forças de dispersão, mesmo que a crueldade e a barbárie sejam majoritárias, é preciso de forma obstinada e incansável apostar nas ilhas de bondades (Morin, 2007b).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade inerente às questões das práticas em saúde mental aponta para a necessidade de que sejam mantidos e ampliados os espaços dialógicos de discussão e reflexão sobre o assunto. É importante que se possa dar visibilidade para a área, que, mesmo com avanços, ainda parece ser, em muitos espaços no município de Porto Alegre, desconhecida, negligenciada e até mesmo rechaçada. Essas percepções trazem a tona os fantasmas de retorno a um passado, não tão distante, com marcas de exclusão, desrespeito e violência (Nunes, 2009).

A perspectiva da integralidade aparece, nesse contexto, como um recurso que auxilia tanto na avaliação, como no planejamento e execução das práticas em saúde, considerando o desejo de transformações para que se construa uma sociedade mais justa (Mattos, 2001). Através do pensamento complexo (Morin, 2002), dialogicamente, é possível a compreensão acerca da convivência de lógicas antagônicas, concorrentes e contrárias que se expressam, conforme vivências no campo-tema, na coexistência de práticas conservadoras e tradicionais, junto a novos fazeres que se esforçam para realizar ações inventivas apoiadas nos sentidos da integralidade. Esse princípio permite, no lugar de suprimir as diferenças, em virtude de um saber ‘adequado’, estabelecer processos de comunicação e de articulação entre essas diferentes práticas, assumindo as relações conflitivas como constituintes-chaves de todo contexto (Morin, 2002). Com isso, aponta os descompassos na implementação da política de saúde mental, tornando mais claros alguns possíveis ‘pontos de ação’ para que se busque o resgate dos avanços na reforma psiquiátrica.

Os processos dialógicos possibilitam circulações por espaços que, ‘desviantes’, aproximam a pesquisa de seu compromisso ético e político de busca pela formulação de reflexões e ações que embasem a superação dos modelos hegemônicos na saúde, assim como, através da experiência junto ao campo-tema e da análise dos discursos, realizem tensionamentos e problematizações dos contextos atuais das práticas em saúde mental.

Ganham notoriedade, com isso, conceitos e práticas que ampliam as possibilidades do fazer em saúde, criando e inventando novos modos de relações que envolvam tanto a construção de espaços emancipatórios, como a reivindicação de condições de trabalho digno. Educação permanente, empoderamento, fluxos, linhas de cuidado, gestão do trabalho e da educação, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade,

encontros, fóruns, comissões, para citar algumas das tantas possibilidades de associações ao polissêmico conceito de integralidade.

Dessa forma, a integralidade é uma ferramenta que possibilita a realização de uma análise complexa do contexto das práticas em saúde mental, favorecendo reflexões e possibilitando o arejamento teórico-prático que viabiliza, constantemente, novos fazeres e novos saberes.

## REFERÊNCIAS

Acioli, S. (2005). Participação Social: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.

Alves, D. S. (2001). Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS -ABRASCO, p. 167-176.

Alves, D. S. & Guljor, A. P. (2001). O cuidador em saúde mental. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro:Hucitec:ABRASCO.

Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. (5ed.) Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2005a). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2005b). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (2009). *Saúde Mental em Dados: 6, ano IV, nº 6*. Informativo eletrônico. Brasília: junho. Recuperado em 15 outubro de 2009, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_06.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf)

Buss, P. M. (2000). Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.

Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-230.

Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. (2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2029-2040.

Ceccim, R. B. (2004). Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, p.259-278.

Ceccim, R. B. (2005). Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção de Saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco.

\_\_\_\_\_. (2008/2009). Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*. v. 6, n. 3, p. 443-456, nov./fev.

Coimbra, J. A. A. (2000). Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus, pp. 52-70.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Brasília. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)

Côrtes, S. V. (2006). Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.

Dall’Agnol, C. M. & Martini, A. C. (2003). Reuniões de Trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*. Florianópolis, v.12, n.1, p. 89-96.

Delgado, P. G. (1992). *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.

Dornier, P. P., Ernst, R., Fender, M. & Kouvelis, P. (2000). *Logística e Operações Globais: Textos e Casos*. São Paulo: Atlas.

Ferla, A. A., Leal, M. B. & Pinheiro, R. (2006). Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.

Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 785-795.

Japiassu, H. & Marcondes, D. (1991). *Dicionário básico de filosofia*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacerda, A., Valla, V. V., Guimarães, M. B. & Lima, C. M.. (2006). As Redes Participativas da Sociedade Civil no Enfrentamento dos Problemas de Saúde-Doença. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco.

