

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

JULIANA FLOR SILVEIRA

UMA DISCUSSÃO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE  
NA ESFERA PÚBLICA:  
Pensando a saúde coletiva

SÃO PAULO  
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

JULIANA FLOR SILVEIRA

UMA DISCUSSÃO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE  
NA ESFERA PÚBLICA:  
Pensando a saúde coletiva

Trabalho de conclusão de curso  
como exigência parcial para graduação  
no curso de Psicologia, sob orientação do  
Prof. Sergio Wajman

SÃO PAULO  
2009

Ao meu pai, à minha mãe  
e ao meu irmão,  
isso é pra vocês!

## Agradecimentos

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila Pedral Sampaio (*in memoriam*), que me ensinou coisas que nós, humanos, ainda não fomos capazes de nomear.

Ao Prof<sup>o</sup>. Sérgio Wajman, que delicadamente respeitou a velocidade de minhas atividades, permitindo que esse projeto tivesse a graça, a suavidade e a determinação necessárias tornando sua produção agradável e bastante intensa.

À Prof<sup>a</sup> Luciana Szymanski, que docemente aceitou meu pedido de ser parecerista desse estudo, mas antes de tudo por ter me ensinado, através dos diversos exemplos descontraídos em sala de aula, a lutar pelos nossos direitos sempre cumprindo os nossos deveres.

À Prof<sup>a</sup>. Lurdinha. Foram tantos os aprendizados...

À Prof<sup>a</sup>. Bel Kahn, que, talvez sem saber, me mostrou a força de uma mulher implicada nos desdobramentos da vida.

Ao Prof<sup>o</sup>. Hélio Roberto Deliberador, pelas incansáveis elucubrações, que, fantasiosamente me situaram no mundo da fenomenologia-existencial.

À minha família, definitivamente, os meus melhores amigos – especialmente minha avó Maria Justina e minha avó Elda, mulheres do bem e muito amadas!

Aos meus primos, Lucas, Sabrina, Pedro, Guilherme, Bianca, Carolina, Claudinho, Mariane, Gabriel e Laura que nunca me deixaram ficar quieta no canto... nem quando eu queria!

Às minhas amigas, Thaysa Arruda, Roberta Zerbini, Marcela Brito, Ana Karlik, Taiz Carol Paiva e Marganne Dubrule, elas sabem o porquê! Sou abençoada por ter amigas assim!

Às tantas pessoas que passaram pelo meu caminho... sou grata a todas elas!

Nome do autor: Juliana Flor Silveira: Uma discussão sobre a promoção de saúde na esfera pública – pensando a saúde coletiva, 2009

Orientador: Prof. Sergio Wajman

Palavras-chave: SUS, Estratégia Saúde da Família, saúde mental, rede.

### **Resumo**

O presente estudo refere-se à discussão acerca da produção de saúde na esfera pública brasileira, buscando contribuir para o desenvolvimento das práticas da saúde coletiva, que visam influenciar na transformação de saberes e práticas, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral, além de atentar para a necessidade da municipalização dos referidos serviços. Para tanto, foi desenvolvida uma reflexão teórica e revisão bibliográfica com o intuito de compreender as práticas e políticas subjacentes a este tema, além de abarcar a forma de atuação e organização da implantação constitucional do serviço público de saúde, atualmente em funcionamento no Brasil, que leva o nome de Sistema Único de Saúde. O estudo também buscou abarcar as práticas de atenção primária à saúde, estratégias conhecidas como Saúde da Família, que viabilizam um contato mais íntimo, horizontal e, conseqüentemente terapêutico, com os usuários do sistema de saúde. Prática, que tem como princípio a valorização do cidadão, como sujeito intrinsecamente ligado ao seu contexto social, histórico, psíquico, financeiro, familiar, necessitando, portanto, ser assistido a partir desses contextos que o compõem. A noção de saúde como atenção às necessidades básicas e culturais dos cidadãos foi a concepção utilizada ao longo de todo o trabalho, visando a contribuição para a desconstrução do modelo médico-assistencialista que promove "a cura da doença", já que aqui, a intenção é focar e auxiliar na produção, promoção e recuperação da saúde, com vias na maior elaboração e produção da subjetividade individual e coletiva. Essa experiência foi analisada a partir das noções de psicologia institucional, saúde coletiva e rede, pesquisadas na literatura.

## **Sumário**

Introdução .....	1
Capítulo 1 – Saúde da Família: uma estratégia participativa .....	12
Capítulo 2 – Reforma da Reforma: uma lógica líquida?.....	19
Articulação - condição primária à saúde mental .....	22
Capítulo 3 – De usuário a sujeito: um verdadeiro olhar para o ser humano ...	26
Conclusão .....	30
Referências Bibliográficas .....	33
Referências – site .....	35

## **Introdução**

Falar sobre a saúde pública brasileira, sua trajetória e suas ressonâncias, em um trabalho acadêmico, não é uma tarefa muito fácil.

Há dois anos e meio entrei em contato pela primeira vez com o estudo desse setor e desde então tenho me aproximado e apaixonado cada vez mais pelo assunto. À medida que vou me aproximando, percebo que conheço e entendo muito pouco de toda essa política, talvez por ter um espaço em minha vida pessoal e acadêmica muito recente, talvez pelo pouco espaço reservado à ela na universidade, ou pela complexidade do tema, e quem sabe, seja pela necessidade da luta constante por uma política que se faça entre as três esferas de governo de forma a criar uma rede efetiva, com foco sempre no ser humano.

Esse trabalho tem a finalidade de se aprofundar nos acontecimentos últimos da esfera pública da saúde como uma forma de repensar a saúde coletiva e averiguar como se revela a atuação dos profissionais de saúde junto à comunidade potencializando as redes sociais que se formam e fortalecendo as macro políticas na produção de saúde.

Cabe ressaltar que a "saúde" aqui descrita não é a mera luta contra a ausência de doença, mas sim um conceito mais amplamente pensado, que ultrapassa os limites da responsabilidade desse setor. Saúde aqui é melhoria da qualidade e produção de vida; é potência do encontro; é valorização da subjetivação; são novas alternativas de agenciamento.

Essas formas de atuação na vida, entendidas como determinantes da saúde são encontradas no acesso ao lazer, à educação, ao saneamento, à moradia e outras tantas condições que admitem esse avanço de qualidade, ficando evidente que ao olhar a saúde é necessário olhar todos os outros setores não restringindo sua responsabilidade. Fica, portanto, necessário discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente, o que só uma política integrada pode assegurar.

E Estado aqui se entende não apenas como governo, mas também pela participação popular junto com os gestores de saúde, o território e a nação,

enfim, todos que o compõem devem ser levados em consideração na produção de vida.

Não é convencional esse conceito amplo, nem tampouco fácil de aceitar, pois vai de encontro ao conceito médico curativo-assistencialista que imperou por muitos anos na história do mundo, porém aos poucos esse conceito vai tomando forma e sustentação no cenário nacional.

