

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Elaine Rosner Silveira

**Práticas pedagógicas na saúde: o Apoio Matricial e a
Interconsulta integrando a saúde mental à saúde pública**

Porto Alegre

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Elaine Rosner Silveira

**Práticas pedagógicas na saúde: o Apoio Matricial e a Interconsulta
integrando a saúde mental à saúde pública**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora:
Prof. Dra. Maria Lúcia Castagna
Wortmann
Linha de Pesquisa: Estudos Culturais em
Educação

Porto Alegre

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Elaine Rosner Silveira

**Práticas pedagógicas na saúde: o Apoio Matricial e a Interconsulta
integrando a saúde mental à saúde pública**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora:
Prof. Dra. Maria Lúcia Castagna Wortmann

Aprovada em 14 de janeiro de 2011.

Prof. Maria Lúcia Wortmann – Orientadora:

Prof. Dra. Rosa Maria Hessel Silveira - UFRGS:

Prof. Dra. Daniela Ripoll - ULBRA:

Prof. Dra Marta Conte – Escola de Saúde Pública/RS:

Ao concluir este trabalho quero agradecer...

... as pessoas próximas e a minha orientadora Maria Lúcia Wortmann que acompanharam este percurso de perto.

... a Ângela Bicca pela amizade e disponibilidade em auxiliar; a Paulo Slomp pela presença e apoio; a Rose Tschiedel, Jaciane Guimarães e Mirtes Lia pela sugestão de textos; a Shaula Sampaio pela leitura atenta do Projeto; a Analice Palombini pela troca de idéias; a Jaime Betts pelas sugestões; a Marta Conte por algumas valiosas dicas.

... a instituições e também programas que possibilitaram espaços e fóruns de interlocução e amadurecimento de temas afins a esta Tese, como a Associação Psicanalítica de Porto Alegre, a Escola de Saúde Pública/RS, e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) em Saúde que articula o ensino dos cursos da saúde na Universidade aos serviços do SUS, e a própria Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

... a todos os doze profissionais da saúde que se mostraram disponíveis para a realização das entrevistas desta pesquisa, bem como aos seus coordenadores que concederam a possibilidade de entrevistar seus funcionários.

RESUMO

Esta Tese se desenvolve dentro da linha de pesquisa de Estudos Culturais em Educação, articulando-a com autores da área de Saúde Coletiva e da Psicanálise, e aborda as práticas da Interconsulta e do Apoio Matricial, propostas pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e pelo Ministério da Saúde brasileiro, respectivamente, que sugerem encontros interdisciplinares nos quais os profissionais dos serviços especializados orientam os profissionais da rede básica, no caso desta pesquisa o foco se dá sobre a área de saúde mental. Abordo o papel que têm sido atribuído a essas práticas nas políticas de saúde contemporâneas para atuarem na desconstrução da dissociação entre saúde mental e saúde, tomada em um sentido mais amplo, situação ainda encontrada corriqueiramente nas ações da saúde. Discuto como esta dissociação foi construída culturalmente, ao longo do tempo, com o surgimento da ciência, valendo-me de autores tais como Luz (1988) e Veiga-Neto (1996b), referindo, também, ser ela criticada em Documentos nacionais, organizados pelo Ministério da Saúde, e em documentos internacionais, organizados, por exemplo, pela Organização Mundial da Saúde. O estudo compreendeu duas etapas principais: a análise de documentos do Ministério da Saúde sobre o Apoio Matricial e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS sobre a Interconsulta; e a análise de entrevistas realizadas com doze profissionais de serviços da rede básica e de serviços de saúde mental pertencentes à Secretaria Municipal da Saúde. Abordei o Apoio Matricial e a Interconsulta como práticas pedagógicas que atuam no governmentamento (FOUCAULT, 1993) de novas formas de ver, dizer e julgar (LARROSA, 2002) a saúde mental e a saúde, e de (re) estruturá-las, bem como na produção de novas subjetivações para os profissionais da saúde, diferentes das subjetivações operadas a partir do modelo biomédico e científico dominantes. Ressalto que estas práticas objetivam a inclusão da saúde mental nos atendimentos realizados na saúde, bem como incentivam a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, visando produzir formas mais coletivas e horizontais de organizar o trabalho, os fluxos entre os serviços e a gestão da saúde. Destaco como estas práticas se inserem num contexto de discursos na saúde que valorizam a Atenção Primária à Saúde, inclusive como parte do atendimento à saúde mental, a inclusão do doente mental na comunidade, e a idéia de um conceito ampliado de saúde que leva em conta não somente os determinantes biológicos, mas também os psíquicos e os sociais, que se relaciona ao discurso da integralidade, bastante presente nos documentos e práticas. Destaco, também, que essas práticas na saúde estão em consonância com a forma de organização social contemporânea, que tende a reconhecer a pluralidade e as divergências existentes no social e que propõe que se assumam decisões mais negociadas entre os pares, de forma democrática, em vez de impostas através de ações de uma autoridade vertical, anteriormente garantida pelo modelo patriarcal preponderante, tal como assinalou Lebrun (2009a), que também se efetivou na saúde no modelo biomédico, conforme apontou Capra (1982).

Palavras-chave: Práticas Pedagógicas. Construcionismo Cultural. Saúde Mental. Saúde Coletiva. Governmentamento. Subjetivação. Apoio Matricial. Interconsulta.

ABSTRACT

This Thesis develops within the research line of Cultural Studies in Education, articulating with authors from the area of Collective Health and Psychoanalysis, and addresses the practices of Interconsulta and Matrix Support, proposed by Municipal Secretary of Health of Porto Alegre and by the Ministry of Health, respectively, which suggest interdisciplinary meetings in which the professionals of the specialized services guide professionals of the Primary Health Care services, in the case this research the focus is on the area of mental health. I turn the role that have been allocated to these practices in the health politics to act in contemporary to dissolve dissociation between mental health and health, in a broader sense, situation that is still found currently in the actions of health. I discuss how this dissociation was built culturally, over time, with the emergence of science, using authors such as Luz (1988) and Veiga-Neto (1996b), referring, also, be it criticized in national documents, organised by the Brazilian Ministry of Health, and in international documents, organised, for example, by World Health Organization. The study involved two main stages: the analysis of documents of the Ministry of Health on the Matrix Support and of the Municipal Department of Health of Porto Alegre/RS on Interconsulta; and analysis of interviews with 12 professionals involved in services of Primary Health Care and mental health services belonging to the Department of Health of Porto Alegre. I considered the Matrix Support and Interconsulta pedagogical practices as operating in government (FOUCAULT, 1993) and education of new forms of see, say and judge (LARROSA, 2002) the mental health and health, and (re)structure-them, as well as in the production of new subjectivation in the professionals that work at health services, different from biomedical model and scientific dominant in subjectivation. I emphasize that these practices aim at the inclusion of mental health in the attention carried out in health, as well as encourage interdisciplinarity and intersectoriality, producing more collective and horizontal ways to organise the work, flows between the services and management of health. I detach how these practices are part of a context of speeches in health that value the Primary Health Care, including as part of mental health care, the inclusion of the mentally ill in the community, and the idea of a concept accrued to health which takes into account not only biological determinants, but also the psychological and social, that relates to the speech regarding the integrality, very present in the documents and practices. These practices in health also come into line with the form of contemporary social organization, that tends to recognize the plurality and the differences in the social field and proposes decisions more negotiated between pairs, democratic, instead of just imposed by a vertical authority previously guaranteed by the patrimonial model preponderant, as notes Lebrun (2009a), that also enforced in health on the biomedical model, as pointed out Capra (1982).

Key-words: Pedagogical Practices. Cultural Constructionism. Mental Health. Collective Health. Government. Subjectivation. Matrix Support. Interconsulta.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Estratégia de Saúde da família

INAMPS – Instituto Nacional de Atendimento Médico e Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMSS – Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 APRESENTANDO E PROBLEMATIZANDO O CAMPO DISCURSIVO DA SAÚDE PÚBLICA - A INTEGRALIDADE E O <i>BIO PSICO SOCIAL</i>	20
3 EMERGÊNCIAS DISCURSIVAS - PRODUÇÃO SOCIAL E CONTEXTUALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E DA INTERCONSULTA	39
3.1 O SURGIMENTO DAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS E DA RACIONALIDADE MODERNA.....	41
3.2 CONTINGÊNCIAS DE PRODUÇÃO NA SAÚDE DA PRÁTICA DE MATRICIAMENTO E INTERCONSULTA - A REFORMA SANITÁRIA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	52
3.3 TEORIZAÇÕES SOBRE O APOIO MATRICIAL E A INTERCONSULTA.....	61
4. ALGUMAS FERRAMENTAS PARA A CAIXA DE FERRAMENTAS.....	69
4.1 SUJEITO, PODER E VERDADE.....	69
4.2 GOVERNO, AUTO-GOVERNO, CIVILIZAÇÃO E AINDA O SUJEITO.....	72
5 PRODUZINDO E EDUCANDO SUJEITOS NA SAÚDE: AS SUBJETIVAÇÕES PROFISSIONAIS (MAIS FERRAMENTAS PARA A CAIXA).....	81
5.1 VER, DIZER E JULGAR EM PROFISSÕES DA SAÚDE.....	86
5.1.1 O aprendizado da objetividade: subjetivações na medicina.....	87
5.1.2 A constituição da prova da realidade: subjetivações na psiquiatria.....	91
5.1.3 Subjetivações na formação psicanalítica: a valorização da linguagem e das significações singulares	94
5.1.4 Subjetivações na área <i>psi</i> : o disciplinamento e seu questionamento.....	99
5.2 ELEMENTOS COMUNS ENTRE AS SUBJETIVAÇÕES DAS DIFERENTES ÁREAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE	105
6 APORTES METODOLÓGICOS	108
6.1 CONCEITOS DESTACADOS NAS ANÁLISES.....	108
6.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA COMO PROCEDIMENTO INVESTIGATIVO.....	116

7 ANÁLISE PARTE I – OS DOCUMENTOS SOBRE O APOIO MATRICIAL E A INTERCONSULTA.....	120
7.1 DOCUMENTO 1 – O ANEXO DA PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE CAPS, INTITULADO “SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS”	124
7.2 DOCUMENTO 2 – A CARTILHA DO HUMANIZASUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, INTITULADA “EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL”.....	130
7.3 DOCUMENTO 3 - A INTERCONSULTA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL 2005-2008.....	139
8 ANÁLISE PARTE II - AS ENTREVISTAS.....	150
8.1 APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.....	152
8.2 O OBJETO DA INTERCONSULTA/MATRICIAMENTO E SEU <i>MODUS OPERANDI</i> – UM APRENDIZADO.....	156
8.2.1 É preciso atentar para a “dor na alma”.....	172
8.2.2 Complexificando a visão dos casos e ampliando as práticas de assistência à saúde mental.....	180
8.3 ALGUMAS POSIÇÕES REFERIDAS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE.....	186
8.4 ESTRATÉGIAS, CRÍTICAS E DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DO MATRICIAMENTO E DA INTERCONSULTA.....	202
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
10. REFERÊNCIAS.....	230

1 INTRODUÇÃO

Início esta seção apresentando brevemente meu percurso acadêmico e profissional. Trabalho como psicóloga na área de saúde pública e saúde mental há 18 anos, cenário de onde emergiram as principais questões norteadoras deste trabalho de tese. Meu trabalho clínico e institucional baseia-se numa formação psicanalítica bem como também em estudos na área da cultura. Meu Mestrado foi em Antropologia Social/UFRGS, especificamente na área de gênero, mas neste pós-graduação muito estudei os autores que tematizam a cultura, bem como a saúde e suas representações culturais. De certa forma, estou retomando no Doutorado a área temática da minha monografia da Especialização em Teoria Psicanalítica/UNISINOS, que abordava as especificidades do atendimento em saúde mental na área pública, assim como também retomo o tema da cultura examinado no Mestrado, já que na Educação estou pesquisando na linha de Estudos Culturais.

Minha trajetória acadêmica passa por interesses bastante diversos, mas não inconciliáveis, como a saúde pública, a psicanálise e a cultura. Também os Estudos Culturais transitam por variados campos temáticos e teóricos, diferentes universos simbólicos e culturais, conforme referem Costa; Silveira; Sommer (2003). Eles colocam que os Estudos Culturais não pretendem ser uma disciplina acadêmica tradicional com fronteiras delineadas, mas sim um conjunto de “abordagens, problematizações e reflexões” que são fruto da confluência de vários e diferentes campos e teorias já estabelecidos, e que visam “romper certas lógicas cristalizadas e hibridizar concepções consagradas” (p. 23). As pesquisas dos Estudos Culturais, segundo esses autores (ibidem), podem percorrer disciplinas e metodologias diferentes para poder dar conta de seus objetos de estudos, suas preocupações e interesses.

Início a apresentação desta tese buscando situar o lugar de onde falo, bem como meus interesses investigativos e as possíveis articulações entre ambos, porque na

perspectiva pós-estruturalista, na qual posiciono meu estudo, não são buscados essencialismos nem universalismos, tendo-se presente que todo discurso é situado e que toda a investigação é interessada. Ou seja, conforme assinalou Meyer (2005), toda a investigação se dá a partir de questionamentos levantados por alguém situado em algum tempo e lugar. Assinalo, ainda, que nessa perspectiva entende-se que as próprias perguntas que formulamos nas pesquisas correspondem à apresentação de uma forma de ver e de atribuir sentido ao mundo, como afirma Costa (2005), ou a uma maneira de “armar uma perspectiva para ver”, como destacou Sarlo (1997, p. 10). Faço, então, tais considerações para indicar que a minha perspectiva de ver está atravessada por discursos que estarei apresentando mais detidamente ao longo desta tese e que advém de diversificadas áreas como os Estudos Culturais, a Saúde Coletiva e a psicanálise.

Tanto no campo dos Estudos Culturais quanto da psicanálise há o entendimento do papel da linguagem como constituidora de verdades, tal como destacou Stuart Hall (1997a) ao discutir a perspectiva que ele refere como construcionismo cultural e ao referir que a linguagem constitui a realidade e que todas as práticas sociais são discursivas e culturais. Tanto Hall quanto Lacan (que propôs-se a fazer um retorno à obra de Freud) atribuem um lugar central à linguagem – assim como todos os autores que assumem a virada lingüística - só que diferem quanto ao objeto de suas teorizações e quanto aos enfoques e problemáticas examinados. Hall (ibid) está voltado para as práticas sociais e culturais que constituem o sujeito, já Lacan para a constituição do sujeito psíquico individual e a sua subjetividade (embora também reconheça que a subjetividade se constitui a partir dos discursos vigentes no campo social e cultural). Outra semelhança entre a psicanálise e os estudos de inspiração foucaultiana (uma das vertentes bem atuais de alguns Estudos Culturais), segundo Gillian Rose (2001), é a consideração de que os sujeitos humanos são produzidos e não simplesmente nascem prontos. Boa parte da obra de Foucault, segundo ROSE (2001), trata de estudos históricos sobre a construção da subjetividade humana em determinados períodos da história ocidental. E a psicanálise, segundo Lajonquière (1992), reconhece a eficácia simbólica da linguagem, isto é, sua capacidade de produzir efeitos e transformações, seu poder de estruturar um campo humano onde a subjetividade e os objetos são produtos do discurso. E, ainda, segundo o autor (ibid), para a psicanálise a ordem da linguagem constitui o sujeito e o assujeita ao mesmo tempo a formações sócio-históricas de uma cultura e também aos desejos inconscientes de seu meio familiar.

Stuart Hall é um dos autores que se aventura em tentar uma articulação mais detalhada destas duas áreas, a social e a psíquica. Hall (1996 apud ROSE, 2001) reconhece que a ideologia é eficiente porque atua tanto no nível micro da identidade psíquica quanto no campo das práticas discursivas que constituem o campo social. E que o sujeito não é só disciplinado e se auto-disciplina, tal como Foucault (2006b) aponta, mas ele também se identifica ou não com as posições no discurso para as quais é convocado (HALL, 2000). Segundo Hall (2000), Foucault não aborda os “processos interiores” (p.123) que levam um sujeito a aceitar ou rejeitar determinadas posições de sujeito que a cultura lhe impõe, aspecto em que a psicanálise teria a contribuir. Por isso, pretendo também neste trabalho propor algum diálogo entre estas áreas.

A partir das perspectivas pós-modernas¹, segundo Veiga-Neto (1996a), se entende que: 1) não há distanciamento e assepsia metodológica, somos parte do que analisamos e queremos modificar; 2) o relativismo metodológico considera não só uma única determinação, mas as várias determinações envolvidas em uma dada situação - étnicas, religiosas, econômicas, de gênero, idade, etc -, pois nestas perspectivas de pesquisa, diferente da visão Iluminista moderna, não se apela à razão ou à consciência como formas de chegar a uma Verdade definitiva, ou à idéia da linguagem como sendo a própria coisa ou a sua representação. Nestas perspectivas, que assumem a virada lingüística, a questão não é simplesmente questionar se as coisas existem ou não, mas sim pensar sobre os discursos que as nomeiam e a linguagem a partir da qual essas emergem ou se instituem de uma determinada forma. Além disso, é importante indicar o movimento que Hall (1997a) refere como “virada cultural”, a partir do qual se passou a atribuir à cultura uma função constitutiva em relação à vida social. Cabe registrar que tal perspectiva está intimamente ligada a uma mudança de atitude em relação à linguagem. Ou seja, que a virada cultural associa-se à virada lingüística, anteriormente referida, na qual a linguagem passou a ser vista não como mera reprodução da realidade, mas como constituidora de significados, que se instauram ou emergem a partir de jogos de linguagem, bem como das classificações que neles se estabelecem e não como atributos que emanam das coisas em si. Embora algumas destas idéias já estivessem

¹ Escreve-se no plural porque, conforme Veiga-Neto (1996), se trata de uma multiplicidade de novas tendências em variados campos como as Artes, Literatura, Filosofia, Ciência e que passaram a ser denominadas de pós-modernas, que têm em comum o abandono das idéias Iluministas. Elas começam a aparecer em meados do século XIX quando há uma crise dos paradigmas com o acúmulo de fraturas no paradigma moderno.

presentes em estudos de sociólogos como Max Weber, Émile Durkheim e Lévi-Strauss, estes elementos são reconfigurados na perspectiva dos Estudos Culturais – especialmente quanto à forma de pensar-se a centralidade que a cultura e a linguagem assumem nos processos de atribuição de significados (HALL, 1997a). Bem como entender a cultura como uma arena onde se travam as lutas pela significação, assim como as relações entre saber e poder, e os jogos de verdade, como ensinou Foucault (2003).

Então, ao assumir-se essa forma não essencialista de ver, o que importa é buscar-se o jogo de relações que vamos estabelecendo entre as coisas e as categorias, pois, segundo Hall (1997a):

um discurso jamais consiste em uma declaração, um texto, uma ação ou uma fonte. ... o discurso aparece ao longo de uma cadeia de textos, e como forma de conduta, em um conjunto de locais institucionais da sociedade (p.44)

Quero também destacar já introdutoriamente, que a articulação entre a Educação e os Estudos Culturais possibilita uma leitura ampliada do pedagógico ao considerar que os processos de aprendizagem não ocorrem somente nos espaços da escola ou das instituições de ensino. Assim, dá-se destaque às aprendizagens que ocorrem em instâncias ou manifestações extra-escolares como a mídia, o cinema, a cultura popular, os livros de ficção, as organizações religiosas, assim como os documentos e práticas na saúde pública, eu acrescentaria. Todos são vistos como processos culturais. Ou seja, o cultural não deixa de ser também pedagógico, como afirma Wortmann (2002), e uma série de outros autores que lidam com os Estudos Culturais, especialmente Silva (1999). Este autor destaca que o pedagógico e toda articulação entre saberes e práticas é cultural e os processos que ocorrem na escola são comparáveis aos processos que ocorrem fora dela. Então, mesmo que estes últimos não objetivem explicitamente ensinar um corpo de conhecimentos planejado em um currículo escolar, eles ensinam muitas coisas, além de atuarem na produção de identidades e subjetividades. Isto é, eles atuam produzindo e modificando modos desses sujeitos serem e posicionarem-se frente ao mundo. Assim, também, pode-se pensar que os discursos e as práticas na saúde igualmente têm uma dimensão cultural e uma função pedagógica, ligadas a um determinado tempo e espaço e que esses “ensinam” e produzem formas de ver, compreender e lidar com situações na saúde.