Leff, E. (2000). Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. In: *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus, pp. 22-50.

*Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990* (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 12 junho 2009, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS - ABRASCO, p.39-64.

Menegon, V. M. (2000). Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: M. J. Spink (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. et al. (1997). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. (2007). *Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social*. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C., Buss, P. M., & Hartz, Z. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-17, 29-31.

Minayo, M. C., Deslandes, S. F., & Neto, O. C. (1996). *Pesquisa Social: teoria método e criatividade* (5 ed.). Petrópolis: Vozes.

Moraes, D. R. (2006). Revisitando as concepções de integralidade. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 9, n. 1.

Morin, E. (2000). Da necessidade de um pensamento complexo. In: Martins, F. M. & Silva, J. M. (Org.). *Para navegar no século XXI: tecnologias do imaginário e cibercultura*. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs. 2000.

\_\_\_\_\_. (2001). *Introdução ao pensamento complexo* (3 ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

\_\_\_\_\_. (2002). *Ciência com consciência* (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

\_\_\_\_\_. (2005). *O Método I: A natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina.

\_\_\_\_\_. (2007a). *A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI*. (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

\_\_\_\_\_. (2007b) *O método 6: ética* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina.

\_\_\_\_\_. (2009). *Pensar o Sul*. Conferência promovida pelo SESC em 16 de julho de 2009. São Paulo, SP, Brasil.

Nicolescu, B. (2001). *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. (2ªed.). São Paulo: Triom.

Nunes, K. G. (2009). *Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um estudo sobre a trajetória de Betim*, M. G. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS -ABRASCO.

Política Estadual de Saúde Mental (2009). Recuperado em 25 de junho 2009, de <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=416>

Política Nacional de Saúde Mental. (2009). Recuperado em 05 de setembro 2009, de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)

Saraceno, B. (2009). Recuperado em 15 de novembro 2009, de <http://saudeecosol.wordpress.com/tag/benedetto-saraceno/>

Scarparo, H. B. K. (2006). Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. *Barbarói* (USCS), v. 25, p. 115-130.

Silva, D. J. (2002). O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais*. São Paulo: Signus, pp. 71-94.

Silva Júnior, A. G., Alves, C. A. & Alves, M. G. M. (2006). Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.

Silva Júnior, A. G., Carvalho, L. C., Silva, V. M. N., Alves, M. G. M. & Mascarenhas, M. T. M. (2006). Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco.

Siqueira, H. S. G. & Pereira, M. A. (1995). *Uma nova perspectiva sob a ótica da interdisciplinaridade*. Santa Maria: Cadernos de Pesquisa, nº 68.

Spink, M. J. (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: M. J. Spink, *Práticas discursivas e produção de*

*sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.

Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15 (2), 18-42.

Venetikides, C. H., Maceno, D. M., D'Angelis, W. L. R. & Valentini Jr., W. (2001). Saúde Mental – Mais Atenção Para Quem Precisa. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde.

Victora, C. G. et al. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo.

Zabala, A. (2002). *Enfoque globalizador e pensamento complexo*. Porto Alegre: Artmed.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim, a sensação de recomeço. Recomeço, pois o exercício de pesquisa, felizmente, gera transformações. Transformações que marcam pessoas, lugares, leituras e escritas tornando-os constantes devires. O pensamento complexo, como um caminho sem volta, abre horizontes e obriga a estabelecer conexões entre todos os fatores envolvidos com aquilo que se queira problematizar.

Associado à noção de integralidade, conceito da área da saúde coletiva, que tem sido utilizado para marcar a luta pela garantia de direitos dos cidadãos, esse pensamento possibilita a busca por uma compreensão transdisciplinar acerca dos processos de efetivação das práticas em saúde mental.

Para alcançar esse tipo de compreensão, é necessário afinar o olhar voltando-se para os processos e relações que se colocam entre as coisas e não para elas em si, pois isso resultaria na separação, na disjunção e conseqüentemente no aniquilamento de seus sentidos. É necessário o entendimento de que as coisas não existem em si, elas apenas existem em relação, pois, hologramaticamente, são a relação em si. Os modos de interagir nessa relação, assim como o modo de reação das coisas com as quais se associar, é que virão a lhe dar sentidos.