Já vem da Organização Mundial de Saúde (OMS) a tentativa teórica de modificação desse conceito. Em 1948 substituiu-se a dicotomização saúde / doença por "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" (SEGRE e FERRAZ, 1997, p. 1), fato que não obteve muito êxito. Falar e mensurar a perfeição do bem-estar são tarefas quase impossíveis.

O alto grau de subjetividade e determinação histórica da definição da qualidade de vida e da própria compreensão de saúde é fator de extrema relevância na atitude de conceituá-la.

Em minhas buscas bibliográficas encontrei um conceito amplo e mais dinâmico de qualidade de vida:

*(...) abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (...). Qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2000, p. 2).*

Desenvolvido por uma organização criada pela OMS denominada World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)<sup>1</sup>, o conceito tinha como meta transcender ao aspecto trans-cultural imposto pelas definições que, em sua maioria, partiam da Europa e dos Estados Unidos da América. Assim, essa

---

<sup>1</sup> Tradução: Organização Mundial da Qualidade de Vida.

organização buscava cartografar o ambiente e a história do local possibilitando maior coerência nos conceitos adotados.

Falar de Saúde no Brasil é falar de um setor que foi alvo de bastante mobilização popular, com históricos de movimentos de lutas sociais, de trabalhadores envolvidos em ampliar o acesso à saúde, militantes diversos e usuários unidos em prol da garantia da saúde como direito do cidadão - sem discriminação por raça, cor, sexo, etnia, poder aquisitivo entre outros - e dever do poder público em prover pleno gozo desse direito.

Por muito tempo o setor atingia apenas a camada de trabalhadores formalmente inscritos no mercado de trabalho, o que significava que eles contribuíam financeiramente com o Estado, como é o caso da Previdência Social. A camada dos cidadãos impossibilitados de trabalhar momentaneamente por motivos como desemprego, por exemplo, também era atingida pelo setor.

Evidenciava-se assim o caráter mercantilista que a saúde possuía há bem pouco tempo atrás, já que o resto dos cidadãos ficava à mercê de instituições filantrópicas e da precariedade do serviço público, ou, quem podia pagar, do serviço privado.

As referidas lutas populares buscavam a saúde como direito independentemente da contribuição financeira ao Estado, mostrando que é este que tem o dever de se responsabilizar pela saúde de todos os cidadãos, cada um na sua individualidade.

Um breve histórico faz-se necessário se pensarmos o quão recente é a implantação desse modelo ampliado de saúde no cenário brasileiro e o quão implicado ele se mostra ao propor novas alternativas de repensá-lo sempre, já que os vários problemas apresentados pela saúde pública estão intimamente relacionados às políticas vigentes em cada momento histórico do país.

O intuito desse trabalho é pensar a promoção de saúde na esfera pública percorrendo sobre a saúde coletiva e seu momento atual na história do país. Assim, esse breve histórico agrupa momentos importantes do passado que levaram aos acontecimentos presentes, não constando todas as etapas do movimento brasileiro em prol da melhoria da qualidade de vida.

No Brasil, pensar a saúde pública é uma dedicação muito recente e mais ainda é a participação popular nesse setor. Data de 1941 o início das atividades das Conferências Nacionais de Saúde<sup>2</sup>, que se propunham pensar os diferentes problemas da saúde e da assistência.

Essa primeira Conferência ocorreu juntamente com a I Conferência Nacional de Educação no governo de Getúlio Vargas, e foram deliberadas algumas normas de atuação tanto na área da saúde quanto na da educação, como por exemplo, a criação do Ministério da Saúde que ocorreu doze anos mais tarde, em 1953.

Embora começasse aí a discussão legalmente reconhecida sobre a saúde, não foi permitido que a comunidade participasse, não tendo esta voz nem voto acerca das disposições que deveriam atingi-la diretamente.

O público-alvo das discussões na I Conferência foi formado principalmente por médicos notáveis e parlamentaristas, o que comprovava o caráter médico-curativo a que a saúde estava exposta, demonstrando a relação saúde / doença que se manteve por muito tempo em nosso contexto político e sócio-econômico.

*Principais temas (da Conferência): a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à juventude. (Biblioteca Virtual – site. Linha do Tempo).*

No contexto internacional a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu a saúde como direito do cidadão em 1948, conquista importante que teve a participação popular bastante implicada para tal acontecimento.

Essas lutas populares – das quais faziam parte profissionais e usuários que também tinham interesse em propagar a saúde a todos, entre outros agentes de saúde – foram de extrema importância no contexto brasileiro produzindo muitos frutos para o nosso setor saúde.

---

<sup>2</sup> Encontra-se o documento oficial de referida conferência no endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1\\_CNS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1_CNS.pdf).

A Reforma Sanitária foi um dos frutos. Movimento criado, no final da década de 70 do século passado, pelas lutas populares que provocou mudanças significativas ao surgir da "indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde" (BRASIL, 2007, p. 7).

A primeira mudança e talvez a mais importante, já que permitiu a implantação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal de 1988, foi a abertura da VIII Conferência Nacional da Saúde para a participação popular em 1986, como mostra o sanitarista Sergio Arouca – responsável pelo discurso de abertura da conferência:

*Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (Biblioteca Virtual – site. Discurso Sergio Arouca).*

Essa conferência é referência na história da saúde, já que foi dela a deliberação do direito do cidadão ao acesso irrestrito à saúde e dever do Estado em garantir esse direito, como referido acima. Foi também por conta dela que dois anos mais tarde instituiu-se na Constituição Federal a universalidade do acesso e a integralidade das ações de saúde, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS) que entrou em vigor como um sistema em constante construção substituindo o até então Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência à Saúde (INAMPS).

Como o próprio nome sugere, foi criado um Sistema Único de Saúde que buscava um modelo único de doutrina e princípios organizativos nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), em todo o território nacional. É um

modelo de atenção integral à saúde que busca a progressiva incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde como porta de entrada do setor.

Dois anos mais tarde, em 1990, foram promulgadas as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde que garantiam os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, além de garantir o financiamento e o controle social no SUS através das Conferências Nacionais e dos Conselhos Municipais, em que 50% dos participantes devem ser representantes da população, 25% devem ser trabalhadores de saúde e os 25% restantes devem ser representantes do governo e prestadores de serviço.

Como parte da Seguridade Social, a Saúde entrava no cenário brasileiro garantindo financiamento para o setor, já que a instância assegurava ampla proteção ao cidadão, se tratando de um "conjunto de políticas governamentais de auxílio ou proteção a desempregados, aposentados, inválidos ou pessoas impossibilitadas de gerar renda" (Portal Brasil - site), completando assim o tripé de auxílio e proteção a todo e qualquer cidadão brasileiro, juntamente com a Assistência e a Previdência Social, esta última a partir das contribuições financeiras da população pagante.