Wortmann (2004), invocando estudos realizados por Slack (1996, apud WORTMANN, 2004) considera que a articulação entre Estudos Culturais e Educação se dá, em parte, nas dimensões epistemológica e estratégica, quando os estudos buscam transitar em temáticas e procedimentos investigativos historicamente ligados a campos tais como a antropologia, a sociologia, a ciência, a mídia, o cinema, a religião, a história, a literatura, ou ainda, aos estudos de gênero, raça, sexualidade, entre outros. Ou, além disso, tal articulação assume uma dimensão política ao trabalhar com os efeitos produtivos das ações pedagógicas - escolares ou não escolares - na constituição de sujeitos e suas visões de mundo, ou dos discursos e práticas que atuam na produção de identidades. Incluem-se entre as articulações de natureza política, segundo a autora (ibidem), os estudos que têm examinado as naturalizações procedidas por algumas vertentes teóricas que buscam definir um campo próprio para a educação, buscando o que lhe seria específico e essencializando determinadas posições em detrimento de outras. Essa articulação entre Estudos Culturais e Educação, segundo Wortmann (2004), tem inspirado a realização de pesquisas em educação que se voltam a perguntar “como” um determinado modo de ver e interpretar o mundo se instituiu e se tornou predominante, em vez de indagar-se acerca de *qual é o modo mais próprio da educação*, pensando, ainda, operar a produção do educativo tanto dentro, quanto fora da escola.

Giroux (2009) coloca que a pedagogia, pensada a partir dos Estudos Culturais, deve passar além do domínio de técnicas, habilidades e metodologias. Segundo ele, esta deve ser vista como

uma configuração de práticas textuais, verbais e visuais que objetivam discutir os processos através dos quais as pessoas compreendem a si próprias e as possíveis formas pelas quais elas interagem com outras pessoas e seu ambiente (p. 100).

Giroux (ibidem), tal como os autores anteriormente citados, entende a pedagogia como um modo de produção cultural que deve ser responsabilizada ética e politicamente pelo que produz, bem como pelo que projeta como imagem de futuro legítima e também de passado.

Retornando aos estudos que estarei focalizando nesta Tese, ressalto que, a partir de minha experiência de trabalho, bem como do contato que mantenho com a literatura em saúde - artigos, livros e documentos - verifico existir uma dissociação entre saúde e saúde mental nos discursos e nas práticas colocadas em ação no campo da saúde. Sendo essa uma das problemáticas que me levaram a querer examinar as tentativas e projetos já empreendidos na direção de buscar relacionar estas áreas da saúde. Embora a saúde

mental faça parte da saúde tomada em uma perspectiva mais ampla, comumente as práticas em saúde não incluem a saúde mental entre suas ações, ficando essa, com frequência, restrita aos serviços especializados (Ambulatórios de Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossociais/CAPS, entre outros), deixando ela, igualmente, de fazer parte das ações em serviços de saúde em geral (rede básica², serviços especializados em outra área que não da saúde mental, emergências, hospitais e outros), ou de programas voltados para a saúde de modo geral.

É comum, na rede básica de saúde, ou nos postos de saúde onde atuam profissionais generalistas, esses atenderem a um leque diversificado de situações como desnutrição infantil, hipertensão em adultos, diabetes, entre outros, mas não incluïrem a saúde mental como parte deste leque. Assim, uma manifestação da subjetividade, tal como o choro de uma pessoa, por exemplo, pode ser encaminhada diretamente a um serviço especializado de saúde mental sem que o profissional da rede básica considere a possibilidade de alguma assistência ser procedida no âmbito da rede básica. Geralmente os aspectos orgânicos, objetivos, físicos e sociais são entendidos como pertinentes ao campo de atuação dos profissionais da medicina, da enfermagem, ou da assistência social, que trabalham nas equipes da rede básica, enquanto o que é qualificado como psíquico é considerado como sendo da alçada dos profissionais da rede especializada em saúde mental. E cabe lembrar que nas equipes de saúde mental também participam enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais que lidam com a saúde mental. Aliás, também observei uma falta de aproximação entre ações voltadas ao diabetes, a saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, por exemplo, e a saúde mental, tanto no planejamento dos programas e políticas quanto na execução da assistência. As diferentes políticas colocadas em ação como, por exemplo, a *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, a *Política de Saúde do Idoso*, a *Política de Saúde Mental*, entre outras, comumente não são articuladas entre si e nem com a saúde mental, ou são pouco articuladas. Assim, discussões referentes à saúde mental, ao sofrimento psíquico ou à subjetividade, que a princípio seriam transversais a qualquer outro programa e política pública de saúde, comumente não perpassam esses programas.

² A rede assistencial da saúde é composta da rede básica, também chamada de Atenção Primária, que são os postos de saúde que são considerados por alguns autores a porta de entrada no SUS pois a partir daí se fazem os encaminhamentos para os serviços especializados que são a Atenção Secundária. A Atenção Secundária é composta por serviços especializados como os serviços que atendem HIV, saúde mental, reabilitação/fisioterapia, especialidades médicas, etc. Os hospitais constituem o que comumente os autores chamam de Atenção Terciária.

Dessa forma, as ações e o cuidado em saúde se processam, com frequência, de forma compartimentada, fracionando o atendimento e o sujeito, que também é atendido de forma fragmentada: cada “fragmento” é remetido para um serviço diferente, ou para um programa específico, ou para um profissional específico, sem que haja, muitas vezes, uma articulação entre eles, gerando-se, assim, como salientou Ceccim (2005), uma parcelização técnico-burocrática do trabalho. Esse é um dos aspectos que justificam meu interesse, neste estudo, pelas práticas da Interconsulta e do Apoio Matricial, que objetivam colocar em operação a articulação entre as áreas e serviços de saúde mental³ e de saúde no sentido geral. Estas práticas consistem em encontros interdisciplinares entre profissionais dos serviços de saúde mental (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e outros) e profissionais que trabalham nos postos de saúde da rede básica (médico, enfermeiro, agente comunitário e outros) para que os primeiros orientem os segundos, principalmente a respeito da avaliação e atendimento de casos de saúde mental, com o intuito de que possam acompanhar alguns casos, ao invés de encaminharem imediatamente ao serviço de saúde mental casos que talvez não necessitassem de atenção especializada.

Analiso esta separação entre saúde mental e saúde como uma construção social, tal como refere Silva (1999), bem como os discursos e as tentativas de integrá-las. Aliás, para este autor (ibid), a idéia de construção social tornou-se um conceito unificador dos Estudos Culturais, destacando o autor serem as práticas, as instituições, os conceitos e os objetos invenções, que gradualmente vão deixando de ser entendidas como tal, a partir das naturalizações processadas. Assim, então, a forma como Silva (ibid) analisa o currículo e todos os objetos da cultura pode servir de norte para a condução de análises na área dos Estudos Culturais. O autor refere que os Estudos Culturais concebem o currículo como um campo de luta em torno da significação e da identidade, e se propõe a analisar as relações de poder que fazem com que assumamos determinados propósitos para um currículo e não outros, ou que nele se inclua um determinado tipo de conhecimento e não outros. Como Silva (ibid) ressaltou, a instituição do currículo é uma invenção social construída pelo discurso e a linguagem, assim como os conteúdos do currículo ou os conhecimentos corporificados no currículo. E mais, todas as formas de conhecimento - as ciências naturais, as ciências sociais, as

³ Esclareço que a Interconsulta e o Apoio Matricial podem ocorrer em diferentes áreas da saúde como, por exemplo, a nutrição ou a fisioterapia, mas neste trabalho estou focando a área de saúde mental.

artes, etc - são também decorrentes de construções sociais, tal como as divisões internas à saúde, que separam a saúde física da mental, especialmente na cultura ocidental contemporânea. A partir das considerações de Silva (ibid) é possível dizer que essas são, igualmente, construções históricas e culturais, que incluem classificações que se tornaram naturalizadas e que passaram a nortear nossos conceitos e práticas em saúde, assim como as propostas de relacioná-las.

Ressalto, novamente, que esta abordagem construcionista é, segundo Hall (1997b), a de maior impacto nos Estudos Culturais nos últimos anos: nela se considera que o significado é construído *na e através da* linguagem, havendo a preocupação com as práticas de simbolização e os processos através dos quais funcionam a representação, o significado e a linguagem. Tal abordagem é diferente da abordagem reflexiva, que considera que o significado está no objeto, pessoa, idéia ou evento do mundo real, e que considera a linguagem como espelho que reflete os objetos do mundo. É diferente, também, da abordagem intencional que considera o falante/enunciador como sendo quem dá significação às coisas do mundo e a linguagem como a expressão do significado individual intencional. Tal abordagem denominada intencional não leva em conta que a linguagem e os códigos são partilhados dentro de um sistema social, não sendo, portanto, inteiramente particulares. Já a abordagem construcionista, para qual estarei dando destaque, reconhece o caráter social da linguagem e que as “coisas” não têm um significado inerente; também não considera que os significados são individuais, entendendo ser o significado produzido pelo trabalho da representação e das práticas de significação.

Esta Tese aborda documentos e práticas que produzem a articulação entre saúde mental e saúde, bem como propugnam a inclusão do psíquico, do subjetivo ou do mental nas práticas da saúde. E nela também se aborda como as práticas do Apoio Matricial e da Interconsulta, gestados respectivamente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde brasileiro e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS, organizam, configuram e “ensinam” modos de promover esta articulação, referendando a necessidade de conferir uma atenção integral em saúde. Também se aborda nesta Tese procedimentos que visam permitir a interrelação entre diferentes profissões, disciplinas ou áreas do conhecimento, que seriam possibilitados pela Interconsulta e o Matriciamento, além de pensar-se sobre as subjetivações (LARROSA, 2002) que estas práticas operam. Dessa forma, afirmo que estes documentos e práticas pretendem

exercer um governo (FOUCAULT, 1993) sobre os profissionais da saúde e sobre a população no sentido de que modifiquem suas práticas habituais em saúde.

Tendo em vista o exposto, pode-se dizer que os objetivos desta Tese são:

- 1) examinar algumas situações em que se procedeu à construção social da dissociação entre saúde mental e saúde e, também, a construção social da proposta de aproximá-las e relacioná-las que está enunciada em documentos nacionais e internacionais, bem como nos textos de autores da área da saúde.
- 2) analisar a Interconsulta e o Apoio Matricial enquanto práticas que considerarei como pedagógicas, que pretendem atuar no governo e na instauração da pretendida articulação entre saúde mental e saúde, bem como entre as diferentes especialidades e profissões que trabalham nessas áreas, cada qual com sua ética e forma de abordar a saúde, o sintoma e o tratamento.
- 3) indicar como os documentos e as práticas da Interconsulta e do Matriciamento pretendem atuar também no auto-governo e na emergência de novos modos de subjetivação dos profissionais que lidam com a saúde, bem como dos próprios usuários do SUS, além de atuar no estabelecimento de novas formas de relações de trabalho, de organização dos fluxos e da gestão.

Passo, a seguir, a indicar, brevemente, o que será focalizado em cada um dos capítulos que compõem esta Tese.

No capítulo 2, introduzo o objeto da tese abordando os documentos nacionais e internacionais do campo da saúde da saúde, bem como alguns autores, que promovem a construção social da separação entre saúde mental e saúde assim como a construção da idéia de integração entre áreas, saberes, instituições (incluindo as que estão fora da saúde), que reafirmam o princípio do SUS de integralidade e a noção de *bio psico social*. O princípio da integralidade, que estarei referindo ser um discurso reiterado em vários documentos do Ministério da Saúde, muitas vezes coloca em destaque a importância de conceder-se atenção integral à saúde levando em conta os elementos *bio psico social*. Focalizo, também, os autores da área de Saúde Coletiva vinculados à Reforma Sanitária, que propõem ações de integração reafirmando princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de focalizar a cadeia de textos onde estão enunciados discursos que atuam na produção da idéia de integração pela Interconsulta e o Matriciamento que, tal como aponta Hall (1997a), não se encontram isolados, mas numa rede discursiva situada em um dado contexto histórico.

No capítulo 3 abordo aspectos que permitiram a emergência dos discursos do Apoio Matricial e da Interconsulta. Para isso, localizo o terreno social e institucional mais específico no qual foram produzidas tais propostas. Nesse sentido, abordo algumas discussões relacionadas ao surgimento da ciência moderna com a multiplicação das disciplinas que a acompanhou, dou destaque à valorização da racionalidade e da objetividade procedidas naquele momento, bem como as dicotomizações processadas entre corpo/mente, objetivo/subjetivo, entre outras, para comentar como estas dicotomizações fomentaram, ao longo do tempo, a separação entre as práticas da saúde voltadas para o corpo e as práticas voltadas para o psíquico. E, no terreno da saúde, examino os documentos nacionais e internacionais que passaram a nortear as práticas na saúde no Brasil e no mundo nas últimas décadas. Estes documentos valorizam a Atenção Primária à Saúde, propõem a inclusão da assistência à saúde mental já na rede básica e a não segregação do doente mental ou do sofrimento psíquico – aspectos também vinculados à Reforma Psiquiátrica que é a Política de Saúde Mental atual no Brasil.

No capítulo 4 abordo o pensamento de alguns autores que forneceram teorizações e conceitos que serviram de ferramentas para a análise dos documentos e das entrevistas. Utilizo de Foucault (1993; 1995; 2003; 2004; 2006b) e de seus comentadores os conceitos de sujeito, disciplina, poder, saber, verdade, governo e auto-governo. Associo o tema do disciplinamento ao uso da noção de processo civilizatório de Norbert Elias (1993) e à idéia de coerção como constituinte da vida coletiva de Lebrun (2009a). Problematizo a noção de sujeito de Foucault com o auxílio das discussões de Hall (2000).

No capítulo 5 focalizo as diferentes formas de subjetivação procedidas em diferentes profissões na saúde, fornecendo mais ferramentas para a análise. Tomando Larrosa (2002) como norte, abordo as subjetivações que constituem os sujeitos profissionais como especialistas ou profissionais nas áreas da medicina, da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia. Detenho-me na discussão de como diferentes linguagens, formas de ver e julgar aprendidas em cada profissão passam a guiar a leitura sobre a saúde, a doença, o sintoma, o tratamento e a ética desses diferentes profissionais. Argumento que as diferentes subjetivações procedidas nas diversas áreas e saberes da saúde trazem dificuldades à pretendida prática de integração e da interdisciplinaridade (embora também propiciem elementos de convergência), tão propaladas nos

documentos oficiais que propõem a Interconsulta e o Apoio Matricial bem como em outros documentos e nos autores da área de Saúde Coletiva.

No capítulo 6 apresento os aportes metodológicos da pesquisa utilizando autores como Foucault (2007a), Arfuch (1995), Gillian Rose (2001) e outros. A análise de discurso de inspiração foucaultiana, da qual se valem seus comentadores, inspiram e norteiam minha análise, entre outros. Silveira (2002) possibilitou-me pensar a contribuição da virada linguística nas práticas da entrevista na pesquisa, ao destacar como o entrevistador é co-locutor e faz parte da entrevista, não estando fora dela, posição que está também em Arfuch (1995), que aborda a entrevista como um jogo dialógico, cujos achados não devem ser simplificados.

No capítulo 7 analiso três documentos que tratam desta prática na saúde que visa integrar ou aproximar a saúde mental da saúde, denominada pelo Ministério da Saúde de Apoio Matricial (BRASIL, 2004a; 2004b), e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, de Interconsulta (PORTO ALEGRE, 2005)⁴. São eles: 1) o Anexo intitulado “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte da publicação do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004a), que trata do Apoio Matricial; 2) a Cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) e 3) o “Plano de Saúde Mental 2005-2008” (PORTO ALEGRE, 2005), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre que trata da Interconsulta.

No capítulo 8 analiso as doze entrevistas semi-estruturadas realizadas com cinco profissionais da rede básica e sete profissionais dos serviços de saúde mental, discutindo aspectos por eles apontados como relevantes nas práticas de Interconsulta e Apoio Matricial.

No capítulo 9 apresento algumas considerações finais, onde retomo os principais pontos desenvolvidos na pesquisa, situando alguns dos discursos encontrados na saúde dentro da rede discursiva mais ampla do campo social contemporâneo.

⁴ No Plano Municipal de Saúde de 2010 (PORTO ALEGRE, 2010) a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre passa a denominar esta prática de Apoio Matricial, tal como o Ministério da Saúde.

2 APRESENTANDO E PROBLEMATIZANDO O CAMPO DISCURSIVO DA SAÚDE PÚBLICA – A INTEGRALIDADE E O *BIO PSICO SOCIAL*

Abordo, neste capítulo, alguns documentos nacionais e internacionais que apontam para a existência de uma dissociação entre saúde mental e saúde nas práticas em saúde. Focalizo, igualmente, o modo como nestes mesmos materiais, bem como em posicionamentos de autores do campo da Saúde Coletiva, aponta-se para a necessidade de promover-se a articulação desses campos, assim como de serviços e áreas. Ou seja, busco focalizar alguns processos que têm atuado na invenção/produção/construção sócio-cultural tanto da referida dissociação, quanto da articulação que tem sido propugnada para a saúde mental e a saúde. Estarei, então, argumentando que isso se dá nos discursos colocados em destaque nos documentos e nas práticas que orientam as políticas de saúde aqui abordadas.

Começo ressaltando que o documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde, intitulado “Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança” (OMS, 2001), considera ser a saúde mental comumente ignorada e negligenciada, diferentemente do que sucederia com a saúde física. Além disso, é ressaltado, no mesmo documento: “sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.” (ibid, p. 28). Segundo dados da OMS (2001), muitos países não possuem orçamentos específicos para a saúde mental, e boa parte daqueles que a incluem entre seus gastos consigna menos de 1% do orçamento da saúde pública para a saúde mental. Este relatório considera que fatores sociais como a urbanização desenfreada, a pobreza, o desemprego, a violência, a desigualdade social, bem como as rápidas transformações tecnológicas em operação no mundo contemporâneo têm também efeitos sobre o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. Mas, a nova concepção a que alude o título do documento, é a de que saúde mental e saúde física são inseparáveis, que uma influencia a outra, e que a saúde mental, os sentimentos⁵ e

⁵ Ligados aos fatores psicológicos cita a importância do relacionamento com os pais e outros provedores durante a infância para desenvolvimento da linguagem, intelecto e regulação emocional, que crianças

pensamentos, são tão importantes quanto a saúde física. E, conforme o documento, essa compreensão traz nova esperança aos mentalmente enfermos. Segundo esse material, a ciência moderna considera conveniente para fins de discussão separar a saúde mental da física, mesmo que esse documento considere tal ação como “uma ficção criada pela linguagem” (ibid, p. 32). Este relatório conclama os governos dos países a se responsabilizarem pela saúde mental, tanto quanto pela saúde física e propõe estratégias aos países para a integração do tratamento e dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde e na atenção primária, entendendo ser esta uma forma exequível de abordar a saúde mental pelo prisma da saúde pública.

O Relatório (OMS, 2001) também articula físico e mental referindo que os estados afetivos angustiados e deprimidos desencadeiam mudanças no funcionamento endócrino e imunitário e criam suscetibilidades a doenças físicas, estando entre essas os distúrbios cardíacos. O Relatório indica, ainda, que comumente os profissionais da atenção primária não reconhecem a angústia emocional, propondo o treinamento destes profissionais para detecção e tratamento de transtornos mentais.

Outro documento internacional recente aponta razões para promover-se a integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Tal documento, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008b)⁶ juntamente com a Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA), indicou as seguintes razões para a integração da saúde mental na APS: a relevante magnitude e prevalência dos transtornos mentais; a necessidade de um cuidado integral em saúde, devido à impossibilidade de dissociação entre os problemas físicos e de saúde mental; as altas prevalências de transtornos mentais e o baixo número de pacientes que recebem tratamento em todos os países; o aumento do acesso aos cuidados em saúde mental, quando realizados na APS; a maior qualificação das ações e dos serviços desenvolvidos na APS propicia o respeito aos direitos humanos, minimiza o estigma e a discriminação; é mais barato para pacientes, comunidades e governos o tratamento em saúde mental na APS que em hospitais psiquiátricos; e os bons resultados obtidos relativamente à integralidade da saúde de sujeitos com sofrimento psíquico.

privadas de afeto têm mais probabilidades de manifestar transtornos mentais e comportamentais. E o comportamento humano é configurado em parte pelas interações com o ambiente, é aprendido. E que pessoas que falam de seus problemas com outras têm menos probabilidade de manifestar ansiedade ou depressão do que as que não falam.