O pensamento complexo, de conseguir olhar para um ponto e enxergá-lo inserido em um todo e, ao mesmo tempo, perceber que ele representa em si mesmo esse todo do qual faz parte, agrega a sensação de amplitude da consciência. Conseguir perceber ambos, parte e todo, intrinsecamente interligados, afetados e se afetando por suas relações, como colocado teoricamente no princípio hologramático é o mesmo que perceber-se no mundo. É a noção de poder conectar-se a tudo ao mesmo tempo, diga-se não parecer impossível nos tempos atuais de globalização.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que parece ampliar as possibilidades de conhecer as coisas com maior profundidade, o pensamento complexo também causa certo desconforto e a sensação de impotência. Assim como leva a assumir a impossibilidade do saber completo, também torna consciente a responsabilidade inerente a cada um em cada ato. Noção essa associada ao conceito de integralidade, que prevê a co-responsabilidade pelos processos de cuidado.

Por isso, a necessidade de constantemente lutar para manter arejado o pensamento, permitindo a entrada do diferente e aceitando a imprevisibilidade, pois, a

busca pelas certezas e concretudes é tentadora, estimulada e valorizada em muitas instâncias do contexto atual.

Não fosse a complexidade, poderia ser fácil tecer críticas aos modelos de saúde, às práticas e às políticas, mas a complexidade obriga ao compromisso, impede que se fale do fora sem falar do dentro. A pesquisa, dessa forma, permite que a autora perceba as críticas e colocações sobre as práticas de saúde em si mesma, pois é parte e todo desse sistema de saúde. Isso leva ao envolvimento político, pois ao mesmo tempo em que se reivindica, também se é responsável por oferecer propostas de mudanças. A implicação é imprescindível.

Assim, pensar sobre as práticas cotidianas que se estabelecem, em um contexto de mudanças nos modelos de atenção em saúde, através do pensamento complexo, gera também sentimentos ambivalentes. Do mesmo modo como é sofrido vivenciar um momento de muitas faltas na área da assistência em saúde mental, também é comemorável a mudança de paradigma que luta por novas formas de atenção em saúde mental, já tendo avançado através de diversas experiências. A imagem objetivo que se coloca é a de um crescente envolvimento e mobilização para que se amplie a consciência coletiva das necessidades dos usuários da saúde mental que, infelizmente ainda não tão óbvio, são as mesmas de qualquer cidadão: afeto, respeito, liberdade, oportunidade de expressão e outras, como, a da responsabilidade de todos com isso. Não esquecendo a bandeira de luta da Reforma Psiquiátrica, ainda faz parte da imagem objetivo a possibilidade de um mundo sem manicômios.

## **APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) participante:

Sou discente do curso de pós-graduação, Mestrado em Psicologia Social, na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e estou realizando uma pesquisa intitulada: “Integralidade e Saúde Mental no SUS” sob orientação da professora Helena B. K. Scarparo, cujo objetivo é problematizar as práticas atuais em saúde mental no Município de Porto Alegre, tendo em vista a perspectiva da integralidade presente na proposta do SUS, investigando quais os avanços, desafios e retrocessos identificados nas formas de trabalho atuais. Busco ainda: identificar sentidos de integralidade produzidos a partir das práticas cotidianas em saúde; favorecer articulações sobre saúde, saúde mental e políticas de saúde em diálogos públicos pertinentes às questões da saúde, tanto em espaços formais e instituídos, como em eventos esporádicos, além de contribuir com a produção de espaços de integralidade através do desenvolvimento de reflexões teórico-críticas.

Sua participação está em permitir que eu participe das reuniões de equipe do seu local de trabalho, contribuindo com idéias e reflexões e realizando registros e gravações durante um período de dez meses. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, bastando comunicar-me de forma que eu não inclua sua participação e seus comentários no trabalho. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelas pesquisadoras no fone 51 9991-2097 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente,

---

Dulce M. Bedin  
Mestranda

---

Dra. Helena B. K. Scarparo  
Profa. Orientadora

---

Local e data

**Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.**

---

Nome e assinatura do participante

---

Local e data

## ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética para a realização da pesquisa



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1535/08

Porto Alegre, 26 de dezembro de 2008.

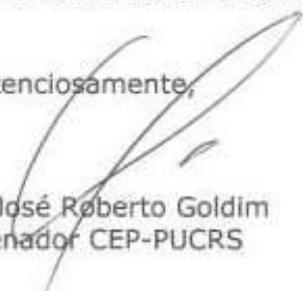
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04443 intitulado: **“Integralidade no Sistema Único de Saúde e saúde mental”**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Helena Beatriz Scarparo  
Faculdade de Psicologia  
N/Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)