*A primeira (Previdência Social) é voltada para o pagamento de benefícios aos trabalhadores que se aposentam depois de décadas de contribuição. Assiste também os pensionistas, aqueles que, por motivos especiais, recebem ajuda mensal, mesmo sem ter contribuído. A cobertura engloba, em geral, acidentes de trabalho, afastamento por doença, seguro-saúde e seguro-desemprego. A assistência social se estende a toda a população, inclusive a quem não paga impostos, oferecendo auxílio, como a renda para idosos, cuidados com saúde (tratamento médico, hospitalização e compra de medicamentos), e, em determinadas nações, ajuda financeira a pessoas incapazes de garantir a própria subsistência. (Portal Brasil - site).*

O SUS aparece como uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro por conta do quadro caracterizado da época, que indicava fatores de

risco em que o sistema não conseguia controlar de forma eficiente e eficaz as demandas coletivas da população.

Esse quadro estava se cristalizando em índices alarmantes, como as inúmeras doenças que não estavam sendo tratadas com decisão pelo sistema vigente, além da completa falta de integração entre as unidades de saúde, prejudicando o acompanhamento dos casos.

Encontrávamos baixa cobertura assistencial da população, com alguns segmentos populacionais excluídos, entre outras questões de extrema importância e significado para a comunidade e também para o sistema. O quadro encontrado estava à beira de um colapso e uma mudança fazia-se imprescindível.

A primeira seção dedicada à saúde na Constituição Federal de 1988 tem reservados os Artigos 196 a 200, para tratar do tema, constituindo aspectos principais para atuação desse novo Sistema que surgia.

*- A saúde tem como determinantes e condicionantes o meio físico; o meio sócio-econômico e cultural; os fatores biológicos; e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.*

*- Legitimação do direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como o dever do Estado de prover o pleno gozo desse direito. A única condição para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é precisar deles.*

*- O SUS é de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle de seus usuários. (BRASIL, 1990, p. 8).*

O Art. 198 da II Seção da Constituição Federal Brasileira de 1988 é bastante importante para o andamento do sistema de saúde eleito para atuar em

todo território. Estabelece diretrizes para a melhor atuação junto à população, além de garantir constitucionalmente a forma de financiamento do SUS.

Inscrito no Parágrafo 1º do Art. 198 da Constituição Federal "o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (BRASIL, 2000, p. 57).

Os princípios doutrinários dessa política integrada de saúde, também inscritos no artigo citado acima, são norteados pela Universalidade, Equidade e Integralidade, assim como sua organização baseia-se na Regionalização, Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade do Setor Privado.

- O princípio da Universalidade garante que o cidadão tenha direito de usufruir de todo e qualquer serviço público de saúde, fazendo com que a atenção à saúde seja realizada pelo Sistema como um todo.

- A Equidade refere-se a assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso, sem discriminação do local de moradia ou qualquer outra condição, porém investigando as necessidades especiais particulares. Não significa igualdade, mas sim coerência na realização da atenção aos cidadãos.

- Um princípio muito importante é o da Integralidade, pois, com ele, há de se reconhecer não só o cidadão, como também as unidades prestadoras de serviço e toda a rede que participa do SUS, em sua totalidade. Assim, teremos uma política integrada em todo o território brasileiro, o que favorece o diálogo, a formação de rede e a organização no atendimento à população.

Abaixo estão listados os princípios que fundaram a forma de organização do sistema de saúde brasileiro.

- A começar pela Regionalização, o SUS passa a assegurar que as demandas da população serão acompanhadas de perto, já que, regionalizando essa política há de se aproximar da comunidade ao delimitar áreas de atuação, permitindo, assim, um amplo reconhecimento de suas questões em atenção sanitária,

vigilância epidemiológica, educação em saúde, atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, além de todas as outras questões que envolve a diversidade cultural, ética e sócio-econômica do país.

- Hierarquização aqui diz da organização em níveis de complexidade tecnológica. Há de se dispor de recursos desses diversos níveis de complexidade na atenção à saúde em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

- Ao criar e pensar nessa nova forma de atenção à saúde junto à população havia a necessidade de garantir que o sistema funcionasse efetivamente, atendendo às demandas individuais e coletivas. Pensou-se, então, no princípio da Resolubilidade, garantindo capacitação de resolução em qualquer nível de complexidade.

- Uma necessidade latente era a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. "Quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto" (BRASIL, 1990, p. 10). Instaurou-se o princípio da Descentralização para compor a organização da nova política.

- Garantida constitucionalmente a partir desse momento histórico, a Participação Popular alcançava cada vez mais força nas discussões dos assuntos que a atingiam diretamente. Através das entidades representativas, os cidadãos poderiam 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. As entidades são Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, ambos encontrados em todas as esferas de governo.

- O princípio da Complementaridade do Setor Privado é uma forma de garantir que, não havendo suficiência do setor público, faz-se a contratação do setor privado. Três condições são levadas em consideração: o interesse público deve prevalecer sobre o particular; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS já que, a partir da contratação, o serviço privado atua em nome do serviço público; e a integração dos serviços

privados deverá se apresentar na mesma lógica organizativa do SUS, atendendo aos princípios listados acima.

A partir dos princípios e organização do Sistema Único de Saúde, buscava-se atender os três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a orientadora do sistema de saúde pública, já que “proporciona o equilíbrio entre as duas principais metas do Sistema Único de Saúde: a melhoria da saúde da população com equidade” (Portal da Saúde – site. Discurso Claunara Mendonça) como afirma Claunara Mendonça – diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

A APS possibilita maior variedade de diagnósticos e de discussões de casos, além de ser um forte componente dedicado à prevenção, promoção e recuperação de saúde, já que “nessa esfera da saúde pública, existe uma alta proporção de pacientes já conhecidos pelas equipes de saúde, o que propicia uma familiaridade maior dos profissionais tanto com os pacientes quando com os problemas que estes lhes apresentam (...)” (Portal da Saúde – site. Discurso Claunara Mendonça).

Esse sistema calcado nos princípios da cidadania e comprometido, a partir de seus fundamentos, com a população a que se destina, foi pensado e instituído nas últimas décadas do século passado, com o intuito de ser um permanente processo de pensar a atuação da saúde pública brasileira. Foi (e está sendo) uma construção diária a que se dedicaram os gestores, profissionais e usuários desse sistema e aqui pretendo mostrar parte de seus esforços.

A Atenção Secundária à Saúde (ASS) refere-se às políticas que não conseguem abranger o primeiro nível de Atenção, em que o usuário necessita de algo mais do que a prevenção, promoção e recuperação de saúde. Nesse nível a população encontra-se com necessidade de um atendimento mais específico, como os encontrados nas Unidades de Pronto-Atendimento, por exemplo, porém ainda em um nível de maior maleabilidade.

Já a Atenção Terciária à Saúde (ATS) indica um nível de maior complexidade do que os demais. É aqui que se encontram as internações, por

exemplo. A ATS somente é utilizada quando esgotadas todas as outras possibilidades de atendimento à população.