⁶ http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Outros autores postulam a separação dos já referidos campos da saúde, entre esses, Nunes; Jucá; Valentim (2007) consideram que historicamente é visível o exílio que o campo da saúde mental tem vivido nas instituições de saúde, citando como exemplo disso a construção de hospitais e ambulatórios psiquiátricos separados dos hospitais e ambulatórios gerais. Esses autores (ibid) citam a ênfase na noção de sujeito e a valorização das “tecnologias leves”⁷ na assistência como tentativas de fazer-se oposição ao já referido paradigma dicotomizador. Citam, também, a noção de clínica ampliada, que consideram como uma tentativa de superar a polaridade sujeito/sociedade, ou seja, esses autores (ibid) indicam que além do sujeito do inconsciente é preciso buscar ver também no atendimento o ser de necessidades sociais e econômicas.

Capra (1982) aponta a influência da divisão cartesiana na assistência à saúde que se separou em dois campos distintos com pouca comunicação: os médicos ocupam-se do tratamento do corpo; os psiquiatras e psicólogos da cura da mente. Esse hiato impede a compreensão da relação entre aspectos emocionais e físicos no curso das doenças, segundo ele. Esta influência do pensamento cartesiano - que foi modelo para o método científico – ocorreu em diversas áreas como a medicina, a biologia, a psicologia, economia, etc (CAPRA,1982). Ele refere que antes de Descartes os terapeutas atentavam para a interação corpo/alma e tratavam seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual, consideravam o paciente como um todo. A filosofia de Descartes dividiu corpo e mente e levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. A perspectiva biomédica foi se transferindo dos órgãos corporais e suas funções para as células e para as moléculas e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência corpo e mente. E, segundo Illich (1977 apud CAPRA, 1982), essa prática de se limitar aos aspectos fisiológicos causa mais sofrimento e doença do que cura.

Para indicar melhor o que está enfatizado nos documentos do Ministério da Saúde, relativamente a dados quantitativos que indicam a importância da inclusão da saúde mental na rede básica ou nas práticas da saúde, trago um documento sobre os NASF's intitulado “Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (BRASIL, 2009a), que informa apresentarem transtornos mentais, uma grande proporção dos pacientes atendidos pela Atenção Primária. Este documento refere não

⁷ Noção de Merhy (1998) que valoriza a relação entre o profissional e o usuário, chamada de tecnologia leve, e não só a tecnologia dura dos equipamentos.

haver estudos sobre a prevalência de problemas mentais no âmbito nacional e por isso indica, sem fazer referência a autores, estudos realizados nas comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família que verificaram prevalências que variam de 22,7% a 38% de “transtornos mentais comuns” (p. 40). Também refere estudos realizados na década de 1980, que demonstraram que entre os pacientes que procuram o Programa Saúde da Família entre 33% e 56% dos pacientes apresentava transtornos mentais comuns. Cita também um estudo realizado na periferia de São Paulo que encontrou prevalência de transtornos mentais comuns em equipes de Saúde da Família de 24,95%, sendo que os grupos mais vulneráveis correspondiam a mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda per capita. Não há referência direta sobre quais seriam estes “transtornos mentais comuns”, mas o documento cita o estudo da OMS, divulgado em 2001, que avaliou os problemas psicológicos na Atenção Primária e encontrou com maior frequência a coexistência de depressão e ansiedade, além de sintomas físicos que não recebem explicação médica, indicando poderem estar esses associados a problemas na área de saúde mental.

Registro que este documento sobre NASF (BRASIL, 2009a) utiliza tais indicações para justificar a necessidade de qualificar-se melhor a Atenção Primária à Saúde (APS), visando ao atendimento adequado de tais problemas de saúde mental. Além disso, o documento aponta a melhoria da efetividade na atuação das equipes de Saúde da Família possibilitada pelo Apoio Matricial em saúde mental. O documento refere levantamento realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 12 estados da federação, no ano de 2006, que constatou que apenas 16,3% dos municípios pesquisados realizavam ações sistemáticas de saúde mental na Atenção Básica. Tal levantamento também revelou dificuldades referidas pelos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo-se entre essas, especialmente, a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais.

Além dos documentos e autores que referi, é possível associar a idéia de integrar saúde mental e saúde física ao termo *integralidade* e à expressão *bio psico social*, ou ao uso da expressão “físico, mental e social”, tal como veremos a seguir.

Abordo, agora, posições enunciadas por autores da área da Saúde Coletiva acerca da noção de *integralidade*, dando destaque às diversas significações atribuídas ao termo, incluindo o incentivo à interdisciplinaridade e à intersetorialidade (entre instituições dos diferentes setores como saúde, educação, assistência social, etc) presente na referida noção. Também vou abordar, valendo-me de diferentes documentos

do Ministério da Saúde, a incidência desta proposta de integração dos determinantes do processo saúde/doença, bem como de integração de áreas e serviços. Abordo também autores que realizam associação entre a integralidade e a noção de *bio psico social*.

Antes de tudo, é importante esclarecer que Saúde Pública e Saúde Coletiva veiculam modalidades diferentes de discurso, estruturando-se a partir de diferentes fundamentos epistemológicos, bem como possuindo origens históricas diversas, conforme salientou o psicanalista Birman (2005), embora possa-se dizer que cada vez mais essas modalidades se aproximam, como veremos logo a seguir. O campo da Saúde Pública se constituiu com a medicina moderna, no final do século XVIII, como política médica e com a medicina social, dando destaque ao discurso sanitário sobre o espaço social na emergência da sociedade industrial, passando a articular a saúde individual às condições sanitárias do espaço social. Os diferentes discursos da Saúde Pública, segundo o mesmo autor (ibid), se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitima a crescente medicalização do espaço social e o combate a epidemias e endemias, tarefas que atribui ao Estado e à saúde pública. Cabe referir que as descobertas bacteriológicas de Pasteur, que auxiliaram no entendimento sobre as infecções, levaram a uma universalização da perspectiva biológica e, ao mesmo tempo, a um apagamento da leitura histórica e simbólica das condições das populações, bem como da dimensão política das práticas sanitárias. Porém o autor (ibid) ressalva que não se deve esquecer que “os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias, [mesmo que possuam] [...] alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. [...]” (BIRMAN, 2005, p. 2).

Ainda segundo o autor, o discurso da Saúde Coletiva critica o projeto médico-naturalista e universalizante nascido na sociedade industrial, relacionando-se com a introdução das Ciências Humanas no território da saúde, ocorrida a partir da década de 1920, e problematiza as categorias de normal e patológico, levando em conta as dimensões simbólica, ética e política. Ou seja, para Birman (2005), e para outros tantos autores da psicanálise e também da Saúde Coletiva:

as relações do sujeito com seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e lingüística, por isso é necessário repensar o modelo naturalista da medicina. (p.2)

Ainda segundo Birman (2005), a Saúde Pública se centra no Estado, já a Saúde Coletiva reconhece o poder instituinte da vida social e não considera o Estado como instância única de gestão da saúde. E, essa última, ao criticar o universalismo naturalista, abre o campo da saúde para outras leituras possíveis, bem como a múltiplas disciplinas sem hierarquizá-las. O autor reconhece que os discursos da Saúde Pública vêm sofrendo transformações e relativizando esta ênfase naturalista.

A Saúde Coletiva, segundo Mattos (2006), é um campo de conhecimento que se construiu no Brasil na década de 1970, a partir de uma crítica à Saúde Pública tradicional, à medicina preventiva proposta pelos Estados Unidos da América e a partir da contribuição do movimento de medicina social⁸. Uma das premissas da Saúde Coletiva é considerar as práticas em saúde como práticas sociais. Além disso, essa se embasa em parte no marxismo, ao ressaltar a importância de mudanças nas relações de trabalho, bem como ao fazer articulações entre Estado, serviços de saúde e os interesses das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos.

Os autores da chamada área de Saúde Coletiva tematizam acerca do sistema de saúde pública no Brasil, que, desde 1988, passou a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), estando o discurso desses autores bastante presente hoje em dia nas políticas e programas do Ministério da Saúde, ou seja, na própria saúde pública - como é possível perceber no texto dos documentos que abordarei neste trabalho. Cabe ainda registrar que na área da Saúde Coletiva, há autores que realizam uma crítica contundente à forma de organização do sistema público de saúde e ao modelo biomédico, que abordo a seguir. Aliás, quando esses falam em modelo biomédico não se referem à prática apenas de médicos, mas a de diferentes profissionais da saúde que se norteiam por esse modelo de assistência, além de se referirem a um modelo específico de organização do trabalho, dos serviços, da gestão, etc. Ressalto, ainda, que boa parte desses autores estiveram ligados à Reforma Sanitária, um dos movimentos que gerou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que abordarei no capítulo seguinte. Esses autores são, também, com frequência, defensores de um sistema de saúde que atente para os interesses públicos, e não privados, e propõem uma reforma no modelo biomédico predominante, bem como a

⁸ Nunes (2006) refere que a medicina social reformula as indagações básicas da medicina preventiva se propondo a gerar novas práticas, não só conhecimentos restritos à universidade. Anteriormente, na década de 50, o projeto preventivista foi amplamente discutido com o apoio da Organização Panamericana da Saúde/OMS, era uma crítica pedagógica ao modelo biomédico e deu origem a departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e a disciplinas como a epidemiologia, administração de serviços de saúde, também à preocupação com o indivíduo como biopsicossocial.

reafirmção dos princípios do SUS. Eles têm uma vasta produção bibliográfica de livros e artigos analisando o SUS sob os aspectos da atenção (assistência) e/ou da gestão (organização dos serviços e processos de trabalho), propondo alternativas.

Entre esses autores, cito Ceccim e Capazollo (2004), que consideram que a forma discursiva e a prática biomédica preponderantes na saúde enfocam principalmente os determinantes biológicos do adoecimento, sendo essa uma “racionalidade que busca a verdade das doenças na alteração anatomopatológica” (ibid, p. 356). Ainda para esses autores, nesse modelo biomédico, o hospital e as emergências são considerados como centrais e como o topo da hierarquia da rede assistencial; além disso, consideram ser a rede de serviços como um todo⁹ pouco articulada e valorizada, caracterizando-a como um sistema burocratizado e verticalizado de organização com ênfase nos hospitais. Segundo os mesmos autores (ibid) ocorre, também, neste modelo, uma organização fragmentária do trabalho, tanto na assistência quanto nos processos de trabalho, gerando alienação¹⁰ no cuidado e na sua finalidade. Além disso, os autores (ibid) referem ser esse um padrão tecnicista e rotinizado de atenção, que considera pouco as singularidades dos casos e medicaliza em alto nível, levando em conta, principalmente, o saber epidemiológico, deixando como secundário o atendimento individual e o saber da clínica, que, sob seus pontos de vista, deveria ter o mesmo lugar de importância. Nesse modelo tecnoassistencial, os programas pré-estabelecidos definem as demandas em saúde *a priori*, de forma que a assistência tende a não levar em conta as demandas espontâneas dos usuários - as demandas específicas de cada caso que não cabem nas diretrizes gerais dos programas de saúde - como se fosse possível pensar-se, apenas, em uma clínica universal das doenças sem levar em conta traços singulares. Os autores (ibid) ainda dizem que é importante combinar atividades programáticas pré-estabelecidas e projetos terapêuticos individuais, pois:

O instrumental epidemiológico indica problemas relevantes de saúde da população, porém, além de não ser o único para orientar a priorização e a definição de ações coletivas, é insuficiente para identificar e lidar com os problemas e aflições que ocorrem com as pessoas [...] (ibid, p. 370)

⁹ A rede assistencial da saúde é composta da rede básica ou os postos de saúde que é considerada por alguns autores a porta de entrada no SUS pois a partir daí se fazem os encaminhamentos para os serviços especializados. Os hospitais constituem o que comumente os autores chamam de atenção terciária, a rede básica é a atenção primária e os serviços especializados a atenção secundária.

¹⁰ Aqui o termo alienação utilizado pelo autor se refere a uma perspectiva marxista.

Ao criticarem a importância quase exclusiva dada ao saber epidemiológico, à centralização na profissão do médico e a pouca escuta do singular, é possível dizer que esses autores estão situando seu olhar sobre o campo discursivo da saúde pública, seus saberes e fazeres tradicionais. Além disso, esses autores falam também em mudar a formação acadêmica visando à integralidade e à humanização, dão destaque ao trabalho em equipe e não hierarquizado e à atenção/cuidado centrados no usuário e não nos procedimentos técnicos, levando em conta a relação com o outro.

Outros autores da Saúde Coletiva, como Merhy (1998), também criticam o fato do sistema de saúde valorizar apenas as tecnologias em saúde voltadas para equipamentos, ferramentas e normas operacionais, que ele chama de tecnologias duras, pois, segundo ele, apenas oferecer muita tecnologia em equipamentos não é suficiente para melhorar a saúde da população. O autor também acha importante valorizar o que chamou de tecnologias leves, ligadas à relação profissional de saúde/usuário, e as tecnologias leves duras ligadas aos saberes sistematizados, por exemplo, da clínica e da epidemiologia. Principalmente a rede básica, mas não só ela, trabalha com as tecnologias leves, havendo toda uma valorização da rede básica tanto no discurso da Saúde Coletiva quanto no discurso do Ministério da Saúde nos dias de hoje, como veremos em outro capítulo.

Esta abordagem do modelo biomédico, que está presente nos autores da Saúde Coletiva, também está presente no livro do físico austríaco Capra (1982) *O Ponto de Mutação*, mostrando que esta crítica não se restringe ao território nacional. Neste livro o autor aponta como neste modelo biomédico não se questiona as origens das doenças, mas o interesse é pelo processo patológico e o mecanismo biológico da doença para interferir nela, buscando causas únicas para as doenças, geralmente no aspecto fisiológico. Essa é uma visão cartesiana do corpo como máquina que requer um médico para consertá-la quando sofre uma avaria, ou requer diferentes especialistas para tratar partes diferentes, visão que o autor considera não fornecer uma compreensão profunda dos problemas humanos. Segundo ele, o modelo biomédico se assenta no pensamento cartesiano que separa mente e corpo e vê o corpo como uma máquina que pode ser entendida pela organização e funcionamento de suas peças. Ele afirma que as diretrizes que ainda hoje¹¹ são seguidas para o ensino da medicina são baseadas no Relatório

¹¹ As Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina, elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação em 2001 - que consta no documento que será citado ainda neste capítulo sobre o PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005b) – colocam como importante o desenvolvimento das seguintes

Flexner, publicado em 1910, nos Estados Unidos, e que influenciou o ensino de medicina nesse país. Sob o impacto do Relatório Flexner a medicina científica voltou-se para a biologia tornando-se mais especializada e concentrada nos hospitais, os estudantes passaram a não conhecer o contexto da saúde mais amplo da comunidade mas apenas os hospitais. O hospital passou a ser considerado o lugar ideal para a prática da medicina especializada e tecnologicamente orientada, em vez do ambulatório, onde as queixas do paciente geralmente envolvem problemas tanto emocionais quanto físicos – assim como aparecem mais as questões sociais, eu diria. Nesse Relatório, a identificação e o tratamento de uma doença são vistos como a essência da assistência médica, e outras habilidades não são consideradas relevantes - como a sensibilidade no trato dos problemas emocionais do paciente e habilidades terapêuticas na condução dos aspectos psicológicos, assim como bom-senso, características que o clínico geral requer, segundo o autor.

Ao analisar o legado das ciências sociais na saúde, Minayo (2008) refere ter sido o pensamento positivista dominante na saúde nos anos 1950 (NUNES 1985; FREIDSON, 1971; BOLTANSKI, 1979, apud MINAYO, 2008). Aliás, segundo ela (ibid), ainda hoje tal pensamento continua bastante presente e identificável nos seguintes sinais: pouca valorização conceitual do processo saúde e doença e seus determinantes; concepção de saúde e doença como fenômenos apenas biológicos individuais; prevalência de um enfoque pragmático e funcionalista da medicina tomada como uma ciência universal, atemporal e isenta de valores; valorização excessiva da concreção estatística nos estudos epidemiológicos, nos quais se confunde objetividade das técnicas com verdade sobre os fenômenos; valorização excessiva da tecnologia na medicina; dominação corporativa dos médicos em relação aos profissionais de outros campos do conhecimento e até mesmo de outros profissionais da saúde; menosprezo ao saber da população. Pode-se dizer, então, que o modelo biomédico, presente ainda hoje

habilidades no profissional médico: “atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário” (p. 58). Enfatizam também a importância de na formação médica se “utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem [...]” bem como “[...] integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais” (p.65). Isso indica que pelo menos as Diretrizes Curriculares do curso de medicina propõem um olhar integral sobre diferentes dimensões do processo saúde/doença, bem como diferentes locais para a aprendizagem e a ênfase não mais no nível terciário dos hospitais, tal como citava Capra (1982), embora muitas vezes em termos práticos saiba-se que a valorização ainda se dê nesta área. No Seminário Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2010), ocorrido em Brasília em julho/2010, o professor titular da Universidade Federal da Bahia Jairnilson Silva Paim afirmou que o flexnerismo é a ideologia dominante ainda hoje na área médica e na saúde.

nas práticas da saúde, como já assinali anteriormente, está muito impregnado desta forma positivista de ver e interpretar.

Cabe indicar ainda, que muitos autores do campo da Saúde Coletiva ocuparam posições no Ministério da Saúde no governo do Presidente Lula, como Ricardo Ceccim e Gastão Wagner de Sousa Campos, aproximando as idéias da Saúde Coletiva da saúde pública.

As determinações psíquicas e sociais são apontadas já no texto da Lei 8.080, que é uma das duas leis que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Esta apresenta uma definição ampliada de saúde, que inclui os aspectos sociais e econômicos:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

Em consonância com esta idéia de não levar em conta somente os determinantes biológicos do processo saúde/doença há, também, uma utilização freqüente do termo integralidade nos documentos do Ministério Saúde, bem como na literatura de Saúde Coletiva, documentos que serão abordados adiante. Este termo deriva da segunda diretriz do SUS, que está na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, quando foi criado o SUS, onde consta a expressão “atendimento integral” no Artigo 198. São três as diretrizes referidas:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.
(BRASIL, 1988)

Ainda citando autores da Saúde Coletiva, Mattos (2005) coloca que o termo integralidade foi uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário (que veremos no Capítulo 3), antes de fazer parte do texto da constituição sobre o SUS. Tanto as noções de integralidade quanto os demais princípios e diretrizes do SUS foram forjados numa época de oposição ao governo militar, nos anos setenta, e também a partir da crítica às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde no Brasil da época. Mattos (2005) também considera que o termo integralidade, apesar de polissêmico, é utilizado

em três grandes sentidos: para designar atributos e valores ligados a: 1) algumas práticas de saúde; 2) modos de organizar os serviços de saúde; e 3) políticas de saúde. Este termo tem a ver com uma atitude (MATTOS, 2006) nas práticas dispensadas ao tratamento do outro como sujeito de desejos, aspirações, sonhos, etc, e não apenas como doença ou como mero objeto das intervenções governamentais. E, ainda, a não reduzir o paciente exclusivamente às dimensões biológicas do adoecimento, em detrimento das psicológicas e sociais. A integralidade tem a ver com articular práticas de saúde pública com assistência - que durante um tempo foram dicotomizadas no Brasil (o Ministério da Saúde era responsável pelas primeiras e a Previdência Social pelas segundas), como veremos no capítulo sobre Reforma Sanitária. A integralidade também tem a ver com o modo de organizar o processo de trabalho, tomar os programas não só tal como estes são formulados pelo Ministério da Saúde, mas levando em conta as demandas espontâneas da população, ou seja, organizando os serviços de modo a responder às demandas de saúde imprevistas da população, que não constam nos programas pré-estabelecidos de atenção à saúde da população. Também se relaciona com articular políticas setoriais específicas da saúde entre si como saúde mental, saúde da mulher, DST/AIDS, etc. E propõe-se a superar o reducionismo de apreender as necessidades da população apenas por uma disciplina como a epidemiologia ou a clínica, pois acredita que as respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais variadas dimensões (MATTOS, 2006).