## **Capítulo 1**

### **Saúde da Família – uma estratégia participativa.**

A modificação no sistema de saúde do país envolveu discussões acerca da mudança no financiamento e gestão do SUS, como exposto acima. A mudança no pensamento e na cristalização das atividades trouxe grande avanço para a construção desse sistema único que, desde os anos 60 do século passado, rondava as políticas públicas e a participação popular.

A ampliação do objeto e, conseqüentemente, do objetivo de trabalho dentro da organização saúde pretende invocar a construção de modos para uma corresponsabilização do clínico e do usuário, uma ampliação das práticas, dos recursos terapêuticos, como a valorização do “poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 852).

Ao longo dos anos, foi-se vendo a necessidade de construir estratégias que viabilizassem a efetividade, a cogestão, a construção de autonomia e de autocuidado, além de aplicar a principal ampliação sugerida dentro do setor na atenção à população, que é a clínica do sujeito.

Termo utilizado por Campos e Amaral (2007), clínica do sujeito, sugere uma experiência prática de mudança de foco da cura da doença para a proliferação da qualidade de vida, em que a clínica praticada é a clínica ampliada, como forma de ampliação da problematização do encontro terapêutico além das paredes do consultório, nos espaços de produção de subjetividade, entendendo que não há problemas de saúde ou doença sem que estes estejam encarnados em seres humanos, em pessoas.

Uma estratégia buscada dentro do Sistema Único de Saúde foi a possibilidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde de forma a agenciar cada vez mais profissionais e comunidade em prol da prevenção, promoção e recuperação de saúde, de forma que a comunidade pudesse estar amplamente

amparada por aqueles que a compõem, inclusive territorialmente, já que quanto mais perto do problema estiver, maior será a eficácia da solução.

Campos e Amaral (2007) arrolam quatro diretrizes organizadoras de desempenho, que, aqui, poderiam ser pensadas como possibilidades de ação ao se tratar do fortalecimento da APS, que está em constante construção e possui um quadro de atuação junto à comunidade correspondendo com aquilo que manifestam as diretrizes abaixo enunciadas:

*(...) primeiro, produzir saúde (eficácia) de modo universal, mas operando de modo equitativo – a cada um de acordo com seu problema ou necessidade; segundo, organizar um sistema capaz de ampliar o coeficiente de autonomia dos usuários, entendendo autonomia como capacidade para compreender e para lidar com a rede de dependência a que cada pessoa ou agrupamento estarão sempre submetidos, autonomia como conceito relativo, não absoluto; terceiro, um sistema que reduzisse ao máximo o dano resultante de suas intervenções, no caso, o controle social, a iatrogenia, etc.; quarto, um sistema eficiente, que produzisse ações de saúde sempre com o menor custo possível (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 857).*

Efetivando o processo de municipalização da organização da atenção primária, ao descentralizar o planejamento e a gestão político-administrativa da saúde e integrar os diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil, é possível compor aproximação entre sistema de saúde e usuário, formando um vínculo de corresponsabilidade e agenciamento em uma perspectiva de trabalho em rede, expressando um redirecionamento das ações do setor, inovando a filosofia de atenção à saúde e consolidando os princípios do SUS, citados na introdução desse trabalho.

A estratégia aqui referida é uma nova política nacional de saúde, de aproximação das famílias nas diversas microrregiões do país em que se rompe com o modelo médico-curativo de assistência ao indivíduo isoladamente e se propõe um modelo integrado de atenção ao usuário de saúde dentro de sua

comunidade socioeconômica, familiar e cultural, considerando a dimensão universalizada.

Com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste do país, o Ministério da Saúde (MS) formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em que os próprios residentes das comunidades exerciam o papel de agentes comunitários, responsáveis pela mediação entre sua comunidade e o Sistema de Saúde.

Via-se então, com a inauguração do PACS, a possibilidade de um contato maior dentro do ambiente pessoal e familiar de cada um, além de uma abordagem condizente e coerente com a realidade local, já que esses agentes eram moradores e, muitas vezes, vizinhos dessas famílias atendidas.

O contato entre esses profissionais e a comunidade só é possível ao se disponibilizar em acompanhar e adentrar nas individualidades de cada um. A permissão e a 'porta aberta' para essa intervenção são as condições necessárias para a implantação dessa estratégia.

A partir dessa experiência, a importância dos Agentes Comunitários passou a ser prioridade no encaminhamento da referida estratégia que se mostrava necessária e que, no final de 1993, foi criada e denominada de Saúde da Família<sup>3</sup>.

As primeiras equipes de Saúde da Família foram formadas em 1994, marcando um período de transição e incorporação dessa nova política vigente na época, que foi primeiramente vivenciada por cidades de baixa densidade populacional - com altos índices de mortalidade infantil e materna, predomínio de enfermidades transmissíveis e baixa expectativa de vida.

---

<sup>3</sup> A sigla utilizada para tal estratégia dentre os profissionais de saúde, leigos e usuários é *PSF – Programa Saúde da Família*, sigla que foi cristalizada por ser encontrada em diversas bibliografias que tratam do tema, inclusive jurídicas, porém aqui a sigla utilizada será a *ESF – Estratégia Saúde da Família*, também encontrada em literaturas que tratam do tema, indicando um reforço no modo de entender a estrutura Saúde da Família como uma real estratégia de atuação junto à comunidade.

Constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, essas equipes caracterizavam-se pela possibilidade de promover a organização de atividades em um território definido, enfrentando e resolvendo problemas identificados, revelando uma multiplicidade de experiências possíveis.

Para a compreensão da Estratégia Saúde da Família (ESF) como um “modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida (...)” (LEVCOVITZ *apud* ROSA e LABATE, 2005, p. 1030), seus agenciamentos e organização é necessário destacar três elementos essenciais, que apontam a forma de atuação buscada nesse serviço.

Capistrano Filho (1999) aponta que esses três elementos são: o grupo, o território abarcado e a organização popular.

O grupo é contemplado nas equipes de trabalho, nas organizações sociais e na família; o território abarcado é compreendido não só como um espaço geográfico, pois engloba uma população estruturada de um determinado modo, envolvendo sua história, cultura e organização, assim, o território deve ser pensado como “acolhimento” de pessoas; e a ESF deve se responsabilizar no que se refere ao caráter incentivador da organização popular, que se realiza por meio do vínculo estabelecido entre os profissionais da saúde e a comunidade.

O modelo de atenção adotado pela ESF mantém uma abordagem interdisciplinar de atendimento às famílias, por meio das ações integradas pelas equipes: Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários), Saúde Mental (psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra), de Reabilitação ou Saúde da Pessoa com Deficiência (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo), Saúde Bucal, Casa de Parto e Ambulatório de especialidades, além de contar com o acompanhamento do novo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – núcleo implantado em dezembro de 2008 contendo maior diversidade nas especialidades para o atendimento da comunidade, além de atender maior número de territórios em que a ESF não está ainda implantada, este trabalho não abarcará a implantação e as primeiras consequências de referido núcleo.

Tendo em vista uma concepção de saúde integral, priorizando o bem estar físico, mental e social do ser humano, o Programa de Saúde Mental e Programa de Saúde da Pessoa com Deficiência buscam estabelecer no ESF uma política e uma cultura que contemple a defesa de direitos, de modo a favorecer a "inclusão social das pessoas portadoras de qualquer deficiência ou com vulnerabilidade social e escolar promovendo, incentivando e destacando a importância de ações intersetoriais nos setores saúde e educação" (SILVEIRA, 2008, p. 31).

Entre as atividades da ESF estão previstas a participação em ações intersetoriais da região, muitas delas organizadas por meio de Fóruns que articulam a rede em diferentes finalidades e territórios para a estimulação da apropriação dos diversos espaços e recursos físicos, geográficos e terapêuticos que a cidade nos propõe.

Essa articulação é pensada para que os objetivos específicos de cada equipe possam ser discutidos mais amplamente, visando um encaminhamento adequado a cada caso, compartilhando opiniões divergentes para construir um olhar integral frente ao fator de discussão e possibilitar agenciar pessoas que facilitem o processo de produção de qualidade de vida dos cidadãos e da comunidade.

A metodologia utilizada pelas equipes é a discussão coletiva para a identificação da demanda e construção de formas de tratamento quando da contemplação de situação de risco de pessoas com deficiências, sua situação familiar, a construção de intervenções articuladas, a averiguação de situações de violência familiar, a descoberta de situações de vulnerabilidade dentro das casas dos moradores de determinada comunidade, entre outras possibilidades de enfrentamento familiar que só é possível entrar em contato ao embarcar nesse mundo fantasioso, complexo e intrigante que é a instituição família e as organizações de seus diversos lares.

Assim, a discussão de caso serve para a descoberta da rede de recursos terapêuticos formais e informais, além de avaliar a equipe de referência que será responsável pelo caso buscando sempre a prevenção, promoção, recuperação e assistência à saúde, construindo modos de corresponsabilização de ambas as partes envolvidas, o clínico (no sentido de organização) e o usuário.

Cabe ressaltar que a atuação dessas equipes encontra força nas noções de clínica ampliada, de organização em rede, de trabalho multidisciplinar e naquilo que Antonio Lancetti (2006) chamou de Clínica Peripatética, utilizando esse termo – peripatético, “(...) no sentido comum do adjetivo e no sentido etimológico da palavra que provém de περιπατεον (*peritatéō*): passear, ir e vir conversando.” (LANCETTI, 2006, p. 15).

Clínica Peripatética refere-se à clínica feita em movimento, fora do consultório, no espaço de acontecimento da vida e das relações pessoais, sociais e profissionais.

Justamente o que essas equipes anseiam quando do encontro com o usuário, praticado dentro dos equipamentos de saúde mas também fora deles, peripateticamente avaliando e agregando outros dispositivos de ajuda - parceiros que irão auxiliar, no tratamento, acolhimento e acompanhamento - além de produção de recursos terapêuticos condizentes com a realidade humana, já que os diversos encontros potencializam a relação terapêutica, possibilitando maior proximidade com as reais necessidades, produzindo, conseqüentemente, uma intervenção mais bem estruturada e eficiente.

É no encontro com o outro, nas dinâmicas das relações, no movimento diário que se produz subjetividade, é aí que é possível inventar, confrontar e socializar os diversos saberes.

*O ir e vir com o paciente é posição de comando do tratamento ou única possibilidade. (...) Estar presente em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório* (LANCETTI, 2006, p. 29).

Nesse movimento e circulação há a possibilidade de “variação na quantidade intensiva e na qualidade expressiva da relação” (FUGANTI *apud* LANCETTI, 2006, p. 30). A atenção à saúde, oferecida dessa forma, implica a construção de atividades coletivas visando a atuação em rede de forma

transdisciplinar, buscando a eficácia da prática do acolhimento ao desestabilizar as ações segmentarizadas e burocráticas, ou, pelo menos, na tentativa disso.

Feita de forma a compor esse movimento, essa dinâmica peripatética utilizada pelas equipes de ACS, equipes da Saúde da Família e equipes da Saúde Mental, ocasiona a ampliação do âmbito de identificação da demanda do usuário, que muitas vezes surge durante uma "roda" de conversas. Implicando ainda a necessidade de admitir um olhar integral para o ser humano, em que ele passa do âmbito individual para ser, tanto inserido, como composto no campo social, fazendo parte de referido contexto em que o modifica e é modificado por ele, estando assim, em possibilidade de constante transformação.

## Capítulo 2

### Reforma da reforma: uma lógica líquida?

Zygmunt Bauman, um sociólogo polonês, é responsável por uma prodigiosa produção intelectual que, dentre outros assuntos, se dedica a reflexões acerca da sociedade contemporânea, da soberania estatal e da *liquidez* do mundo.

O termo destacado, enunciado pelo sociólogo, refere-se à insegurança e às incertezas do mundo moderno provocadas pelas transformações globalizantes e privatizantes da vida social, além de toda a confusão de valores que disso resultou.

A imagem análoga que brota desse termo é um elemento que não é possível segurar, um movimento que não se consegue interromper, que se escapa por entre os dedos, algo que não poderia ser comandado, uma medida autogerida e muito sutil, mas também que não se pode ser fundida ou separada. É nesse sentido que o termo foi escolhido para compor o título desse segundo capítulo.

A metáfora da liquidez utilizada pelo pensador remete a uma armadilha em que se posicionam os homens contemporâneos ao enfrentarem e apostarem na precariedade dos relacionamentos, nas incertezas cotidianas, na rapidez do movimento em que não há apropriação das etapas produzidas, aparecendo logo um clima fluido e escorregadio novamente, pode-se pensar que talvez esse seja um dos motivos da procura pelo atendimento psicológico nos consultórios de hoje, de pessoas com alto poder aquisitivo.

Com essa armadilha, Bauman nos fez pensar que há um grande problema com os laços humanos desenrolados na atualidade, plenamente coerente e condizente com as atuais questões da saúde pública brasileira que, supostamente, tem como base a relação humana.

*São as pessoas recentemente denominadas de "subclasses": exiladas nas profundezas além dos limites da sociedade - fora daquele conjunto no interior do qual as identidades (e assim também o direito a um lugar legítimo na totalidade) podem ser reivindicadas e, uma vez reivindicadas, supostamente respeitadas (BAUMAN, 2005, p. 45).*

Pensando nas provocações encontradas em seus livros, buscamos mais uma que suscitou outra contribuição para a saúde pública tratada nesse trabalho, ao dizer que:

*Você só tende a perceber as coisas e colocá-las no foco do seu olhar perscrutador e de sua contemplação quando elas se desvanecem, fracassam, começam a se comportar estranhamente ou o decepcionam de alguma forma (Bauman, 2005, p. 23).*

Isso nos remete à realidade diária encontrada nos noticiários brasileiros, realidade esta, que corresponde à maioria da população. Muitos desses jornais se disponibilizam a reservar boa parte de sua produção para reclamar a saúde pública do país, envolta pelos sentimentos de decepção e fracasso quanto ao nosso sistema de saúde.