O dicionário Aurélio glosa a palavra *integral* com significado de total, inteiro, global, segundo Teixeira (2005), e, por isso, as noções de *integralidade* supõem que há uma cisão que se propõe a juntar ou recompor. Teixeira (2005) refere seminário acontecido no Rio de Janeiro, em 2001, no qual os profissionais da saúde falaram de *integralidade* no sentido de integração trabalhador-usuário, integração de múltiplos saberes, integração das diferenças e dos diferentes e integração social, a necessidade de integrar o outro muitas vezes apartado. O autor diz que não se trata de totalidades a serem buscadas como o “biopsicossocial”, o “individual-coletivo”, o “curativo-preventivo” (ibid, p.91), mas que esses enfoques acontecem porque são realmente focos de tensionamento nas práticas, problemáticas concretas do fazer dos serviços.

Pinheiro e Luz (2005) relacionam o termo integralidade, no que se refere à gestão em saúde, à idéia de democratizar o processo de trabalho nos serviços, horizontalizando saberes, promovendo atividades multiprofissionais e interdisciplinares, valorizando a

atenção e cuidado. Além disso, para Cecílio e Merhy (2005), a democracia também se refere à gestão e à descentralização dos serviços.

Para Cecílio (2006) a integralidade se refere também ao esforço da equipe de atender às necessidades complexas e expressas individualmente, ressaltando ele, no entanto, que essa integralidade só será alcançada se a equipe realizar um trabalho multiprofissional com seus múltiplos saberes e práticas. Além disso, isto só poderá acontecer se o processo de gestão dos serviços propiciar a comunicação entre os diferentes trabalhadores de saúde. A integralidade só será alcançada se houver melhoria nas condições de vida e para isso é importante a articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa de outros serviços e a outras instituições não necessariamente do setor da saúde. Longe de querer fazer um inventário completo das significações da palavra integralidade, citei apenas alguns dos autores que a tematizam, buscando dar uma idéia dos significados que têm sido atribuídos ao termo, bem como acerca de sua utilização na saúde. Ressalto, então, que neste estudo, quero abordar a noção de integralidade ligada à tomada das diferentes dimensões do processo saúde/doença, em especial à dimensão psíquica em relação com as demais.

Ressalto, ainda, que em uma leitura ampla de alguns programas e políticas do Ministério da Saúde foi possível perceber que o tema da integralidade é referido em todos os documentos consultados. Passo, a seguir, a apresentá-los sucintamente.

Início pelo documento do Ministério da Saúde “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2007), indicando que o texto considera importante para a formulação desta política não só os dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade (padrões epidemiológicos de morbimortalidade do modelo biomédico, eu esclareço), tais como os dados de que as mulheres brasileiras adoecem tanto de doenças típicas dos países desenvolvidos como cardiovasculares e crônico-degenerativas, quanto de doenças típicas do mundo subdesenvolvido como mortalidade materna e desnutrição. O documento propõe-se a levar em consideração reivindicações de diversos segmentos sociais (como mulheres feministas, movimento negro e de trabalhadoras rurais, lésbicas, sociedades científicas, etc) e a considerar variáveis como gênero, raça, etnia, situação de pobreza, a discriminação das mulheres nas relações de trabalho e a sobrecarga com o trabalho doméstico. O documento também refere que a qualidade da atenção deve visar à saúde integral e estar referida a um conjunto de aspectos como: psicológicos, sociais, biológicos, sexuais, ambientais e culturais, superando o “enfoque biologicista e

medicalizador hegemônico” (ibid, p.59). Além disso, deve atentar, também, a um conjunto de “ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade)” (ibid, p. 64).

O documento do Ministério da Saúde “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (BRASIL, 2005a) propõe a substituição do modelo anterior de criação de instituições totais para asilar crianças de populações desfavorecidas para um modelo de atenção que focaliza “[...] ações e propostas terapêuticas que visem à atenção integral voltada para a reinserção familiar, social e cultural” (ibid, p. 10). Esse documento propõe também a criação de uma rede de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade.

Também no “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), aparece o tema da integralidade. Nele há uma proposta de integrar a escola (Instituições de Ensino Superior) ao serviço público de saúde, bem como de incentivar a adoção de uma formação generalista e humanística voltada para a atenção básica como estratégia de substituição do modelo tradicional de organização de cuidados em saúde centrado na doença e na atenção hospitalar, reafirmando os princípios do SUS de concretização da universalidade do acesso, equidade e integralidade das ações. O objetivo geral desse programa é, como está indicado em seu texto, o de “incentivar modificações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo de saúde-doença.” (ibid, p. 17). No corpo do texto, este documento fala da importância de que a “formação leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população” (ibid, p. 19), não assinalando o aspecto psíquico. Mas nos anexos ele traz as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, cursos que participam da atenção básica e do Programa de Saúde da Família, constando nestas Diretrizes Curriculares a dimensão ou a determinação psíquica, além da biológica e a social apontada no corpo do documento.

Então se percebe que o tema da integralidade ou da atenção integral se faz presente nos documentos consultados e na busca de reafirmação deste princípio constitucional do SUS através das propostas neles contidas. Às vezes, a integralidade é referida como uma forma de levar em conta os aspectos sociais além dos biológicos, às vezes são mencionados também os aspectos psíquicos. Além disso, ao falarem de integralidade,

esses documentos também se referem à articulação entre diferentes ações (promoção, prevenção e assistência) e diversos serviços e níveis de complexidade da rede assistencial do SUS – rede básica, especializada e hospitalar -, além de referirem-se à interdisciplinaridade e à integração com outras instituições que não da saúde (intersetorialidade).

Em levantamento de resumos de trabalhos na Internet constantes no *site* da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Portal Digital de Teses e Dissertações da CAPES, observei que a expressão *bio psico social* é comumente referida para expressar uma ação integral em saúde, nas diferentes áreas como Enfermagem, Medicina, Saúde Mental, etc, ou para relacionar essas diferentes áreas. Ela está presente, por exemplo, no trabalho de Souza; Garcia (1996), que fala da “importância da atuação integral visando o acompanhamento bio-psico-social...”, na prevenção de cardiopatias isquêmicas; ou no trabalho de Priotto (2002), que propõe o atendimento integral de adolescentes levando em conta os aspectos “bio-psico-sócio-culturais”. Há também o trabalho de Dâmaso (1995), na área de enfermagem, que critica a noção de integralidade, referindo-se ao “integralismo impossível” colocado na enfermagem, no sentido de ser um “compromisso teórico com a totalidade”. Registro que este autor propõe, então, uma outra noção: a de uma pluralidade que não se comprometa com um acesso à idéia de todo.

Destaco, também, que refiro tais trabalhos para tornar mais explícita a existência de estudos que relacionam as noções de integralidade e a idéia do *bio psico social*. Registro que, observando os resumos da Internet citados e todos os outros encontrados (mas não citados aqui), a partir da busca da expressão *bio psico social* nesses espaços, percebi que esta expressão, em geral, parece ainda manter em separado as esferas que intenciona relacionar. Apesar de alguns desses resumos enfatizarem a necessidade de integrarem estas esferas, esses não parecem apontar como isso pode ser feito. Mas, ainda assim, pode-se dizer que eles têm o mérito de assinalar a necessidade de apreciar outras dimensões além do biológico na atenção à saúde, tal como a noção de integralidade propõe.

Para problematizar a relação entre estes eixos contidos nesta expressão, bem como as definições que norteiam as políticas e programas atuais em saúde, caberia indagar: o psíquico ou a mente não fazem parte do corpo ou do biológico? Podemos afirmar que sim, pois os sentimentos são acompanhados de alterações nas substâncias corporais: a raiva e o ódio causam aumento da adrenalina no sangue, a tristeza e a

depressão, alterações na serotonina, a sensação de prazer causa aumento do neurotransmissor dopamina, etc. Por outro lado, o social também está imbricado com o psíquico pois viver em situação de vulnerabilidade social e miserabilidade causa também sofrimento psíquico aos que vivenciam estas experiências. E estas experiências de vulnerabilidade social têm claramente incidência também sobre o corpo biológico: aumento da incidência de doenças, diminuição da imunidade, etc.

Além da já citada referência ao físico, mental e social, feita na Lei 8.080 (1990), que regulamenta o SUS, esta referência também aparece na Constituição da Organização Mundial da Saúde, documento de fundação da instituição em 1948, que influenciou as políticas de saúde das nações ligadas à OMS¹², inclusive o Brasil. Cito dois princípios nela enunciados:

[...] A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

[...] A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde. (OMS, 1948)

Valho-me de consideração feita por Minayo (2008) para comentá-los. Segundo essa autora foram as abordagens fenomenológicas nas ciências sociais que influenciaram o surgimento de linhas holísticas na concepção da saúde e da doença: pensando a saúde como bem-estar integral (físico, mental, social e espiritual); que os indivíduos devem assumir sua responsabilidade diante das questões de saúde; que o sistema de saúde deve tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam as doenças, entre outros pontos (GARCIA, 1983 apud MINAYO, 2008). É possível dizer que a partir dessas idéias favoreceu-se o aparecimento de novas formas institucionalizadas de saúde pública voltadas para a atenção primária, ao autocuidado, ao uso da medicina tradicional, à participação comunitária, etc – sendo exemplo disso os Programas de Saúde da Família (PSF), que se contrapõem ao modelo hospitalocêntrico na saúde.

¹² Segundo o *site* oficial da OMS (WHO, 2008a) – <http://www.who.int/about/en/> -, ela é a autoridade que coordena assuntos sobre saúde na Organização das Nações Unidas, provém liderança em assuntos de saúde no globo, propõe a agenda para pesquisa na saúde, formula normas e padrões, provém suporte técnico para países, monitora tendências na saúde, articula opções de política baseada em evidência, etc. A Organização das Nações Unidas foi formada em 1945 e a OMS foi criada em 1948. (Tradução própria)

Cabe indicar, ainda, que tal como os autores filiados a correntes pós-estruturalistas, o psicanalista Izaguirre (1999a) questiona esse ideal de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, bem como de um total equilíbrio, uma promessa de felicidade - que acredito basearem-se numa visão essencialista e até de totalidade unificada, tantas vezes assumida no campo da Saúde. De qualquer forma, cabe pensar que no estado de saúde, há predominância de um bem-estar, mas não de um completo bem-estar, que seria algo constante, ininterrupto e imutável, não condizendo com a realidade da vida.

Ainda para pensar a articulação entre essas áreas, cito Alfredo País (1996), psicanalista argentino que refere haver três posições em relação ao objeto do conhecimento na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil, argumentação que serve ao propósito de dar destaque à articulação entre biológico, psíquico e social. As três posições por ele (ibid) enunciadas são:

- a) a do modelo das ciências físico-naturais, em que o objeto é abordado no marco restrito das significações necessárias à metodologia da investigação. Neste modelo, o investigador aborda o objeto que tem uma definição prévia, desde o paradigma de sua disciplina, validando na investigação a definição dada *a priori*, e quando a fala do investigado não se encaixa em suas teorizações é desconsiderada. Dessa forma se pensaria ser possível formular um diagnóstico como um saber objetivo que evita a subjetividade (do investigador e do investigado). O problema é que o objeto ser humano fala e sua fala extrapola os signos do paradigma científico de uma disciplina;
- b) a do modelo (bastante difundido na saúde) que define o homem como um objeto biopsicossocial (grafado dessa forma pelo autor) e a saúde como um estado de equilíbrio. Para esse autor (ibid) este modelo não deixa claro o que mantém estas dimensões unidas, sendo nele o homem definido como um “objeto indivisível de substâncias distintas” (p. 26). Embora o autor (ibid) considere que este modelo avance, ao propor uma abordagem interdisciplinar na saúde, ele considera que nele deixa-se de fora o sujeito. Ou seja, nesse caso, os tratamentos são múltiplos e simultâneos, ocupando-se cada especialista da reabilitação de uma função específica dentro de sua área particular, mas sem levar em conta o aspecto simbólico daquela função ou o estabelecimento de relações simbólicas que possibilitem a construção de laços sociais. Nessas situações, o fisioterapeuta, exemplifica o autor, pode trabalhar o tônus da perna de uma criança de forma mecânica e repetitiva ao invés de aproveitar o interesse da criança por uma brincadeira ou um jogo para tonificar suas pernas. Ou seja, deixa-se de

incluir a função muscular dentro dos interesses da criança, ou de aspectos que lhe fazem sentido.

c) a visão psicanalítica considera que o que articula o objeto biopsicossocial é a linguagem, pois o homem, objeto do biopsicossocial, fala. No ser humano as dimensões específicas (biológica, psíquica e social) são integradas na linguagem ou no simbólico, decorrendo disso, receber o objeto do conhecimento valor subjetivo. O objeto do conhecimento científico, destaca o autor (ibid), é sempre articulado em um discurso, o saber é uma construção discursiva.

Então, cabe pensar que a saúde pública tradicional – biomédica, centrada na epidemiologia, etc – se encontra moldada no modelo de ciências físico-naturais. E que o modelo *bio psico social* também vigente se estende a diversas áreas da saúde, bem como a muitos documentos oficiais. Nele, muitas vezes, entende-se a saúde como um estado de completo bem-estar; além disso, geralmente não se promove nesta perspectiva, a articulação das diferentes áreas do saber em saúde, trabalhando ainda cada disciplina na sua área. Como destaquei, na terceira perspectiva apresentada anteriormente, valoriza-se a linguagem, o discurso e as significações do próprio paciente na compreensão da sua situação e para realizar a articulação das áreas em questão. Aliás, é interessante ressaltar que as três perspectivas foram aludidas nas entrevistas realizadas neste estudo com os profissionais da saúde, seja a visão positivista biomédica de trabalho nas especialidades isoladas, seja a perspectiva da integralidade *bio psico social*, seja a visão psicanalítica de valorização do sujeito da linguagem.

Invoco, a seguir, considerações feitas pelo psicanalista Izaguirre (1999b), que também aborda a questão da interface entre o social e o psíquico ao examinar a saúde mental e a saúde pública. Segundo ele, a saúde pública se delineou nas últimas décadas no mundo como o conjunto das políticas voltadas para manter, prevenir, restituir e reabilitar o estado de saúde das populações. O autor (ibid) diz que a saúde pública trata de uma prática social e que a saúde mental trata de um terreno subjetivo, reconhecendo que as medidas sociais e institucionais influenciam as enfermidades chamadas mentais; mas, por outro lado, ele considera que estas medidas têm seus limites no seio das práticas de saúde mental. O sofrimento é subjetivo e os elementos conceituais para encarar esta problemática necessitam de uma teoria do sujeito, sendo problemático abordar com medidas apenas sociais a estes fenômenos. A saúde mental é uma complexa e cambiante prática sustentada em diversas disciplinas e inserida na atividade mais ampla da saúde pública. O autor lembra que os critérios básicos que definem os

campos da saúde mental e da saúde pública se encontram definidos por instituições governamentais, paragovernamentais e não governamentais: os ministérios, secretarias, universidades, as organizações mundiais, nacionais e regionais de saúde, como OMS (Organização Mundial da Saúde) e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde, escritório regional da OMS para as Américas), além dos organismos que produzem estas práticas e que tem a ver com o que o autor chama de política. Trago essas considerações para somar à discussão da relação entre as dimensões *bio psico social*, destacando a advertência do autor de não subsumir um campo ao outro – o psíquico ao social – embora se influenciem.

Ainda quanto a essa discussão acerca da relação entre o psíquico e o social, aludo a considerações feitas pelo psiquiatra e psicanalista brasileiro Tenório (2001a), que lembra que, para a psicanálise, o “psico” é o “social”, no sentido de que para a psicanálise é o Outro que nos introduz na existência, “nos antecede e nos fornece os significantes com que nos constituiremos como sujeitos, significantes que nos determinam e em cuja dependência radical advimos” (ibid, p.152). Nossa posição na existência, segundo ele (ibid), assim como nossa neurose ou psicose são formas de resposta à incidência do Outro. O sujeito da psicanálise é um sujeito social por ser “testemunho da determinação radical pelo Outro e a resposta que damos a isso” (TENÓRIO, 2001a, p. 153). Entenda-se o Outro como aquele que nos introduz na linguagem, na cultura, que nos situa no mundo, e que se representa naqueles que são nossos cuidadores desde quando chegamos ao mundo (pais, avós, ou quem exerça essa função – que seria o conceito de outro com minúscula, para Lacan).¹³

Antes de abordar como o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde propõem realizar a relação entre as áreas de saúde e saúde mental, traço no capítulo 3 um breve histórico sobre a saúde pública e a saúde mental no Brasil. Examino, também, a produção social da separação entre o mental e o psíquico no discurso da ciência. Faço isso, com o intuito de situar posteriormente os documentos e os discursos que pretendo analisar no capítulo em que trato da Interconsulta e do Apoio Matricial, que são práticas

¹³ A psicanálise lacaniana diferencia o Outro com maiúscula do outro com minúscula. O Outro é da ordem do simbólico, da cultura, da linguagem, o outro com minúscula é da ordem das identificações imaginárias, registro do eu e da consciência – faz isso para diferenciar os conceitos de sujeito e do eu (Chemama, 1995), ou diferenciar o registro do inconsciente da consciência. O outro com minúscula são os seres humanos que realizam a nossa introdução na cultura, na linguagem, os que cuidam de nós no início da vida, por isso Tenório funde os dois conceitos de Lacan em um só, já que acontecem de forma conjunta e relacionada.

propostas para efetivar a relação entre saúde mental e saúde, procurando governar condutas nesta direção.

3 EMERGÊNCIAS DISCURSIVAS - PRODUÇÃO SOCIAL E CONTEXTUALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL E DA INTERCONSULTA

Este capítulo se propõe a contextualizar as circunstâncias sociais e discursivas de surgimento do Matriciamento e da Interconsulta, ou da idéia de relacionar serviços especializados em saúde mental e serviços da rede básica de saúde. Já comecei a realizar esta contextualização no capítulo 2, de forma mais ampla, ao focalizar o SUS e os discursos dos autores da Saúde Coletiva. E, prossigo fazendo isso de forma mais específica neste capítulo, buscando atender recomendações feitas por Rose (2001a), que ressalta que, para além das estratégias retóricas de análise dos textos – no caso desta pesquisa dos documentos e das entrevistas a respeito do Matriciamento¹⁴ e da Interconsulta -, é importante proceder-se, quando na realização de qualquer análise, à localização dos terrenos social e institucional, nos quais os enunciados emergem ou circulam, para que seja possível posicionar o falante deste enunciado. Ou seja, o autor destaca a importância de atentarmos para a “produção social do discurso” (ibid, p.18). Nessa mesma direção, autores como Kendall & Wickham (1999) ressaltam que uma pesquisa de inspiração foucaultiana deve procurar pelas contingências, e não pelas causas, pois um evento histórico não deve ser visto como necessário, mas como decorrente de uma série de relações complexas procedidas entre outros eventos. Registro que esses autores (ibid) levam em conta a crítica que Foucault (1993) fez às abordagens causais e essencialistas assumidas em modelos tradicionais de focalização da história. Em função disso, eles (ibidem) ressaltam que, para se conhecer as contingências, é necessário proceder a uma investigação histórica, destacando-se que a história não deve ser vista sob o ponto de vista do progresso, mas sim para diagnosticar o presente e, inclusive, para estranhá-lo.

Na perspectiva de Foucault (1993), não se trata de buscar a origem dos acontecimentos ou uma identidade primeira, na qual estivesse assentada a verdade, entendida como “algo” anterior a tudo que é externo, acidental e sucessivo, mas de

¹⁴ Vou utilizar a palavra matriciamento como sinônimo de Apoio Matricial, pois assim é comumente utilizada na Secretaria Municipal de Saúde em Porto Alegre.

considerar a genealogia, que se volta à busca da proveniência e da emergência. Essa abordagem diferencia-se de uma tradição de história teleológica ou racionalista, que busca uma continuidade ideal, pois assume que a história não possui referências ou coordenadas originárias, mas, sim, que na história acontecem “miríades de acontecimentos perdidos” (FOUCAULT, 1993, p. 29). Além disso, na abordagem que estou referendo, não se pretende apagar da investigação o lugar de onde se olha os acontecimentos, ou seja, a perspectiva de quem olha, desconfiando-se, igualmente, da idéia de tradição que localiza a ancestralidade na antiga noção de pertencimento a um grupo étnico. Na perspectiva foucaultiana, a emergência diz respeito ao ponto de surgimento de um evento no passado, ao seu aparecimento; então, mais uma vez saliento, Foucault (1993) alerta para não investigar-se o passado valendo-se de um entendimento presente, sendo que a genealogia foucaultiana entende o presente como uma etapa do processo de confrontação entre forças opostas em busca de controle e dominação.