Desconsiderando a atuação sensacionalista de muitos desses meios de comunicação, a realidade apresentada das filas nos hospitais, da falta de médicos, da precariedade do atendimento no serviço público de saúde, e das infinitas reclamações, existe, porém há também muitos profissionais implicados em mudar o rumo dessa história. E se, analisarmos conforme as palavras de Bauman poderíamos pensar que ao nos decepcionarem, o setor saúde permite que possamos focar mais nossas atenções para promover as transformações necessárias.

Ao pensarmos no mundo moderno, a saúde pública acaba atingindo apenas a população financeiramente carente, aqueles das "subclasses", os ditos

excluídos, enquanto é garantia constitucional a atenção a **todos** os cidadãos. Isso acaba produzindo uma enorme confusão, aqueles que teriam direito ao atendimento público e tem possibilidade de pagar pelo atendimento privado, logo o fazem.

Surge então uma dialética difícil de ser superada, em que o cidadão pagante, descriminaliza a atenção pública - vista nos noticiários - excluindo, conseqüentemente, o sujeito que será o usuário desse sistema. Assim, a população de baixa renda se torna alvo de uma dupla exclusão, primeiro por possuir baixa renda financeira e depois pela impossibilidade de obter atenção no serviço particular de saúde, que "na boca do povo", supera muito a atenção oferecida pela instância pública.

Outro termo utilizado no título do capítulo foi a *lógica*. No sentido de lógica dialética, que como inscrito no Dicionário Básico da Língua Portuguesa Aurélio tem a contradição, a totalidade e a ação recíproca como categorias, entre outras.

Portanto, fica este capítulo reservado para avaliar a dialética existente na saúde pública, em que há uma liquidez dos acontecimentos diários, fruto do rebuliço contemporâneo envolvendo as relações interpessoais e institucionais, que mesmo assim, mantêm a realidade de um valor (da produção de saúde, por exemplo) que não pode, e não está sujeito a reduções, como também encontramos inscrito no Dicionário citado.

A "reforma da reforma" refere-se à possibilidade de discorrer acerca de uma necessária e provável transformação municipal da saúde pública em diversos âmbitos - aqui o foco será o relacional - garantindo a efetividade dos princípios constitucionais da integralidade, universalidade e equidade, enunciados para o SUS, promovendo uma realidade diferente daquela mostrada nos atuais meios de comunicação.

Sem pretensão inatingível, a transformação citada poderá ser incorporada através da mudança do olhar e auxílio na configuração das práticas públicas creditando valores que auxiliam no aumento de qualidade de suas produções, na medida em que também realizam as mudanças.

Transformação esta, que vem sendo vivida, por exemplo, pelas equipes de ACS durante o exercício de suas atividades como as visitas domiciliares, por exemplo – prática envolvida no trabalho desses profissionais, que será desenvolvida adiante.

Com tudo, vale reconhecer que “produção de saúde é função e finalidade essencial sem a qual não se está autorizado a falar em trabalho em saúde” (CAMPOS, 2000, p. 220). Portanto, para se conseguir essa referida transformação faz-se necessário a incorporação de práticas de produção de saúde tanto para a população e sua comunidade, quanto para os profissionais ligados a essa prática.

Em certo sentido, esse discurso já se transformou em retórica, mas aqui será tratado de forma a fazer o leitor pensar na real possibilidade de incorporá-lo à sua atitude, de maneira a produzir um efetivo progresso em âmbito local, e não de incorporá-lo apenas como discurso vazio.

Fica claro que o modo como se tem dado a institucionalização do sistema de saúde “tem bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição como campo científico” (CAMPOS, 2000, p. 220). Portanto a necessidade de maior apropriação do discurso, da produção e acompanhamento do setor, faz-se impreterível.

### **Articulação – condição primária à saúde mental**

Este estudo não pretende (e nem conseguiria) abarcar um ensaio de transformação da saúde pública como um todo, mas é possível afunilar o olhar, focando em uma via de acesso. A escolhida foi a saúde mental.

*E agora prepare-se o leitor para o mesmo assombro em que ficou a vila ao saber um dia que os loucos da Casa Verde iam todos ser postos na rua.*

*- Todos?*

- Todos. (MACHADO DE ASSIS, 1971, p. 50).

Em seu livro intitulado O Alienista, Machado de Assis, aponta para o problema da loucura e da exclusão dos diferentes, tão ecoado no mundo atual. A primeira edição do livro foi escrita em 1882, mas o conteúdo pode ser comparado com as vivências contemporâneas.

O intuito aqui, não é discorrer acerca desse tema específico, mas pensar as políticas públicas e a função do Estado, além da atuação da sociedade e dos profissionais de saúde frente a essa inegável realidade.

*A saúde de uma população é uma questão social, de responsabilidade coletiva, resultado das suas condições de vida e de trabalho, onde educação e saúde são, antes de tudo, os bens que devemos conquistar para termos melhores condições de vida e de trabalho e, conseqüentemente, de saúde/saúde mental (GUIMARÃES e MEDEIROS, 2001, p.99).*

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal, que devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

*A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p.6).*

As equipes de saúde mental de apoio à atenção básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação e produzir aquilo que Lancetti chamou de “pedagogia da surpresa”, em que uma intervenção inesperada provoca um encontro terapêutico.

Ao adentrar o espaço doméstico dos usuários da saúde mental, ao ir sem aviso prévio, sem comunicar a visita, há a possibilidade de um encontro bastante terapêutico, provocado pela surpresa em receber atenção. É uma via dupla, portanto os “surpreendidos” também surpreendem. Toda essa surpresa ocorre, pois há o encontro.

E o encontro só é possível, pois há uma força afetiva, uma possibilidade de contato maior com a realidade do usuário, que acaba por se tornar um sujeito do processo de produção de saúde, no sentido dele poder ser produtor de sua transformação – e ter a expectativa de perceber isso.

Com esse encontro, há a possibilidade de desconstruir o paradigma fundamental que ronda a saúde nos dias atuais, o paradigma da medicalização, do poder médico invadindo os outros saberes, do encaminhamento sem apropriação do caso, como forma de transferir o problema.

Há que se operar o poder terapêutico do encontro, seja ele com um agente comunitário, com um profissional da medicina ou com um psicólogo, cada um embasado em seus próprios saberes e contribuições, porém com o intuito primeiro de formação de vínculo e possibilidade de intervenção.

Os métodos utilizados por esses analistas peripatéticos são bastante eficazes no trato com a pessoa em sofrimento psíquico, possuem uma abordagem que concebe o ser humano em sua totalidade e praticam “uma intervenção com o valor de uma interpretação” (LANCETTI, 2006, p. 107), não no sentido de interpretação encerrada nela mesma, mas sim, na possibilidade de ofertar uma oportunidade de conectar outros dispositivos para poderem operar em parceria.