Registro que utilizei neste estudo, a noção de emergência tal como foi proposta por Foucault (ibid), por ser essa bastante adequada aos propósitos específicos desse capítulo, e de outras seções dessa Tese, pois busquei situar historicamente o momento de emergência de um discurso integrador que passou a postular a importância de estreitarem-se as relações entre saúde mental e saúde, em seu sentido amplo, tanto no Brasil, quanto em nível internacional.

Na primeira seção deste capítulo, faço uma contextualização mais ampla de alguns discursos que circulam na sociedade e na ciência na direção do estabelecimento das especialidades, os quais passaram a tratar diferenciadamente as ciências do corpo e as ciências da mente, produzindo efeitos de verdade que incidiram na separação das práticas de saúde voltadas para o físico e as voltadas para o psíquico. O surgimento da ciência moderna implicou o surgimento das disciplinas científicas, bem como o estabelecimento de suas fronteiras e as tentativas de interrelacioná-las.

Na segunda seção deste capítulo, abordo os aspectos referentes ao contexto da saúde, a partir do qual emergiram as propostas do Matriciamento e da Interconsulta. Focalizo documentos relacionados à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica, bem como alguns documentos que norteiam as políticas e diretrizes internacionais na saúde, que enfatizam tanto a importância da rede básica, quanto a de integrar-se a saúde mental na rede básica.

Destaco que ao indicar alguns documentos, neste capítulo, além daqueles em que concentrei-me nas análises, abordados no capítulo 7, busquei indicar algumas das racionalidades que inspiram a prática do Apoio Matricial e da Interconsulta, situando esta prática no âmbito mais amplo das práticas sociais, de saúde e de saúde mental em proposição no contexto brasileiro e mundial.

3.1 O SURGIMENTO DAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS E DA RACIONALIDADE MODERNA

Neste item, detenho-me em considerações mais históricas para indicar que a emergência da ciência moderna ocidental¹⁵, e das múltiplas disciplinas que a partir dela surgiram, forneceram condições de possibilidade para que se instaurassem as já referidas separações e dicotomizações entre físico e mental, biológico/psíquico e social. É possível dizer que essa racionalidade científica constituiu-se como um “regime de verdade” que passou a nortear os saberes ocidentais e que operou uma dissociação no campo da saúde, entre as práticas e saberes que focalizam o corpo e as que se envolvem com a mente ou o psíquico. Foucault (2003) no artigo *Poder e Saber* também vinculou os enunciados considerados verdadeiros ao domínio científico.

Disse o autor (FOUCAULT, 2003):

Entendo por verdade o conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros. Não há absolutamente instância suprema. Há regiões onde esses efeitos de verdade são perfeitamente codificados, onde o procedimento pelos quais se pode chegar a enunciar as verdades são conhecidos previamente, regulados. São, em geral, os domínios científicos. [...] (p. 233)

Ressalto, então, que a ciência e as disciplinas científicas ainda hoje são tomadas como regiões onde está colocada a verdade, estando essas regiões, concomitantemente, em processos de luta pela legitimação. Esclareço que voltarei ao tema da verdade, mais adiante, no capítulo em que apresento a caixa de ferramentas com as quais operei nesse estudo, seguindo agora com o tema das disciplinas científicas.

¹⁵ Para Foucault (2007a) a ciência é uma prática discursiva como as demais.

A multiplicação de disciplinas, de objetividades discursivas especializadas, é uma das características mais importantes da racionalidade moderna, de acordo com Madel Luz (1988), autora da área de Saúde Coletiva que pesquisou as relações entre a razão médica e a racionalidade científica moderna. As teorias explicativas das disciplinas científicas, expressas como enunciados de verdade, têm efeitos de ordenação e constituição da realidade social. A mesma autora (ibid) considera que há continuidade entre a ciência moderna e o estabelecimento de uma certa ordem social racionalizada através de instituições, discursos disciplinares e políticas sociais. Para ela (ibid), a racionalidade científica moderna é contemporânea à fase avançada do Renascimento no século XVI, momento em que ocorreram muitas modificações de costumes e de idéias, e no qual inaugurou-se, igualmente, ações de criação artística, filosófica, científica e tecnológica, além de terem ocorrido importantes mudanças nas relações sociais feudais, em decorrência do surgimento de novas classes e grupos sociais e de um capital mercantil disposto a conquistar o mundo. Nesse contexto emerge a representação do indivíduo, separa-se a ordem divina da ordem humana e esta da ordem natural, e afirma-se o homem como aquele que é proprietário da natureza e a desvenda – esse é o antropocentrismo renascentista, que é um primeiro traço da racionalidade moderna. Nessa perspectiva, a natureza passa a ter existência objetiva e independente do homem, e o homem vai conhecê-la e moldá-la conforme a sua ordem, ou a ordem da Razão. Constitui-se, então, o objeto natureza, nos séculos XVI e XVII, segundo a mesma autora (ibid), sendo esse período usualmente chamado de “revolução científica” (p. 24) pelos pensadores sociais da ciência. Além da dualidade natureza-homem, também se criam, nessa mesma época, outras dualidades dicotômicas que não admitem terceiros princípios ou sínteses, estando entre essas: matéria-espírito, objeto-sujeito, corpo-alma, sentidos-razão, organismo-mente, quantidade-qualidade. Além disso, as disciplinas científicas que emergiram nesta época, tais como a Física, a Química, a Fisiologia, a Medicina, reproduziram nas suas teorias estas dualidades e dicotomias, apesar de periodicamente também reduzirem um pólo da dicotomia a outro, como a autora (ibid) também salientou, produzindo um monismo epistemológico, teórico ou metodológico nas ciências.

Assim, então, após a época renascentista, conforme ressaltou Luz (1988), ocorreu uma fragmentação do sujeito do conhecimento e criaram-se compartimentos: a ciência se ocupa da produção de verdades racionais; a ética se ocupa da paixão na política e na

moral; a estética se ocupa com os sentimentos e os sentidos, etc. Aliás, segundo a autora (ibid):

Esta compartimentação terá o efeito de ‘negar’ socialmente o sujeito humano e ‘neutralizá-lo’ epistemologicamente, criando condições históricas para torná-lo, como a natureza, objeto de ciência, isto é, para naturalizá-lo, torná-lo coisa passível de intervenção, de transformação, de modelação, de produção. (ibid, p. 26)

O avanço dessa fragmentação do sujeito e da racionalidade científica ocorreu, segundo a autora, na época denominada de “época clássica”, que corresponde à metade do século XVII até o final do século XVIII. Na modernidade se constrói uma forma de racionalismo que é filosófico, mas também social, que ordena, epistemologicamente, os seres e o mundo e que é, também, princípio moral das relações entre os homens e as coisas e os homens entre si.

O experimentalismo, segundo Luz (1988), é outro traço do novo modo de produção de enunciados de verdade do método científico moderno, estando voltado para a solução de problemas imediatos da realidade da época como a necessidade de estabilizar a produção agrícola, de controlar ventos e oceanos, de controlar as pestes e epidemias, bem como de propor novas observações e significações para esses eventos. Como a autora (ibid) também destaca, essa tecnologia de investigação cria na racionalidade moderna um modo de produção de verdades específicas que são as disciplinas científicas. Então, no século XVII se estabeleceram concepções filosóficas mecanicistas, que vinham se formando já nos séculos anteriores, a partir das construções dos engenhos e automatismos, pelos homens medievais, que impregnaram as metáforas mecânicas dos renascentistas, segundo Luz (1988). Estas concepções estabeleceram uma cosmovisão racionalista e mecanicista onde o mundo é representado como um conjunto de máquinas, engenhos, funcionando com suas peças e mecanismos regulados e cujas leis podem ser explicitadas pela razão e a experiência, preferencialmente em linguagem matemática. Neste modelo mecanicista - elaborado por Descartes, mas que já está presente em Galileu - a razão moderna se pensa pura, sem história, construída à imagem e semelhança das máquinas que inventou. Foi Descartes que deu forma de conceito aos traços mecanicista, dualista e quantitativista da racionalidade moderna, sendo importante salientar que na racionalidade mecanicista há uma pulverização dos discursos científicos e fragmentação do objeto (Natureza, Matéria, etc). Também Almeida Filho (1997) referiu que a estratégia de organização histórico-institucional da

ciência é baseada na idéia de fragmentação do objeto e na especialização do sujeito científico, operada na disciplinaridade.

É possível dizer então que, se na época medieval a teologia era a visão de mundo que ordenava as relações e a compreensão do cosmo, na modernidade, a razão científica passou a ser o modo de ordenação do mundo, pois, a partir do século XVIII, a ciência passa a ser vista como caminho único para a obtenção da verdade, em detrimento de outras formas de expressão humanas de significados e verdades como as artes, a política, a moral, a filosofia e a religião. Aliás, passa-se a considerar serem essas fontes impuras que não servem para a produção do conhecimento científico e assim a imaginação, os sentimentos, as paixões, a fé, a especulação são desqualificadas epistemologicamente e tratadas socialmente como incapazes de produzir conhecimento verdadeiro (LUZ, 1988).

No século XIX, com a dominância do modelo positivista nas ciências, as disciplinas sociais e humanas passaram a ter como ideal atingir a exatidão das disciplinas da Natureza e, assim legitimarem-se socialmente, buscando alcançar um maior controle do seu objeto de estudo. O método racionalista e a linguagem quantitativa tornaram-se, então, elementos de um modelo epistemológico consagrado para todas as disciplinas e a sociedade passou a partilhar uma valorização máxima da Razão (LUZ, 1988).

Para Veiga-Neto (1996b), a fragmentação entre *res cogitans* (sujeito pensante, alma) e *res extensa* (coisa extensa, corpo, matéria) já existia antes de Descartes, pois já vinha se engendrando na passagem dos anos Quinhentos para os Seiscentos. Coube, no entanto, a Descartes colocar na ordem filosófica a nova ordem que vinha se engendrando, bem como domesticar epistemologicamente a nova ordem, a qual se assentava em duas certezas: a de que a coisa pode ser representada de maneira correta desde que com idéias claras; e a certeza de que existe uma totalidade, de que a realidade é una. E essas duas certezas se relacionam com a idéia de que toda a realidade é pensável de forma ordenada, que a totalidade é composta de partes, que há uma ordem a se buscar, e esta idéia cria as condições de possibilidade para a criação de novas disciplinas. E, como os números são ordenados, tudo que pudesse ser quantificado seria automaticamente colocado em ordem. No entanto, muitas coisas não se prestam à quantificação, idéia que não prosperou, apenas a busca da ordem mesmo que através do estabelecimento de relações apenas qualitativas, conforme Veiga-Neto (1996b). Para Descartes (ibid), está muito presente a idéia de totalidade e também de que as ciências

estão todas entrelaçadas entre si, associada à compreensão de que para investigar-se a verdade das coisas não se deve optar por uma ciência particular porque todas têm conexão entre si. As novas configurações sociais, econômicas, culturais, geográficas surgidas ao final do Renascimento deram lugar a novas relações de força e poder que criaram novos saberes e regimes de verdade, e estabeleceram novos conteúdos para novas disciplinas. As disciplinas passaram, então, a ser necessárias por representarem a ordem e também por colocarem ordem na representação; ao mesmo tempo os limites entre as disciplinas se estabelecem pela aplicação da racionalidade sobre as coisas. Algumas das disciplinas já existiam na Antiguidade e Idade Média, segundo o autor (ibid), mas na modernidade essas passaram a ser colocadas ao serviço de um novo tipo de subjetivação¹⁶, que fará de cada sujeito um indivíduo moderno racional e civilizado. Aliás, tal individualização pode ser relacionada com o aumento da divisão social do trabalho, com a acumulação do capital, com a expansão da propriedade privada e com o aumento populacional, principalmente urbano. As modificações espaciais vividas pelos europeus com as novas rotas comerciais, os descobrimentos, as novas colônias e a dissolução do feudalismo, bem como com as novas experiências temporais que se desconectaram do tempo celeste e se humanizaram, exigiam novos atores para essa nova realidade.

Também Bruno Latour (2001) ressalta que a idéia de que a ciência é separada da sociedade em que se inscreve, bem como a da existência de nítidas separações entre sujeito/objeto ou mente/mundo exterior, corresponde a uma das muitas cisões procedidas ao longo da história no pensamento moderno, as quais acabaram separando o que teria feito parte de uma unidade em épocas anteriores. Para este autor (ibid), a ciência moderna criou uma lacuna entre essas instâncias e, ao mesmo tempo, uma correspondência unívoca, ignorando todas as mediações existentes entre o sujeito e o objeto. Mas, afiança ele (ibid), essas díades não são separadas: elas estão totalmente relacionadas e têm elementos em comum, pois, a correspondência unívoca nunca acontece, havendo entre os objetos e as palavras, no trabalho científico, um caminho intermediário de transformações. O cientista em seu fazer, primeiro abstrai o objeto de um contexto, o transforma, encaixa em escalas e classificações já construídas, o coloca em padrões comparativos e, por último, o transforma em um artigo científico no qual

¹⁶ Pois como veremos adiante, anteriormente nas sociedades de regime feudal a individualização é só da soberania, dos homens com poder (Foucault, 2006).

faz relações e comparações. Neste processo ocorrem, então, várias etapas de transformações procedidas entre o objeto do mundo que é pesquisado até chegar-se ao conhecimento no texto científico; ou seja, não se trata de pensar uma relação de correspondência direta entre o objeto e o conhecimento formulado pelo sujeito, como a ciência moderna postulava haver.

Por outro lado, é importante salientar, conforme Almeida Filho (1996), que a ciência moderna também teve um caráter democrático, pois essa se tornou acessível aos burgueses, não aristocratas, não iniciados e não clericais. Ele assinala que a partir deste momento a qualquer indivíduo era dado o poder de fazer ciência, desde que seguisse certas regras racionais (o método). Alguém poderia ser considerado um cientista pelo que viesse a produzir e não mais a partir de um privilégio de poucos herdeiros ou membros de ordens secretas. Há uma dessacralização do conhecimento e, segundo Brown (1972, apud ALMEIDA FILHO, 1996), na Academia, a verdade se submeteria à verificação pública. O que recebe o nome de ciência é, segundo ele (ibid) a tentativa de democratizar o conhecimento, e o método científico passa a ser o procedimento uniforme de operação. O método e a disciplina são as ferramentas que propiciam a análise do objeto e o fazer ciência.

Segundo Veiga-Neto (1996b), há uma mudança na forma de apreender a linguagem na passagem da episteme clássica à episteme moderna: ela passa de mediadora (na representação) a objeto do conhecimento. Enquanto o positivismo lógico busca linguagens formalizadas e mais rigorosas, na modernidade nasce a história interpretativa (não só descritiva), a filosofia da linguagem e saberes das ciências humanas que abandonam a representação clássica. Também surge a interrogação do homem como o centro a partir do qual o conhecimento seria constituído, a idéia de que o sujeito está na origem do discurso, posição que se contrapõe à visão foucaultiana do sujeito, pois este autor assevera a origem não individual do discurso, o não posicionamento fora do discurso, mas a imersão do sujeito nele. Esta nova forma de entender a linguagem implica uma também nova forma de entender o conhecimento – não como natural e intrinsecamente lógico, axiomatizável, auto-fundado, objetivo e suficiente, mas como um produto de discursos cuja logicidade é construída, a axiomatização é problemática, a fundamentação tem que ser buscada fora em discursos que são contingentes e subjetivos.

Faço todas essas considerações especialmente para indicar que em minha prática como profissional da saúde, observo que a ordem racionalizada, tal como está descrita

no pensamento da modernidade, tem implicações nas políticas sociais de saúde e em suas instituições: ela é observável em modelos de gestão (que avaliam prioritariamente os aspectos quantitativos do atendimento em detrimento dos qualitativos); em modelos de atenção à saúde (que valorizam principalmente tecnologias de equipamentos em detrimento das tecnologias voltadas para o trabalho na relação com o paciente); no negligenciamento da saúde mental em relação à saúde física pelos governos, o que se expressa no precário relacionamento que entre elas é usualmente estabelecido; e até mesmo na forma de organização dos serviços que se dividem entre serviços especializados nas modalidades de saúde mental e serviços de atendimento à saúde geral.

Cabe ressaltar que estas formas de ordenação das práticas e dos discursos na saúde e na sociedade, bastante naturalizadas entre nós, colocam em destaque a linguagem quantitativa, a divisão e a forma dicotomizada (entre sujeito e objeto, entre corpo e mente) das práticas em saúde, e se relacionam, entre outras coisas, à multiplicação das disciplinas científicas e à valorização da razão como centro do ser humano e do conhecimento. A razão e a racionalidade constituem sistemas de relações historicamente contingentes e seus efeitos produzem poder (POPKEWITZ, 1994 apud COSTA, 2000), pois valorizam mais algumas práticas e saberes em detrimento de outros.

Da mesma forma que Madel Luz (1988), Veiga-Neto (1996b) considera a disciplinaridade dos saberes um dos fundamentos da Modernidade e da Ciência, destacando esses autores ser essa a maneira como o conhecimento se organizou e engendrou no mundo contemporâneo. Mas, no século XIX, houve uma explosão disciplinar: a lógica disciplinar e da razão passam a se opor à lógica da soberania e da coerção, vigentes anteriormente, sendo essas discussões que abordo a seguir.

Destaco, que a expansão das disciplinas foi tida como progresso e correspondeu menos a uma necessidade epistemológica do que ao interesse da comunidade acadêmica, dos cientistas, dos administradores e financiadores da atividade científica. E, como destacou Veiga-Neto (1995), as diferentes disciplinas surgiram ligadas entre si para regular e controlar nossos discursos, bem como para distribuir poder e nos constituir como sujeitos da Modernidade; aliás, esse autor (ibid) referiu que elas não são uma necessidade epistemológica nem ontológica, mas uma contingência histórica.

Tal como Veiga-Neto (1995), Lenoir (1997) comenta duas visões bastante comuns sobre as disciplinas e a ciência: uma delas considera as disciplinas como o

resultado de uma investigação, de uma notável descoberta, que destaca a existência de um mito fundador – as teorias fundadoras. Uma outra visão considera o caráter político das disciplinas, além de atentar bem mais para como a alocação de recursos pelos administradores e empreendedores da ciência está mais associada ao seu desenvolvimento do que o seu conteúdo cognitivo. Nesse último caso, então, o mito fundador é atribuído aos sujeitos fundadores. Para Lenoir (1997), ninguém cria ou criou as disciplinas científicas, elas são efeitos de interações políticas, ideológicas, científico-técnicas, bem como de práticas sociais, institucionais, além de associações a campos disciplinares vizinhos, etc. Este autor ainda destacou (ibid) que as disciplinas não são monolíticas, havendo diferenciação dentro das mesmas e, em função disso, o autor propõe que se olhe o campo científico como dinâmico e heterogêneo.

Essa nova mecânica de poder disciplinar emergiu nos séculos XVII e XVIII, como apontou Foucault (2000a), incidindo diretamente sobre o corpo, enquanto as ações associadas ao poder soberano incidiam diretamente sobre a terra e o produto. O poder disciplinar atua na extração de tempo e trabalho dos corpos, mais do que de bens e riqueza. Esse é um poder que se exerce por vigilância contínua e coerções materiais, enquanto a soberania se exercia de forma descontínua por tributos, obrigações crônicas e pela coerção física. Além disso, esse novo poder exige um mínimo de dispêndio e um máximo de eficácia, sendo uma invenção da sociedade burguesa e um dos instrumentos da implantação do capitalismo industrial. Segundo Foucault (2006), enquanto o poder tradicional é ritual, violento e dispendioso, o poder disciplinar tem uma tecnologia minuciosa de sujeição, opera a objetivação daqueles aos quais é aplicado, ao mesmo tempo em que produz um saber a respeito deles. Com o Iluminismo aparecem as liberdades e as disciplinas, as quais respondem a uma conjuntura histórica de explosão demográfica do século XVIII e também ao aumento do aparelho de produção, que cresceu em extensão e que queria crescer em rentabilidade.

A disciplina, segundo Foucault (2006), em *Vigiar e Punir*, ao mesmo tempo em que capacita e exercita o corpo também o sujeita, fabrica corpos dóceis, esmiúça e não deixa escapar o mínimo detalhe e, destes esmiuçamentos, nasce o homem do humanismo moderno. A disciplina ao mesmo tempo em que individualiza os corpos os distribui, os faz circular numa rede de relações, organiza classificações racionais obtendo um instrumento para controlar e ordenar a multiplicidade, ligar o singular e o múltiplo. Com a industrialização, encontramos a decomposição individualizante da força de trabalho. A disciplina controla também a atividade, busca um tempo

integralmente útil, sem desperdícios, analisando o espaço e decompondo as atividades. As técnicas disciplinares pensam num tempo evolutivo, numa gênese e num progresso, fazem a vigilância hierárquica contínua que se integra aos fins do dispositivo em que se exercem e fazem o controle microscópico dos comportamentos, inclusive daqueles que controlam, objetivando a internalização dessa vigilância pelo indivíduo sobre si mesmo e da economia dos custos com vigilância. As técnicas disciplinares lançam um olhar que observa, analisa e corrige comportamentos. A disciplina também faz a sanção normalizadora, que promove regras e visa corrigir e evitar desvios do que se considera normal e natural; ela também aplica micropenalidades e gratificações. A punição no regime disciplinar não visa à expiação nem à repressão, como o poder soberano, mas sim à comparação e à diferenciação dos comportamentos singulares a um conjunto, além da sua aferição, hierarquização, coação e normalização.

As disciplinas (FOUCAULT, 2000a) contêm também o discurso da norma que é tida como regra natural; elas atuam na definição de códigos, não da lei, mas da normalização, e têm como norte teórico não o direito, mas as ciências humanas, sendo a sua jurisdição a de um saber clínico. Como indicou Foucault (2006), a norma parte de uma homogeneidade que é a regra, sendo que o que é considerado normal é constituído pela regularidade e pela média do conjunto dos indivíduos examinados. A norma igualmente introduz a gradação das diferenças individuais, a medição dos desvios e a modelagem de comportamentos. E o procedimento do exame controla e normaliza, exercendo uma vigilância que qualifica, classifica, compara, hierarquiza e pune, objetivando o comportamento humano e fazendo de cada indivíduo um “caso”. No procedimento do exame criam-se registros, anotações que tomam o indivíduo como objeto de descrições, análise e de documentação e nele superpõem-se as relações de saber e as relações de poder. Foucault (2006) considera o exame como a matriz de ciências humanas tais como a psicologia, a sociologia, a psiquiatria, pois através dos registros tornou-se possível acumular informações sobre os indivíduos e compará-los. Dessa forma, saber e poder conhecem os corpos e, ao mesmo tempo, produzem comportamentos ordenando a multiplicidade humana. A escola, os hospitais, a prisão, etc, se tornaram aparelhos de examinar, tal como sucede, de certo modo, nas situações que examinei neste estudo, nas ações de assistência perpetradas na rede assistencial de saúde, assim como na prática da Interconsulta e do Matriciamento, nos registros nos prontuários, nos atestados, entre outros. Lembro que Foucault (2006) apontou múltiplos dispositivos de encarceramento ligados entre si que permitem a fabricação do indivíduo

disciplinar, tendo considerado a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame como instrumentos usados pelo poder disciplinar.

Conforme Veiga-Neto (1996b), não há como separar o eixo da disciplina como conhecimento, do eixo da disciplina enquanto corpo: a primeira cria as condições mentais de possibilidade para que cada um entenda como naturais as interdições ou permissões a que está submetido. Ou seja, a palavra disciplina se refere tanto aos saberes (disciplinares), quanto aos corpos (disciplinados), operando no eixo cognitivo e no eixo corporal (VEIGA-NETO, 2006). As disciplinas-saber são os compartimentos nos quais se dividem os saberes, bem como nos quais esses se articulam, se fracionam, se manifestam. Articulam disposições mentais que favorecem a construção de um mundo segmentado. As disciplinas-corpo tratam do ordenamento da conduta, dos espaços e tempos a que o corpo se submete. Essas duas formas de estruturação das disciplinas são duas faces da mesma moeda, e, segundo o autor (ibid): elas são desdobramentos da vontade de poder, que, por sua vez, engendra vontade de saber. E ambas produzem sujeitos disciplinares.

Segundo Veiga-Neto (1996b), uma das importantes funções da ciência, além de criar os conhecimentos sobre o mundo (os conteúdos das disciplinas), é distribuir esses conhecimentos segundo estruturas (as próprias disciplinas e suas relações), de modo que o mundo passa a ser visto como estruturado. As disciplinas constituem um regime de verdade, conceito que o autor também utiliza a partir de Foucault, já que elas “iluminam” os objetos e os articulam. As disciplinas fornecem critérios e métodos para ver e organizar os objetos do mundo, “[...] elas fabricam praticantes do conhecimento, com as respectivas maneiras de produzir saberes, de ter acesso a tais saberes e de como colocá-los em circulação” (ibid, p.293). Adianto que isso parece ocorrer com os profissionais de saúde mental na Interconsulta e no Matriciamento, especialmente quando os saberes especializados são invocados e colocados em circulação para servirem como referências para a realização dessas ações. Mas, saliento, também, que as disciplinas ainda

[...] contribuem para conferir identidades distintas a diferentes grupos profissionais, definem problemas e meios para resolvê-los, regulam as relações entre produtores e consumidores de conhecimento, conferem status, fazem a separação entre saber experto e saber amador, etc. (VEIGA-NETO, 1996b, p.293)

Segundo Lenoir (1997), os estudos recentes de ciência têm apontado a falta de unidade da ciência, a sua heterogeneidade, além de ressaltarem que a disciplina reúne as habilidades para conduzir a ciência localmente, entrelaçada com outros elementos diversos e reproduzida como um conjunto coerente, que é apropriado para uma prática científica estável. Como salientou Lenoir (ibid), as disciplinas são a infra-estrutura da ciência corporificada nos departamentos universitários, nas sociedades profissionais, nos manuais e livros didáticos. Para Rosenberg (1988 apud LENOIR, 1997) a identidade disciplinar forma a identidade vocacional de um pesquisador (e, por extensão, também, dos profissionais), estabelecendo problemas e ferramentas para abordar estes mesmos problemas. Além disso, a disciplina também: estrutura as relações entre cientistas e contextos institucionais e econômicos; regula tais relações, através de mecanismos institucionais, bem como as relações entre consumidores e produtores do conhecimento; instrumentaliza a distribuição de *status*; e estabelece limites e hierarquias entre especialistas e amadores ao fundar especialidades e habilidades. Para Bourdieu (1977, apud LENOIR, 1997), as disciplinas são formações institucionalizadas e organizam esquemas de percepção, apreciação e ação, bem como os inculcam como ferramentas de cognição e comunicação.

Para Lenoir (1997):

Disciplinas são estruturas dinâmicas para compor, canalizar e repetir as práticas sociais e técnicas essenciais ao funcionamento da economia política e do sistema de relações de poder que a realiza. (p.66)

Faço estas apreciações sobre as disciplinas criadas pela ciência, pois a organização por especialidades, que separa o sujeito do objeto, bem como a mente do corpo, configura as formações profissionais e formata as práticas profissionais nas diferentes áreas da saúde, dividindo áreas e produzindo identidades profissionais, fabricando diferenças entre campos na saúde e subjetivando diversificadas possibilidades de intervenções, disciplinando também os corpos profissionais. No capítulo 5 abordarei a subjetivação em algumas disciplinas da saúde tais como a medicina, a psiquiatria e a psicologia, bem como em saberes como a psicanálise, subjetivações essas que são determinantes na formação dos profissionais da saúde e, inclusive, na articulação ou nas dificuldades de articulação que ocorrem entre os saberes e áreas.

3.2 CONTINGÊNCIAS DE PRODUÇÃO NA SAÚDE DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E REDE BÁSICA: A REFORMA SANITÁRIA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nessa seção dou continuidade à contextualização e à historização que venho procedendo acerca de como se foram conformando um conjunto de verdades para o campo da saúde, nas últimas décadas, entre as quais as que circularam por ocasião da criação do Sistema Único de Saúde e no campo da Saúde Coletiva. Agora, passo a abordar a Reforma Sanitária e, posteriormente a Reforma Psiquiátrica, que é a Política de Saúde Mental atual no Brasil. Focalizo, também, alguns documentos internacionais, que norteiam as políticas e fornecem diretrizes para ações em saúde, e também indico autores que enfatizam a importância da rede básica e da inclusão da saúde mental na rede básica. Faço esta contextualização para localizar a rede discursiva na qual se insere a proposta do Matriciamento e da Interconsulta, que propõe esta relação entre profissionais de serviços de saúde mental e profissionais da rede básica.

Mattos (2005) relata que, no início do século XX, as políticas públicas no Brasil se reportavam, apenas, a responder a exigências demandadas por certas doenças que traziam ameaças epidêmicas, ficando a demanda da escolha das doenças a combater atrelada, principalmente, aos técnicos, estando as políticas de saúde centralizadas no governo federal e verticalizadas. No fim do século XX, outros atores sociais passaram a também fazer demandas de saúde. O autor chama este modelo de intervenção de *campanhista* por esse se voltar à erradicação, através de campanhas, das doenças como a febre amarela, a gripe espanhola, a malária, a esquistossomose, entre outras que acometiam de forma epidêmica algumas regiões do país. Esse modelo, segundo o autor, construiu legitimidade social para as intervenções do Estado na saúde no século passado e passou a ser criticado na década de sessenta em função das ações impositivas que a ele ficaram associadas. Essas ações de controle e de eliminação dessas doenças de massa e epidêmicas, segundo Aciole (2006), tinham uma orientação higienista e pretendiam assegurar uma realidade social compatível com a modernização e a urbanização recentes no país. Ao lado dessas intervenções, também no século passado, segundo Mattos (2005), formularam-se políticas voltadas para os direitos e benefícios dos trabalhadores, estando entre essas a assistência à saúde, instituídas em uma política que

o autor qualifica de *trabalhista*. Configuram-se, então, duas vertentes de políticas de saúde – a *campanhista* e a *trabalhista* – que se estruturaram de formas independentes até a década de setenta, quando entrou na agenda do governo a configuração de sistemas de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi desenvolvido durante o governo militar, mantendo a separação já anteriormente perpetrada entre saúde pública (responsabilidade do Ministério da Saúde) e práticas assistenciais (responsabilidade do Ministério da Previdência Social). Ou seja, é possível dizer que mesmo nesta “nova” estruturação, a saúde pública e a assistência médica continuavam sendo pensadas independentemente, mantendo-se isoladas as duas vertentes de ações que já existiam em separado (MATTOS, 2006). É importante registrar, ainda, que, tanto o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, quanto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1970, segundo Aciole (2006), davam assistência médica apenas aos trabalhadores urbanos inseridos na engrenagem industrial-econômica, excluindo os trabalhadores que não estavam no mercado formal de trabalho e os desempregados. No Sistema Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde (MATTOS, 2006) formulava propostas de intervenção em larga escala na saúde pública, ações preventivas como de imunização e programas verticais como o combate à tuberculose e a hanseníase, e se centrava nos Centros de Saúde. Já a Previdência realizava o atendimento médico individual aos trabalhadores que contribuía para a Previdência Social (empregados com carteira assinada), e era centrada nos hospitais. Nesta circunstância, segundo o autor, uma mulher com hanseníase era atendida pela saúde pública e seu acompanhamento ginecológico era realizado nos serviços da Previdência, ou seja, a mesma pessoa tinha que dar entrada em instituições diferentes para resolver seus problemas de saúde.

Ainda segundo Mattos (2006), com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tentou-se superar essa dicotomia, presente no sistema anterior, e propor a articulação entre assistência médica individual e práticas de saúde pública, unificando-as em um único sistema, que incluía a disposição de ofertar serviços assistenciais de acordo com o perfil epidemiológico da população e de articular prevenção e assistência (um dos sentidos da integralidade, como vimos anteriormente). Com o SUS buscou-se, além disso, propor acesso universal a qualquer pessoa, não só aos trabalhadores com vínculo empregatício formal como anteriormente ocorria. Com o intuito de integrar assistência médica e saúde pública, inclusive, o Ministério da Saúde incorporou (e

extinguiu posteriormente) o INAMPS. E com a unificação do SUS, também se realiza a unicidade de comando no Ministério da Saúde.

É interessante indicar que o SUS é resultado de reivindicações de vários movimentos sociais de uma época em que o país vivia numa ditadura militar e na qual surgiram novos atores sociais articulados em torno de demandas sociais e de políticas reprimidas, nos anos 1960-1970, conforme destacou Aciole (2006). E que os atores presentes nos movimentos sociais, que buscavam uma mudança política no país, eram os participantes do movimento sindical (organizador das greves do ABC e outras), do movimento dos aposentados (que emergiu em resposta à crise e insolvência da Previdência) e do movimento sanitário, entre outros. De um lado, havia o movimento sanitário concentrado nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social¹⁷ das Universidades, o qual se propunha a levar em conta as determinações da estrutura social no processo saúde-doença. De outro lado, também existiam os chamados “sanitaristas” que ocupavam espaços da gestão estatal e que foram ao encontro dos movimentos sociais e sindicais dessa época. Os movimentos sanitários da década de 1970 caracterizam-se, então, por responder ao caráter corporativo e excludente da política prestada pelos serviços previdenciários (que era também o responsável pelo atendimento em saúde), que ofereciam acesso restrito somente ao contribuinte com vínculo empregatício. Os desempregados ou os sujeitos sem vínculos empregatícios formais, como indiquei anteriormente, não tinham esse direito. Por isso tornou-se comum, entre os movimentos sociais, que se uniram nessa época no Brasil, a luta pelo direito à saúde, pela reforma do aparato institucional produtor de saúde, enquanto na esfera política procedia-se à busca pela normalidade institucional do país. A reforma da saúde e do Estado foram, então, acopladas, propondo a idéia de que a mudança na saúde precisaria decorrer de uma reformulação do Estado; e o entendimento da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Aciole (2006) indica, ainda, que a Reforma Sanitária italiana, ocorrida na década de setenta, exerceu influência na

¹⁷ Tal como já foi trazido em nota de rodapé do capítulo 2, Nunes (2006) fala que o projeto preventivista foi amplamente discutido na década de 50 com o apoio da Organização Panamericana da Saúde/OMS, era uma crítica pedagógica ao modelo biomédico e deu origem a departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e a disciplinas como a epidemiologia, administração de serviços de saúde, também à preocupação com o indivíduo como biopsicossocial. A medicina social, posteriormente, reformula as indagações básicas da medicina preventiva se propondo a gerar novas práticas, não só conhecimentos restritos à universidade. No final dos anos 70 foi de grande repercussão para a saúde a Declaração de Alma-Atá, na URSS, que fundamentaria o direito à saúde, o papel do Estado e a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde, como veremos adiante.

Reforma Sanitária Brasileira, principalmente em relação à idéia da democracia como valor. E Lyra (2007), psiquiatra e psicanalista consultora do Ministério da Saúde, diz que o surgimento do SUS no contexto de uma medicina relacionada à alta tecnologia e à organização individualista, representou um grande avanço na assistência à saúde para a população mais carente, configurando-se, por outro lado, como uma grande contradição no Estado capitalista, por ofertar uma medicina integral com os princípios do SUS de atendimento universal e equânime, o que não condiz com os preceitos de um regime ditado pelo mercado financeiro.

O SUS também é resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que, por sua vez, foi influenciada pelos movimentos sociais, sindicais e pela Reforma Sanitária, sendo que essa Conferência conseguiu imprimir, no texto da Reforma Constituinte de 1988, os seus conceitos e princípios, estando entre esses, a idéia de saúde como direito e o conceito ampliado de saúde, além da idéia de controle social sobre a ação do Estado, entre outras (ACIOLE, 2006).

Minayo (2008), que estuda as filiações dos discursos da saúde às diferentes correntes das ciências sociais, refere que os sanitaristas no Brasil, e que a criação do próprio SUS, foram influenciados pela abordagem marxista nos movimentos sociais e na saúde. A abordagem marxista tem uma visão crítica sobre os posicionamentos positivistas e desenvolvimentistas indicando, por exemplo, que o avanço científico e tecnológico da medicina não correspondeu a melhorias de saúde da população nas sociedades. Nunes (1985, apud MINAYO, 2008) refere que os estudos sob o enfoque do materialismo histórico na saúde abordam políticas públicas, planejamento e administração, concepções de saúde e doença, análises institucionais, análise de processos de trabalho e outros. Também a área de Saúde do Trabalhador se desenvolveu com as abordagens marxistas. A posição marxista histórico-estrutural se tornou, na década de 1970 e 1980, a posição ideológica e política que repercutiu nos movimentos sociais e da saúde, tendo efeitos, inclusive, segundo Escorel (1998 apud MINAYO, 2008), na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e no capítulo dos Direitos Sociais na Constituição Cidadã, de 1988, que incluiu a criação do SUS. A posição marxista influenciou também a troca do termo *Saúde Pública* para *Saúde Coletiva* visando, segundo Minayo (2008) “chamar a sociedade para a transformação de uma área que era praticamente dominada pela corporação médica e que mais excluía do que incluía a população” (p. 126).

Vários dos autores da Saúde Coletiva, entre os quais alguns já citados anteriormente, estiveram ligados ao movimento da Reforma Sanitária e à criação do SUS, sendo que seus textos e livros reafirmam idéias da reforma e do SUS, como a noção de integralidade, a defesa da idéia de universalidade de acesso à saúde, de democratização das práticas de saúde e de participação popular. Destaco, ainda, que alguns desses participantes da Reforma Sanitária também atuaram no movimento que levou à Reforma Psiquiátrica brasileira, como veremos a seguir.

Voltando-me agora para a Política de Saúde Mental, cabe trazer a história recente ao indicar que, em 2001, a Lei Federal Paulo Delgado, Lei 10.216, foi sancionada no país com modificações. Essa Lei Federal redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. No final de 2001 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que acabou alinhando a política de saúde mental do governo federal com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica procedeu à redução de leitos hospitalares e a rede de atenção diária à saúde mental passou a experimentar uma expansão. Além disso, passou a incentivar a desinstitucionalização de pessoas longamente internadas e uma política de recursos humanos voltada para a Reforma Psiquiátrica; além disso passou a incluir, também, uma política voltada para o combate ao uso de álcool e outras drogas. Passou-se a destinar recursos do Ministério da Saúde para serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos como os CAPS (Centros de Atenção Psicossociais), Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência (BRASIL, 2005c).

Registro que tais proposições estão em consonância com o que o documento da Organização Mundial da Saúde intitulado “Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança” (2001) chamava de *mudança de paradigma da saúde mental do hospital para a atenção na comunidade* ocorrida no século XX. Explicito que este documento considerava que essa mudança se deveu, principalmente, a três fatores: 1) os desenvolvimentos na psicofarmacologia e suas novas drogas e as novas formas de intervenção psicossocial; 2) o movimento dos direitos humanos na criação da Organização das Nações Unidas e o avanço da democracia no globo; 3) a incorporação do elemento mental e do social no conceito de saúde da recém criada Organização Mundial da Saúde (em 1948). Além disso, o relatório citado não recomendava aos países a manutenção de instituições psiquiátricas com grande número de leitos, associando tal situação à violação de direitos humanos e a

resultados indesejáveis. Nele era recomendado o oferecimento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e que se procedesse à atenção psicossocial na comunidade, nos termos propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira. O Relatório da Organização Mundial da Saúde de 2001 apoiou as várias experiências da reforma psiquiátrica em curso em todo o mundo e também recomendou a implantação de políticas públicas de saúde mental nos diferentes países, priorizando a atuação dos profissionais de saúde mental na comunidade e/ou na atenção primária. Além disso, propôs, também, a coordenação de serviços de saúde entre si e com outras áreas e serviços como previdência, educação, emprego, etc (o que chamava de vínculos intersetoriais), a disponibilidade e acesso a alguns medicamentos psicotrópicos, a monitorização da saúde mental e criação de indicadores nos sistemas de informação, o envolvimento da comunidade, das famílias e usuários, entre outros pontos.