É importante, nesse momento, ressaltar a forma de acolhimento e de produção de subjetividade que tecem esses encontros – equipe da saúde + usuário – e a vasta produção de saúde, fruto dos artifícios utilizados.

*Como investir na autonomia e não na infantilização dos sujeitos, como suscitar em suas vidas o acontecimento inédito, como introduzir a surpresa, senão pela ascendência afetiva, entrando com o próprio corpo, mobilizando o entorno, inventando conjuntamente uma linha de fuga, um agenciamento coletivo? (LANCETTI, 2006, p. 12).*

Escolhi falar sobre essas equipes de saúde mental, pois acredito que a configuração da abordagem utilizada promove uma grande reforma relacional que transforma todo o andamento da situação de cada usuário. É um trabalho engenhoso e precisa ser persistente, já que fica fácil escorregar nas reclamações diárias.

Entendo que não é tão fácil quanto parece, ainda mais quando os empecilhos diários são muitos como é o caso da frequente mudança estrutural política, porém se essa forma de atuação for incorporada à nossa atitude frente à vida, ficará mais dinâmica no momento de aplicá-la aos usuários da saúde mental, e assim, mais verdadeira.

## **Capítulo 3**

### **De usuário a sujeito: um verdadeiro olhar para o ser humano**

Em alguns momentos desse trabalho, encontram-se a expressão “clínica ampliada” que terá um maior destaque neste último capítulo, justamente por permitir derrubar as qualificações e identificações a priori – os chamados rótulos do sujeito – que acabam impedindo a visualização do fenômeno.

Aqui o foco será a escuta terapêutica e o acompanhamento afetivo, uma escuta clínica em um contexto bem complexo e pessoal, de modo a promover um fortalecimento do vínculo com o sujeito, dono de sua história.

História esta, que ao longo dos anos foi-se “desconstruindo” e afastando-se de seu próprio sujeito, sendo desvalorizada e minimizada através dos rótulos que iam recebendo e que, se não desconstruídos, poderão tomar a forma de sua vida, admitindo o rótulo como única característica, em um movimento de redução.

As abordagens utilizadas pelas equipes de saúde mental estão conseguindo auxiliar nessa desconstrução dos rótulos, ocasionando uma maior apropriação do processo de produção de saúde por parte dos usuários do sistema, os tornando sujeitos de suas próprias transformações.

Ainda que seja uma realidade, é um trabalho que deve ser construído aos poucos e demora a tomar forma nas comunidades. Daí a importância de manter foco nessas abordagens no decorrer desse terceiro capítulo, permitindo assim, uma melhor avaliação das práticas clínicas nos ambientes pessoais, já que a queixa trazida se comporta como um sintoma que esconde uma demanda maior, podendo ser descoberta através do contato mais íntimo, como o utilizado pelos agentes comunitários da saúde das equipes de saúde mental, por exemplo.

A organização em rede é, talvez, o princípio do trabalho dessas equipes, que junto com a intervenção clínica, possibilita a interlocução de diversos saberes e o melhor encaminhamento e acompanhamento do caso, já que

predispõe de livre circulação de informações, e também de uma equipe multidisciplinar, vivenciada por profissionais distintos como médico, agente comunitário e psicólogo, por exemplo.

Diversos autores se propuseram a definir as redes, cada qual do seu modo. Ricardo Rodrigues Teixeira, Rose Marie Inojosa e Francisco Whitaker são três estudiosos no assunto e chamam atenção pela forma como colocam e como vivem essas definições.

Em comum, encontra-se a rede como possibilidade de organização contrária ao modelo piramidal, como uma necessidade de desconstrução desse modelo, caracterizado pelo estabelecimento de grandes desigualdades – poucos exercem muito poder (cúpula) e muitos exercem pouco ou nenhum poder (base). É um modelo tradicional e ainda bastante presente em nossa sociedade, daí a necessidade do trabalho multi, inter e transdisciplinar, organizado em rede.

Segundo Whitaker (2002), a principal característica está na corresponsabilidade e na cooperação dos inúmeros atores sociais que a compõem, além dos princípios da liberdade, do respeito mútuo, da igualdade, da democracia e da transparência, valores estes, compartilhados pelos membros da equipe que atuam em prol da produção da saúde de determinada comunidade.

Desconcentração do poder, livre fluxo de informações, planejamento, estratégia e definição de objetivos a serem alcançados, são outras atitudes que devem ser constantemente lembradas em um trabalho organizado em rede.

Francisco Whitaker (2002) usa a palavra rede como:

*Forma de organização de pessoas ou entidades que trabalham juntas. (...) Essas redes são um tecido, mais ou menos denso, feito de mais ou menos fios que se entrelaçam uns nos outros. (...)* (WHITAKER, 2002, p. 3).

Rose Marie Inojosa (2000) aponta a produção de redes intersetoriais, enquanto forma de lidar com problemas complexos de uma população, em que

não podem ser trabalhados de forma fragmentada, pois necessitam de uma articulação que dê conta de trabalhar sua complexidade como um todo.

Os fatores que disparam, segundo Inojosa (2000), a ação de um grupo é a percepção do problema social complexo e de uma determinada visão comum sobre a sociedade, ou seja, certa "zona de comunicabilidade" aliada a uma percepção de que uma questão social importante deve ser tratada na perspectiva solidária.

Ricardo Teixeira (2003) descreve a rede como sendo multiplicidade de agenciamentos / encontros heterogêneos, havendo um afunilamento que une as divergências de pensamentos em um foco comum, um obstáculo a ser superado.

O autor afirma ainda, que a integração necessária no âmbito da saúde implica uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário. A pretendida reversão do modelo tecnoassistencial se parece muitas vezes com uma "reversão do modelo comunicacional", por isso seu trabalho faz menção às redes de conversações e ao acolhimento como função permanente de diálogo nos serviços.

A utilização da teoria da conversa como substância do trabalho em saúde pode conseguir maior horizontalidade no atendimento, já que a conversa deve ser necessariamente trabalhada por todos os atores envolvidos.

O *acolhimento dialogado*, que Teixeira enuncia, corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede, permitindo reconhecer o outro como um legítimo outro, além de reconhecer cada um como insuficiente enquanto solitários, entendendo que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

*A arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido de convergência das diversidades. (TEIXEIRA, 2003, p. 10)*

A escolha do acolhimento dialogado como pressuposto para auxiliar na subjetivação do usuário de saúde, permitindo um reconhecimento como sujeito de sua história, e assim, possibilitando uma transformação daquelas vidas enraizadas nos rótulos recebidos e afundadas nos diversos sofás de suas vilas, acaba por autorizar as práticas de saúde no sentido de valorizar esses cidadãos, acolhendo suas manifestações subjetivas, acarretando a transformação no âmbito relacional, tão necessária ao setor.

O sujeito humano se faz a partir das determinações diárias e faz parte do papel das equipes de saúde mental, em prol de produzir saúde, acolher aquilo que as manifestações subjetivas provocam no mundo, além de reconhecer essas manifestações nos diversos ambientes.