Este documento da OMS (2001) considerava, ainda, que, neste modelo comunitário, a estrutura compartilhada de serviços de saúde mental e saúde física proporcionaria economias de custo-eficiência e o uso de recursos comunitários que poderiam compensar parcialmente os recursos limitados de pessoal em saúde mental.

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é referida pelo Ministério da Saúde como a “porta de entrada preferencial do sistema de saúde” (BRASIL, 2006b, p.11) na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), que refere esta abrangente ações de saúde:

[...] no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (p.10)

Relativamente ao Programa Saúde da Família (PSF), indico ter sido este implantado a partir de 1994 pelo governo federal na atenção básica dos municípios com o intuito de enfrentar o problema da centralização e superlotação dos equipamentos especializados (secundários e terciários), a baixa resolutividade e a cronificação das

doenças, segundo Barban & Oliveira (2007). Ele objetivava resolver a maior parte dos problemas na própria atenção básica, diminuindo os encaminhamentos intensos aos setores especializados e, ao invés de guiar-se pelo modelo de queixa/condução, o PSF pautava-se pela busca ativa da população, prevenção e controle das morbidades na atenção básica. E isso passou a ser feito através da delimitação de seu território de ação (territorialização, princípio do SUS) e do diagnóstico epidemiológico local através de visitas domiciliares e da realização de ações preventivas e curativas.

Mas destaco que os incentivos à atenção básica estão presentes, também, em documentos do Ministério da Saúde brasileiro, como o já citado “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005c), que fala da importância da saúde mental na atenção primária ou Atenção Básica¹⁸ e que o Programa Saúde da Família (PSF)¹⁹ trabalha na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Este documento refere também que cada equipe do PSF é composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e está encarregada da cobertura de até 1.000 famílias, ou cerca de 3.400 pessoas de um município ou bairro. O Programa de Saúde da Família propõe um modelo de território circunscrito, visitas domiciliares e conhecimento epidemiológico da área de atuação.

Atualmente, o PSF é chamado também de *Estratégia Saúde da Família* (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, sendo o PSF uma estratégia de reorganização da atenção primária que não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. Mas, hoje em dia, na Secretaria Municipal de Saúde se utilizam os dois termos, e mais ainda o termo PSF.

Antes de prosseguir na caracterização dessas estratégias, ressalto que, como destacou Minayo (2008), as abordagens fenomenológicas das ciências sociais, além de favorecerem o surgimento de linhas holísticas na concepção da saúde, que levam em conta o bem-estar integral (físico, mental, social, espiritual), também favoreceram o aparecimento de novas formas institucionalizadas de saúde pública voltadas para a atenção primária, o autocuidado, o uso da medicina tradicional e a participação comunitária. O Programa de Saúde da Família (PSF) é, segundo a autora (MINAYO,

¹⁸ O documento da OMS citado acima (ibid, 2001) diz que a idéia de distrito sanitário da atenção primária (e portanto Atenção Básica) relaciona-se com a idéia de *setores* criados em meados século XX na França e que se propagou por toda a Europa na década de 60.

¹⁹ Cabe registrar que hoje em Porto Alegre e em outras cidades brasileiras a Atenção Básica não se compõe só dos PSF mas também das US (Unidades Sanitárias) que são postos de saúde que funcionam na forma mais tradicional de trabalho, sem as atividades dos PSF de levantamento epidemiológico da sua região, busca ativa, e sem profissionais como o agente comunitário e o médico clínico comunitário.

2008), um exemplo da influência fenomenológica na saúde, é uma proposta que se contrapõe ao modelo hospitalocêntrico, ainda hegemônico, pois “aposta em serviços mais pessoais, compreensivos e interativos” (p. 106). Segundo essa autora (ibid), as teorias compreensivas têm sido importantes na promoção das interações entre todos os agentes da saúde, bem como para o entendimento de fenômenos focalizados na busca de humanizar o sistema de saúde. E isso me leva a indicar o destaque atribuído à humanização nas várias propostas do Ministério da Saúde e nas cartilhas do HumanizaSus²⁰, que veremos mais adiante. Aliás, as teorias compreensivas, segundo Minayo (2008), são antipositivistas e formulam os conceitos de significado e intencionalidade como específicos dos fenômenos sociais, diferenciando-os e separando-os dos fenômenos naturais.

Registro, ainda, que essas idéias de investimento na atenção primária, bem como de modificação da assistência psiquiátrica, já vinham sendo formuladas em Declarações e em conferências internacionais anteriores, como trago a seguir. A Declaração de Alma-Ata (1978), por exemplo, foi formulada na *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, realizada na União Soviética, em 1978. Nela se exortou os governos a superarem a desigualdade entre a saúde dos povos de países desenvolvidos e países em desenvolvimento, na busca por alcançarem um nível de saúde para todos até o ano 2000. Além disso, nela deu-se destaque aos cuidados primários de saúde, considerados a chave para atingir-se a referida meta em todos os países e, em especial, nos países em desenvolvimento, inclusive pelo custo passível de ser mantido. E os cuidados primários deveriam ser coordenados com outros setores como a educação, habitação, obras públicas, e com recursos da comunidade também. Nesta Declaração propôs-se, ainda, a participação da comunidade no planejamento, organização e controle dos cuidados primários.

Outro documento importante é a Declaração de Caracas (1990), formulada em 1990 na *Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina*, ocorrida na Venezuela. Esta Declaração parte da crítica de que a atenção psiquiátrica convencional, bem como o hospital psiquiátrico tomado como o único modelo assistencial, não vão ao encontro da atenção “comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva” (p.1), que se tem como objetivo. Além disso, este modelo psiquiátrico isola o doente de seu meio, além de colocar em perigo os

²⁰ As cartilhas do HumanizaSus do Ministério da Saúde são cada uma sobre um tema e estão dentro da Política Nacional de Humanização. Uma delas será abordada no capítulo de análise dos documentos.

direitos humanos e civis do paciente, entre outros pontos. A Declaração de Caracas propõe atenção psiquiátrica ligada à atenção primária de saúde, centrada na comunidade e em suas redes sociais, capacitação de recursos humanos da saúde comunitária em saúde mental e psiquiatria, internação psiquiátrica em hospitais gerais. Comentários divulgados no *site*²¹ do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), referem que, mais de quinze anos após a Declaração de Caracas, verificou-se que o tratamento das doenças mentais na comunidade, em países da América Latina e Caribe, se revelou muito mais custo-efetivo do que os modelos hospitalares tradicionais.

Vê-se, então, como a saúde mental passa a ser relacionada à atenção na rede básica com a referida mudança de paradigma na saúde mental. Lancetti e Amarante (2006), defensores da Reforma Psiquiátrica, também consideram fundamental o papel da rede básica. Eles consideram que a saúde mental é o eixo da Estratégia da Saúde Família (ESF) e que a ESF é um programa de saúde mental, pois trabalha próximo à comunidade, todos os profissionais conhecem os pacientes pelo nome bem como suas histórias. Para os autores (*ibid*), o fato da ESF ter uma equipe fixa permite uma continuidade no atendimento e um conhecimento das pessoas e famílias, possibilitando a ressignificação dos sintomas e sofrimentos, o acolhimento, o desenvolvimento de ações coletivas como caminhadas (para hipertensos, diabéticos e deprimidos), protagonismos e participações políticas, etc. A Saúde da Família tem poder de inserção dos indivíduos ao seu território mais que os CAPS, segundo os autores. Lancetti e Amarante (2006) defendem que a saúde mental compete a todos profissionais de saúde e que cada vez menos se deve separar saúde mental da saúde física.

Situei nestas duas últimas seções, que focalizam a ciência, a saúde pública e a saúde mental, algumas posições prevalentes e associadas à emergência da proposta do Matriciamento e da Interconsulta. Nesse se incluem propostas nacionais e internacionais relativas à Reforma Psiquiátrica, voltadas ao propósito de inserir socialmente em sua comunidade as pessoas com problemas psíquicos em vez de institucionalizá-las. É possível dizer que essas integram um regime discursivo que inclui, também, proposições decorrentes de ações internacionais e nacionais de incentivo e apoio à Atenção Primária a Saúde e que destacam a importância de incluir-se a saúde mental nas ações de Atenção Primária e Saúde. Ressalto que os postos de saúde da Atenção Primária à Saúde estão localizados na comunidade, próximos a onde reside a população,

²¹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1

sendo por isso considerados privilegiados neste propósito de auxiliar a inserção dos casos de saúde mental na comunidade. A ênfase na Atenção Primária à Saúde, e não no hospital, que se instaura no regime discursivo que estou passando a focalizar, defende que a primeira tenha resolutividade e que atenda a boa parte dos casos, inclusive da área de saúde mental, restringindo os encaminhamentos aos serviços especializados e hospitais. A Reforma Psiquiátrica e o investimento na rede básica vão, assim, ao encontro das proposições da Reforma Sanitária, que postula o acesso da população aos serviços de saúde, bem como advoga a adoção de uma noção ampliada dos determinantes da saúde. O Apoio Matricial e a Interconsulta são práticas propostas para realizar os direcionamentos citados, de investimento na rede básica e na saúde mental, que visam incluir os casos de saúde mental na comunidade e na Atenção Primária a Saúde, e que buscam, também, reduzir os encaminhamentos aos serviços especializados.

É possível dizer, portanto, que tais práticas se organizam a partir de propostas que visam a integração entre saúde mental e saúde em sua dimensão mais ampla, bem como entre serviço especializado e rede básica, e entre profissionais de diferentes áreas e formações. Passo agora a abordar alguns autores que teorizam a respeito do Apoio Matricial e da Interconsulta.

3.3 TEORIZAÇÕES SOBRE O APOIO MATRICIAL E A INTERCONSULTA

O Apoio matricial e a Equipe de Referência foram propostos por Gastão Wagner Campos (2003, apud CAMPOS; FIGUEIREDO, 2007), autor de vasta bibliografia na área de Saúde Coletiva, e que participou da Reforma Sanitária brasileira, bem como fez parte do Ministério da Saúde em 2002. Campos & Figueiredo (2007) indicam que essa metodologia de trabalho foi adotada a partir de 2001 pela Prefeitura de Campinas (SP) em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS. Posteriormente, alguns programas do Ministério da Saúde incorporaram tal perspectiva, estando entre esses o HumanizaSUS, a Política de Saúde Mental e de Atenção Básica/Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Estes autores (ibid) consideram o Apoio Matricial como:

[...] um dispositivo importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (CAMPOS & DOMITTI, 2007, p. 405).

O termo matriz em sua origem latina significa “o lugar onde se geram e se criam as coisas” (p. 402), e, também indica um conjunto de números que guardam relação entre si, seja horizontalmente, verticalmente ou transversalmente (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Desta forma, a idéia de matricial, segundo os autores (ibid), indica a possibilidade de estabelecimento de uma relação horizontal entre os profissionais de referência e os especialistas, e não apenas vertical, como tradicionalmente é procedida no sistema de saúde. Os autores (ibid) esclarecem, ainda, que a idéia de apoio refere-se a uma linha de transversalidade e à possibilidade de estabelecimento de uma relação dialógica horizontal entre os campos profissionais e entre os próprios profissionais. E isso é diferente da fragmentação, da excessiva especialização e dos encaminhamentos às especialidades, bem como da descontinuidade no atendimento, no processo de trabalho e na gestão, típicos do modelo médico dominante e, tantas vezes, apontados como “causas” dos problemas de atendimento em saúde nas áreas que estou considerando.

O Apoio Matricial depende da existência de espaços coletivos e de algum grau de co-gestão e democracia institucional, tal como indicou Campos & Domitti (2007), que relacionam o Apoio Matricial e a equipe de referência com a abordagem integral do processo saúde/doença, além da idéia de clínica ampliada. Também Rosana Campos e Mariana Figueiredo (2009) enfatizam a idéia de Apoio Matricial como um arranjo organizacional e de gestão capaz de auxiliar na inserção da saúde mental na Atenção Básica, na atenção ao sofrimento psíquico e às questões da subjetividade, ampliando a clínica da rede básica. Estas autoras (ibid) seguem a linha de raciocínio e as noções de ampliação da clínica e de arranjo organizacional de Wagner Campos e Ana Domitti (2007), enfatizando aspectos referentes à saúde mental e ao sofrimento psíquico. Campos & Figueiredo (2009) verificaram, em pesquisa realizada sobre o Apoio Matricial, em Campinas (SP), que os profissionais da saúde mental consideram que os profissionais que atuam nas equipes de referência da rede básica comumente sentem-se inseguros, diante do sofrimento psíquico, sentindo-se mais à vontade para lidar com os aspectos objetivos dos procedimentos na saúde bem como com a prescrição medicamentosa. A estes profissionais faltariam, então, no ponto de vista dessas autoras (ibid), “recursos teóricos e técnicos” (p. 138) para lidar com o sofrimento psíquico, e,

por isso, elas sugerem que se aprofunde o debate sobre critérios de risco em saúde mental, de modo a esclarecer o que é da competência dos serviços especializados e o que é da competência da rede básica, embora considerem que estas fronteiras sejam imprecisas. Elas (ibid) destacaram, ainda, a importância dos profissionais que realizam Apoio Matricial escutarem, também, as dificuldades dos profissionais da rede básica. As autoras (ibid) apontaram, ainda, que tanto os profissionais da saúde mental, quanto os gestores, que participaram de sua pesquisa, destacaram a “função pedagógica” (p. 134) do Apoio Matricial, principalmente nos atendimentos conjuntos com os profissionais da rede básica, sendo capaz de auxiliar, desse modo, os profissionais da rede básica a lidarem com a saúde mental. As autoras relataram (ibid) que, nos grupos focais que organizaram em sua pesquisa, os profissionais da rede básica de referência, da saúde mental e os gestores confirmaram que o Apoio Matricial estava fazendo com que a “[...] Saúde Mental saísse do núcleo especializado para transitar no fazer das equipes [de saúde] [...]” (p. 134), havendo ampliação da clínica, acolhimento da dimensão da subjetividade pelas equipes da rede básica e também diversificação de ofertas terapêuticas da Saúde Mental, focando-se mais nas necessidades dos sujeitos, das famílias e do território, em vez de na organização dos serviços. Para essas autoras (ibid), a dimensão subjetiva está sempre presente e deve ser levada em conta em qualquer relação terapêutica.

Trago agora a experiência de implantação do Apoio Matricial em Florianópolis (SC), descrita em relatório produzido por Saraiva & Cremonese (2008). Este relatório indicou ter sido essa implantação apoiada em diagnóstico anteriormente realizado acerca da situação da saúde mental naquele município, considerando, em especial, as enormes listas de espera para atendimento registradas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como a fragmentação e a atuação qualificada no mesmo documento como desarticulada, da rede de serviços e dos profissionais responsáveis pelos atendimentos. Como o documento relata, foram organizadas reuniões de Matriciamento para a discussão de casos, bem como de temas, objetivando troca de saberes, além de atendimentos e intervenções realizadas em conjunto pelos profissionais envolvidos, visando ampliar ações de clínica e a “escuta” das equipes de Saúde da Família. Estas atividades foram consideradas pelas autoras de Florianópolis como estratégias de educação permanente capazes de problematizar e transformar os serviços de saúde. Segundo consta no relatório de Florianópolis, o Matriciamento também auxiliou a rede básica a criar grupos variados, sendo alguns desses grupos específicos na

área de saúde mental. Além disso, também foi ressaltada a possibilidade das equipes de saúde mental e da rede básica atuarem de forma conjunta na construção do Plano Terapêutico dos pacientes, ressaltando o documento ter sido essa uma forma de estimular-se a interdisciplinaridade, bem como a aquisição de novas competências e habilidades pelos profissionais da Saúde da Família. O relatório citado também destacou a importância de ter-se processado o planejamento das ações em saúde mental, nessa região, em conjunto com as equipes de Saúde da Família, o que foi considerado como um facilitador do aumento da aderência ao tratamento proposto. Como recomendação, o relatório registra a importância dos profissionais de saúde mental escutarem as queixas e sugestões das equipes de Saúde da Família para, desse modo, tornar-se possível a construção de um trabalho efetivamente integrado. Finalizando, destaco que Saraiva & Cremonese (2008) referem ser o Apoio Matricial um modelo technoassistencial, que consideram ter permitido a reordenação do modelo assistencial da cidade de Florianópolis.

Como é possível ver, tanto no artigo de Campos & Figueiredo (2009), quanto no relatório de Saraiva & Cremonese (2008), o Apoio Matricial tem sido tomado como uma prática com função claramente pedagógica e educativa, aspecto que também busquei ressaltar neste estudo, no qual enfatizei aspectos que entendo se pretenda ensinar aos profissionais que labutam no campo da saúde, encontrados nos documentos e entrevistas analisados, considerando-se também que esses atuam na subjetivação desses profissionais.

Quanto à Interconsulta, é importante indicar que vários autores afirmam ter sido essa originada a partir da entrada da psiquiatria nos hospitais gerais (BOTEGA, 2006; CARVALHO; LUSTOSA, 2008). De acordo com Schmitt & Gomes (2005 apud CARVALHO; LUSTOSA, 2008), no Brasil, a Interconsulta começou a ter destaque na década de 1980, quando, a partir da lei da reforma psiquiátrica, se recomendou a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, aspecto que contribuiu para que a relação já existente entre a psiquiatria e outras especialidades médicas se tornasse norma. Reforçando a importância da adoção da ação indicada, Carvalho & Lustosa (2008) apontam vários estudos que referem os custos e as consequências negativas de negligenciar-se o manejo de transtornos psiquiátricos, bem como das queixas psicossociais durante o tratamento hospitalar, o que acarretaria, inclusive, repetidas e desnecessárias readmissões hospitalares. Os mesmos autores (CARVALHO; LUSTOSA, 2008) referem, também, que a maioria das publicações sobre Interconsulta

referem-se à Interconsulta psiquiátrica, até por ter sido essa constituída originalmente nesta área, considerando, no entanto, ser possível expandi-la para outras áreas profissionais em saúde tais como a psicologia, entre outras. Já Schmitt & Gomes (2005 apud CARVALHO; LUSTOSA, 2008) consideram a Interconsulta uma atividade interprofissional e interdisciplinar, que compreenderia não só a assistência ao paciente e à equipe, mas, também, a pesquisa e o ensino, o que beneficiaria tanto a esses, quanto à instituição de saúde, de um modo mais geral. E Andreoli & Mari (2002 apud CARVALHO; LUSTOSA, 2008) consideram ser a principal tarefa da Interconsulta assistir a *quem dá* assistência, aspecto que é ampliado pelas considerações de Zavaschi et al (2000 apud CARVALHO; LUSTOSA, 2008), que apontam que aquele que realiza a interconsulta tem também como função auxiliar no entendimento das reações da família, da equipe e do paciente.

Ao caracterizar o uso dessa prática no Brasil, Botega (2006) ressalta que a denominação Interconsulta inclui a consultoria psiquiátrica e a chamada “psiquiatria de ligação” (p.24), lembrando que a consultoria refere-se à atuação de um profissional de saúde mental, que responde a uma solicitação específica de outros profissionais que cuidam de um paciente, cabendo ao profissional de saúde mental avaliar e indicar tratamento para esses pacientes, quando isso for necessário, sendo episódica a presença do psiquiatra no serviço. Já na chamada “psiquiatria de ligação” (p.24), o profissional de saúde mental não aguarda ser chamado apenas quando os outros profissionais avaliam ser isso necessário, mas ele é membro de uma equipe médica e tem contato contínuo com os serviços do hospital geral, tais como uma enfermaria ou unidades especializadas. Botega (2006) indica, então, serem os seguintes os focos da interconsulta: a pessoa do médico; a relação médico-paciente; o paciente e a inserção institucional daquele que realiza a interconsulta. Ele também considera serem atividades da interconsulta: a participação de equipes multidisciplinares, a coordenação de grupos operativos entre membros da equipe, a participação em comissões, e outras funções de mesma ordem.

A partir da consideração dos autores acima referidos, é possível ver-se, então, que o conceito de Interconsulta recebe uma conotação ampliada que inclui a assistência ao profissional cuidador, o trabalho com as equipes, a participação em comissões, a pesquisa e o ensino. Mas registro que a proposta de Interconsulta, da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, constante do Plano Municipal de Saúde 2005-2008 (2005), enfatiza na Interconsulta a orientação técnica em saúde mental e a

capacitação, embora este documento cite autores que consideram trabalhar a Interconsulta também com questões “interpessoais e institucionais” da equipe. Porém, também registro que aspectos atribuídos pelos autores acima citados à Interconsulta, muitas vezes se assemelham ao que está configurado nos documentos do Ministério da Saúde como Apoio Matricial, pois esse abrangeria mais elementos, o que demonstra, mais uma vez, o quanto a conceituação desses dois termos possui amplitude e variação.