Faz-se necessário legitimar as construções humanas e fazer uma leitura da organização do ambiente frente a essas manifestações, ao passo que a atuação do psicólogo dentro dessas equipes de saúde mental torna-se imprescindível por reservar em sua atuação profissional espaço para a escuta clínica, em sentido ampliado, nos diversos ambientes, além do acolhimento das inúmeras manifestações simbólicas, afetivas, iradas, ou de qualquer outra natureza.

Fica aqui o apelo da necessidade de maior apropriação das políticas públicas e da saúde coletiva durante a graduação do curso de psicologia, para que outras pessoas possam ser mais bem preparadas para enfrentar esse universo que necessita tanto de apoio e envolve-se tanto em conflito políticos.

## **Conclusão**

Ao ler/reler o presente trabalho, fica-se a impressão de uma luta bastante ideológica e utópica pela saúde pública brasileira, mas afinal, qual luta não carrega essas tais características?

Pensando profundamente no caminho trilhado pelos militantes dessa luta, pode-se fazer uma analogia com esse estudo – a introdução apresenta as conquistas constitucionais, tão vivamente acompanhadas pelo movimento social, carregando então, a alegria da mudança e a esperança de construir um sistema que realmente fosse capaz de assistir a população de forma universal, integral e com equidade.

Realmente esses são os princípios que o movimento popular conseguiu aplicar constitucionalmente ao sistema de saúde, porém, logo se entendia que para o cumprimento correto desse direito seria necessário municipalizar a atenção à saúde com estratégias como a inscrita no primeiro capítulo, que utiliza meios bastante eficazes na execução das políticas de saúde.

O segundo capítulo apresenta a possibilidade de necessitar de maior vigilância sobre as reformas que ocorrem no setor saúde, colocando em jogo a possibilidade delas não estarem sendo acompanhadas e vigiadas de forma eficaz, se transformando em um movimento vazio que nada auxiliará nas práticas voltadas à comunidade, mas por outro lado, elas podem estar se tornando cada vez mais uma atuação cíclica cogerida e enraizada na circulação da rede de saúde, devido à lógica de sua atuação.

O olhar para o sujeito perpassa toda a política pública envolvida no âmbito da saúde, ou, deveria perpassar. Há que se admitir que em diversas práticas do setor, o ser humano é simplesmente um mero detalhe, não sendo avaliado como produto e produtor de sua realidade. O terceiro capítulo se disponibiliza a focar mais plenamente o estudo na afirmação de uma abordagem que perceba o sujeito plenamente em seu ambiente, atentando para a necessidade desse foco, já que com todas as ressonâncias anteriores, o sujeito acabou sendo um pouco esquecido e separado das práticas das políticas públicas.

A importância da propagação desse estudo está na difusão da forma de acolhimento dialogado e presencial nas práticas de saúde, principalmente na área da psicologia.

Através dos contatos bibliográficos, pode-se entender que ao sair da graduação, o recém-profissional da área não tem conhecimentos básicos suficientes para a atuação no mundo da saúde pública e das políticas públicas relacionadas ao setor – que tanto precisa de apoio.

Com esse estudo, evidencia-se a necessidade de mudança no âmbito relacional referente às práticas que envolvem a saúde pública. Essa mudança pode ser auxiliada pela presença de um profissional da psicologia, já que temos instrumentos diversos para o emprego da escuta clínica e do acolhimento afetivo, que produzem mudanças terapêuticas significativas no encontro do agente da saúde e do sujeito-usuário do sistema.

Com o intuito de promover essa mudança, faz-se necessária maior apropriação das políticas públicas e da saúde coletiva durante a graduação do curso de psicologia, além de discussões e debates sobre o tema com profissionais implicados no assunto.

Intrigantemente, ainda há quem discorde e menospreze as atividades produzidas pelas equipes volantes de saúde mental e dos agentes comunitários, atribuindo uma conotação depreciativa às reuniões de equipes de saúde e às saídas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) rumo ao território comunitário.

Isso ocorre, pois não conseguem avaliar a alta produção terapêutica fora dos espaços fechados do setor e a verdadeira cumplicidade unida ao alto grau de agenciamento movimentado nos encontros das reuniões de equipes, tão altamente renovadoras para seus participantes.

Incrivelmente há uma grande rede movimentada empenhada em disseminar a importância do funcionalismo público da saúde e todas as práticas necessárias para acolher e abarcar as manifestações subjetivas decorrentes dos envolvimento pessoais, que ocorrem no território, tanto dos sujeitos-usuários quanto dos sujeitos-profissionais.

## Referências

BAUMAN, Zygmunt. *Identidade*: entrevista a Benedetto Vecchi, tradução, Carlos Alberto Medeiros, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Imprensa Oficial, 143 p., São Paulo, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção - Relatório de Gestão 2003 /2006*. Brasília, DF, 85 p. jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. *ABC do SUS - doutrinas e princípios*, v. 1, 20 p., Brasília DF, 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Jul./Ag. 2007.

CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud. av.* vol. 13 n. 35. São Paulo jan./abr. 1999.

Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa, São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1995.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e

perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 33-38, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext)> Acesso em: 25 de agosto de 2009.

GUIMARAES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.6, n.1, p. 97-104, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7028.pdf>> Acesso em: 25 de agosto de 2009.

INOJOSA, Rose Marie. *Saúde: esgarçamento e reconstituição da rede social*. Revista de Administração Pública, v.34, n. 6, p. 105-116, nov./dez. 2000.

LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*, São Paulo: Hucitec 2006.

MACHADO DE ASSIS. *O Alienista*, São Paulo: Ática Ed. 1971.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, São Paulo, nov./dez. 2005.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, São Paulo, out. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016#1](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016#1)> Acesso em: 25 de agosto de 2009.

SILVEIRA, Juliana Flor. *Ações de Saúde para Inclusão Educacional e Sócio-Cultural de Crianças e Adolescentes Deficientes ou em Situação de Vulnerabilidade*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Projeto de Iniciação Científica. Relatório Final, 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. Em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.). IMS-UERJ / ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003. - Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>> Acesso: em 21 de jan. de 2008.

WHITAKER, Francisco. *Conversando com Chico Whitaker – Sobre Redes* Texto redigido, que acompanha o vídeo “Conversando com Chico Whitaker – Sobre Redes”, Edições Paulinas, São Paulo, maio / 2002.

### **Referências - Sites**

Biblioteca Virtual – site. Discurso de Sergio Arouca. 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: 13 de junho de 2009.

Biblioteca Virtual – site. Linha do tempo. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/linha.htm>> Acesso em: 20 de setembro de 2009.

Portal Brasil – site. Disponível em: <[http://www.portalbrasil.net/economia\\_glossario.htm](http://www.portalbrasil.net/economia_glossario.htm)> Acesso em: 20 de outubro de 2009.

Portal da Saúde – site. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28537](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=28537)> Acesso em: 25 de outubro de 2009.