Parece-me ser importante salientar, mais uma vez, como os documentos do Ministério da Saúde brasileiro estão atravessados pela perspectiva de Gastão Wagner Campos, que formulou a noção de Apoio Matricial e iniciou esta experiência em 2001 em Campinas (SP) (CAMPOS; FIGUEIREDO, 2009), bem como estão influenciados pela perspectiva de outros autores que atuam no campo da Saúde Coletiva. E isso é percebido, especialmente, a partir da recorrente utilização, nos documentos analisados de certas expressões e temáticas que constam nos artigos destes autores tais como as que colocam em destaque a importância do trabalho interdisciplinar (ou transdisciplinar), bem como a constante referência à necessidade de colocar-se em relação diferentes serviços da rede da saúde e até de serviços de “fora da saúde” (a chamada intersectorialidade), e a idéia de considerar as várias dimensões do adoecimento, tais como a questão social, além da psíquica e da biológica. E esses são aspectos que se relacionam com a noção de integralidade, princípio do SUS que é reafirmado por vários autores da Saúde Coletiva e por esses dois documentos analisados do Ministério da Saúde que igualmente valorizam a diversidade de saberes e propõem uma organização do trabalho e uma gestão democrática e horizontal.

Pode-se dizer que dão suporte às noções de Interconsulta e de Apoio Matricial principalmente os conceitos de integralidade e de interdisciplina, e vários autores, citados no capítulo 2, fazem referência à integralidade como sendo composta pela interdisciplina (PINHEIRO E LUZ, 2005; TEIXEIRA, 2005; CECÍLIO, 2006) e a intersectorialidade (CECÍLIO, 2006). Destaco que a intersectorialidade, citada por Cecílio (2006), propõe a ligação entre diferentes setores institucionais e da sociedade como a educação, lazer, emprego, saúde, justiça, com o intuito de atacar alguns problemas na saúde considerados decorrentes também de certas condições de vida. A intersectorialidade é citada nos documentos analisados da SMS e do Ministério.

Gostaria, agora, de focalizar o contexto de serviços da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) para informar acerca de como se organiza hoje a rede de serviços prestados por essa Secretaria, bem como dos serviços que realizam

Interconsulta/Matriciamiento. A SMS possui oito Gerências Distritais (GD), sendo que cada uma atende a um conjunto de bairros da cidade de Porto Alegre e possui um conjunto de serviços de saúde e de saúde mental que atendem cada região e que, algumas vezes, atendem a toda cidade. As Gerências Distritais são as seguintes: 1) GD Centro; 2) GD Leste/Nordeste; 3) GD Norte/Eixo Baltazar; 4) GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; 5) GD Glória/Cruzeiro/Cristal; 6) GD Partenon/Lomba do Pinheiro; 7) GD Restinga/Extremo Sul; 8) GD Sul/Centro Sul. Para esclarecer melhor o funcionamento destas Gerências trago como exemplo a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal que abrange, além dos bairros nomeados, outros próximos a esses tais como os bairros Medianeira, Orfanotrófio, Belém Velho, Santa Tereza, Aparício Borges e Cascata. Nessa região, a rede básica possui um total de 15 PSF e 10 Unidades Sanitárias, totalizando 25 postos de saúde. Além disso, há serviços especializados sediados no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes tais como: Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) dirigido à testagem e apoio a portadores do vírus HIV; PACS clínico e pediátrico (Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul); Fisioterapia; serviços de saúde mental como CAPS II que atende adultos, CAPS Álcool e Drogas e PACS/SM (Pronto-atendimento em saúde mental que atende toda a parte sul da cidade), além de outros serviços de saúde.

Em cada Gerência, há algum serviço de saúde mental, sendo que várias Gerências não dispõem de CAPS, mas de Equipes de Saúde Mental, geralmente sediadas dentro de algum posto de saúde ou Centro de Saúde, contando com uma equipe de profissionais que trata especificamente da saúde mental (psicólogo, psiquiatra, assistente social, enfermeiras e terapeutas ocupacionais). Quanto à rede de serviços de saúde mental existente em 2010, Porto Alegre conta com: dois Pronto-Atendimentos em Saúde Mental; internações psiquiátricas hospitalares; onze CAPS que atendem diferentes públicos (infância, alcoolismo e drogadição, adulto), incluindo os CAPS que não são diretamente da Prefeitura, mas que atendem, também, a população da cidade, tal como os CAPS do Grupo Hospitalar Conceição, do Hospital de Clínicas e CAPS conveniados com a Prefeitura. Alguns desses serviços realizam Interconsulta, Apoio Matricial, ou denominam de Consultoria, não foi disponibilizada a informação de quantos o fazem, mas sabe-se que estes não correspondem à maioria. Há, ainda, em funcionamento, mais de uma dúzia de ambulatórios, estando entre esses o Centro de Referência ao Atendimento infanto-juvenil às vítimas de violência/abuso sexual – do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas/ HMIPV; o Ambulatório de infância e

adolescência/HMIPV; o Ambulatório de adolescentes/ Hospital Nossa Senhora da Conceição, entre outros; um serviço de geração de renda, denominado *Geração POA Oficina de Saúde e Trabalho*; e uma *Pensão Protegida*, para moradia temporária de doentes mentais com dificuldades de ficar com a família. Além disso, estão em funcionamento oito Equipes de Saúde Mental e duas Equipes de Interconsulta, sendo que essas últimas realizam apenas Interconsulta ou Apoio Matricial, não realizando tratamentos em saúde mental. Já algumas Equipes de Saúde Mental, como por exemplo a equipe de infância/adolescência e a equipe de adultos da região Leste/Nordeste, realizam o tratamento dos casos e, além disso, também realizam a Interconsulta. São as Equipes de Saúde Mental os serviços que geralmente realizam a Interconsulta ou o Matriciamento. Entretanto, registro que um levantamento realizado pelo Grupo de Trabalho em Matriciamento da SMS em 2009 apontou-se que em cada uma das oito Gerências Distritais existe pelo menos um serviço de saúde mental que realiza Interconsulta ou Matriciamento, mas nem todos serviços de saúde mental das Gerências os realizam.

4 ALGUMAS FERRAMENTAS PARA A CAIXA DE FERRAMENTAS

Utilizei no delineamento desta Tese algumas noções foucaultianas que me forneceram importantes indicações sobre como lidar com os “achados de pesquisa”, respeitando a sua complexidade. Entre essas noções estão as de sujeito, bem como de saber/poder, verdade, disciplina, governmentação e auto-governmentação, que me auxiliaram a proceder as análises documentais e das entrevistas com os doze profissionais da saúde que participaram do estudo. Ainda neste capítulo, discuto algumas dessas noções, às quais busquei cruzar com o pensamento de Jean Pierre Lebrun, Norbert Elias e Stuart Hall, tendo em vista ampliar algumas reflexões e o estudo analítico procedido nesta tese.

4.1 SUJEITO, PODER E VERDADE

Os temas sujeito e poder são indissociáveis em Foucault. Já que nesta Tese analiso como ocorrem algumas formas de subjetivação produzidas pelos documentos e práticas no campo da saúde, bem como algumas subjetivações que particularizam diferentes profissões envolvidas com o campo da saúde, pareceu-me importante focalizar mais detidamente tais noções.

No texto *O sujeito e o poder*, Foucault (1995) diz que estudou o poder porque seu interesse era o sujeito; explicitando melhor, seu interesse referia-se ao modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito, pois, como considerou o autor (ibid), “enquanto o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação, é igualmente colocado em relações de poder muito complexas.” (ibid, p. 232). Registro que o autor (ibid) atribui dois significados à palavra sujeito: 1) sujeito a alguém pelo controle e dependência e 2) sujeito preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Em ambos, há uma forma de poder que subjuga e que torna algo ou alguém *sujeito a*. Para Foucault (ibid), o sujeito se constitui nas tramas da história, no discurso e esse está inevitavelmente ligado ao poder; mas, o autor (ibid) não se refere somente a um poder que vem de fora - aqui podemos pensar na disciplina, no governmentação - mas ao que é exercido pelo próprio sujeito sobre si - aqui podemos pensar na subjetivação, no auto-governo, nas práticas de si. Em *A ética do cuidado de*

si como prática da liberdade, Foucault (2004) diz que, em sua obra, ele procurou saber como o sujeito humano entrava nos jogos de verdade ao examinar: 1) as práticas coercitivas (no sistema penitenciário ou na psiquiatria); 2) os jogos teóricos ou científicos e 3) a prática de si (o exercício de si sobre si mesmo para se elaborar, se transformar ou atingir um modo de ser), tal como, por exemplo, a análise da prática da internação do século XVII, que foi condição para a inserção do sujeito louco nesse jogo de verdade. Quanto ao saber/poder Foucault diz: “[...] é para mim não o problema fundamental, mas um instrumento que permite analisar [...] o problema das relações entre sujeito e jogos de verdade” (2004, p. 274).

O sujeito não é uma substância para Foucault (2004). Ele considera que, embora o sujeito se constitua de maneira ativa nas práticas de si, estas práticas não são inventadas pelo próprio indivíduo, mas lhe são propostas e impostas por sua cultura e seu grupo social. Ou seja, o processo de subjetivação consiste em assumir os discursos que são ofertados como verdade, e estes passam a constituir o sujeito.

Alguns estudos desenvolvidos por Foucault (1993; 2003) focalizaram como se produziram historicamente efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos. Para o autor, a verdade é produzida neste mundo e graças a múltiplas coerções: o poder a produz e apóia e, também ela produz e reproduz efeitos de poder no mundo. Há um combate pela verdade, ou em torno do estatuto da verdade, e do papel econômico e político que essa desempenha, pois se atribui ao *verdadeiro*, efeitos específicos de poder.

Como Foucault (1993) destacou em *Microfísica do Poder*, a verdade não existe fora do poder ou sem poder, cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade que corresponde a:

[...] os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (ibid, p. 12)

Em *Microfísica do Poder* Foucault (1993) defende que em nossa sociedade a verdade tem as seguintes características: é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; há uma necessidade de verdade tanto para a produção econômica quanto para o poder político; a verdade é objeto de difusão e consumo (nos

aparelhos de educação e informação); é produzida e transmitida sob o controle de grandes aparelhos políticos e econômicos; é objeto de debate político e de confronto social, as lutas ideológicas. O autor propõe como verdade o “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (ibid, p. 14). As produções de verdade têm, segundo Foucault (2003), elas próprias efeitos de poder que nos unem; elas são relações entre saber e poder.

O questionamento de Foucault (ibid) sobre o poder não se remete apenas ao que é o poder ou por que esse se exerce, mas se volta, principalmente, para o “como” acontece (FOUCAULT, 1995). O autor (ibid) se interessa pelas “relações de poder”, definindo o poder como “o modo de ação de alguns sobre outros” (p. 242), ou como “uma ação sobre a ação” (p. 243). Foucault (1995) diferencia o poder da violência, por ser essa uma relação de força que submete, força, destrói e espera como resposta a passividade, tentando acabar com a resistência, quando há. E da escravidão, que é uma relação de coação física, não de poder. Diferente dessa, na relação de poder o outro é reconhecido e mantido como sujeito de ação e há possibilidade de respostas, reações, efeitos, invenções. O poder consiste em “conduzir condutas”, é um “governo [...] das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes” (ibid, p. 244). É um modo de ação mais ou menos refletido e calculado, que age sobre a ação, ou a possibilidade de ação dos outros. Para poder se exercer, esse supõe a liberdade dos homens, pois o poder se exerce sobre sujeitos livres que podem ter diversas possibilidades de reações e condutas. Como destacou Foucault (ibid), “é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça” (p. 244). Há um jogo entre poder e liberdade, uma luta e uma provocação, não há relação de poder sem resistência, escapatória ou fuga e inversão eventual. Então, pode-se dizer que Foucault (ibid) analisa as relações de poder a partir do conflito poder/resistência e das estratégias de poder. E Fonseca (1995) lembra que, em Foucault, não se trata de considerar um poder centralizado e repressor, mas sim de atentar para práticas concretas e racionalidades específicas de micropoderes que se exercem de forma capilar e produtiva - que produzem pensamentos, discursos e atitudes.

E Foucault (1995) coloca que não é possível uma sociedade sem relações de poder: “viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros.” (p. 246) Diz ainda o autor (ibid), que a análise das relações de poder e do combate entre “relações de poder e intransitividade da liberdade é uma tarefa política incessante; inerente a toda existência social” (p. 246).

Fonseca (1995) ressalta, ainda, que Foucault abordou em sua obra as formas de constituição do indivíduo moderno, seja tomando-o como objeto da disciplina, que o torna um corpo dócil e útil, seja tomando-o como sujeito ou um indivíduo preso à sua própria identidade pela consciência de si - os processos de objetivação e a subjetivação constituem o indivíduo. O indivíduo moderno é, então, segundo o autor, “objeto dócil-e-útil e sujeito” (p.26). Já o termo sujeito, é utilizado por Foucault, segundo Fonseca (1995), para expressar a constituição do indivíduo face aos mecanismos de subjetivação existentes na atualidade.

Como os conceitos foucaultianos estão tramados entre si, passo agora a tratar de como se dá a objetivação do indivíduo pela disciplina e pelo governmentamento e a subjetivação pelo auto-governo, bem como a relação entre estes dois processos – de objetivação e de subjetivação – na constituição dos sujeitos, a partir do diálogo também com outros autores, além de Foucault. Cabe dizer, também, que seguirei abordando o tema do processo de subjetivação, bem como da subjetivação em relação às profissões da saúde no capítulo 5.

4.2 GOVERNO, AUTO-GOVERNO, CIVILIZAÇÃO E AINDA O SUJEITO

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2006b) explica que na soberania o poder se exercia pela força e sobre os corpos, como acontecia nos suplícios. Na *Aula de 17 de março de 1976*, Foucault (2000b) refere que o soberano tinha direito de vida e de morte, no sentido de que podia “fazer morrer ou deixar viver” (p. 287). No século XVII e XVIII emergiram técnicas de poder voltadas para o corpo que produzem efeitos individualizantes: a disciplina, já abordada no item 3.1 desta Tese. A introdução de novas tecnologias completam a anterior e propiciam o direito de “fazer viver e de deixar morrer” (p. 287). Com a demissão do soberano e a emergência do Estado Moderno, há uma transformação social da soberania para a disciplinaridade. Na sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2006b), o poder toma como objeto e instrumento o indivíduo, a alma dos criminosos, dos escolares, dos doentes e não apenas os seus corpos.

Assim, numa sociedade européia que se complexificava e crescia pelo mundo, o poder disciplinar se tornou mais eficiente e de maior alcance do que o poder soberano, como salientou Veiga-Neto (2007) ao comentar esse estudo de Foucault, sendo o Estado

moderno o resultado da combinação entre soberania, disciplina e gestão governamental (ou arte de governo). Como Foucault (2005) indicou, a sociedade disciplinar realiza uma ortopedia social através de instituições de vigilância e controle, tais como a polícia, e de correção, através das instituições pedagógicas, médicas, psicológicas e criminológicas e, dessa forma, procede ao enquadramento dos sujeitos em determinados padrões.

Relativamente ao poder, em *Vigiar e Punir*, Foucault (2006b) refere não se expressar esse somente de forma negativa, por exclusão, repressão e coação: ele também produz a realidade, campos de objetos e a verdade. O indivíduo, bem como o conhecimento que sobre ele se possa ter, se originam nessa produção, sendo todos os indivíduos submetidos à divisão entre normal e anormal, que, por sua vez, faz funcionar os dispositivos disciplinares ao corrigir e controlar os anormais. Além disso, cabe ressaltar que essa modalidade disciplinar do poder não substituiu completamente as outras, mas se infiltrou no meio delas e distribuiu infinitesimalmente as relações de poder, sendo essa uma política que correlaciona saber e poder, bem como atua na objetivação do indivíduo e na sujeição.

Segundo Foucault (1993), na Idade Média e Antiguidade existiam Tratados que forneciam conselhos ao dirigente – ao príncipe - sobre como exercer o poder e ser aceito pelos súditos, tendo surgido entre os séculos XVI e XVIII Tratados sobre a arte de governar, bem como a preocupação com o governo de si mesmo e o governo das almas e das condutas, o governo das crianças e outros. Como o autor (ibid) também referiu, foi a partir da expansão demográfica da população no século XVII, ligada ao aumento da produção agrícola e monetária, que surgiu o problema do gerenciamento da população como um todo, pois passou-se a perceber que as populações possuíam características próprias e que existiam fenômenos não redutíveis aos familiares. Entre esses estariam as epidemias, a mortalidade endêmica, a espiral trabalho e riqueza, entre outros aspectos que precisariam ser considerados. Neste momento surge a Estatística, enquanto disciplina considerada capaz de quantificar a realidade da população. A família não é mais vista como o modelo de governar e sim como um instrumento privilegiado para o governo da população. Então, enquanto na soberania a finalidade do governo era a continuidade dela mesma, a soberania, no século XVII a população passa a ser o objetivo final do governo. Para esse fim, o Governo passou a utilizar campanhas como instrumento para agir sobre as populações - tais como as campanhas sanitárias que hoje a saúde desenvolve -, bem como técnicas que permitiam (sem que isso, no

entanto, seja dito à população explicitamente), aumentar a taxa de natalidade ou dirigi-la para uma determinada atividade ou região. A população passa a ser sujeito de necessidades e aspirações, mas também objeto, não consciente, do governo - o interesse individual e geral (da população).

Ainda segundo o autor (FOUCAULT, 1993), para constituir um saber de governo (economia política), é preciso saber sobre a população, sua economia, bem como a sua relação com riquezas e território. Há uma relação histórica entre o governo, o aparecimento da população como um dado, um campo de intervenção ou objeto da técnica de governo, o surgimento da economia, como setor específico da realidade, e a economia política como técnica de intervenção do governo neste campo da realidade. Assim, gerir a população não implica apenas agir sobre a massa coletiva, mas, também, pensar na profundidade, na minúcia e no detalhe. A soberania, assim como a disciplina, não são eliminadas nem substituídas, mas assumem posições em um triângulo, que, segundo o autor (ibid), envolve soberania-disciplina-gestão governamental. Para Foucault (1993), a governamentalidade se constitui pelas instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos, táticas, aparelhos específicos de governo e saberes relativamente ao exercício desta forma de poder.

Quanto ao triângulo soberania, disciplina e governo, Dean (1999) resume que o objeto do poder soberano é o exercício da autoridade sobre os sujeitos dentro de um território e que o objeto do poder disciplinar é a regulação e ordenamento de pessoas dentro desse território nas práticas de escolarização, treinamento militar ou organização do trabalho. Já o objeto do governo é cultivar e otimizar os sujeitos e suas capacidades, enquanto integrantes de uma população, havendo uma preocupação com cada indivíduo e com a população como um todo. A governamentalidade, segundo o mesmo autor (DEAN, 1999), amparado em Foucault, busca também a defesa, manutenção e segurança de uma população nacional através de aparatos de segurança como os exércitos, forças policiais, organismos diplomáticos e também a saúde, a educação e sistemas de bem-estar social. A racionalidade do governo liberal relaciona-se com o imperativo administrativo de otimizar a saúde, o bem-estar e a vida das populações.

O autor (DEAN, 1999) ressalta a definição que Foucault utilizou de governo como tentativa de moldar, guiar ou conduzir a conduta humana baseada em uma racionalidade, uma forma de pensar sistemática e explícita. A governamentalidade implica a regulação de séries heterogêneas de coisas como economias, indústrias, almas, arquitetura doméstica, banheiros, etc. Além disso, implica também moldar condutas de

modo que os seres humanos levem sua conduta a ser submetida à auto-regulação, tornando-se responsáveis por seus atos, valendo isso tanto para os governados, quanto para os governos. As políticas e práticas de governo presumem saber e utilizam conhecimentos sobre o que constitui a boa conduta, bem como a conduta responsável e apropriada de indivíduos de uma coletividade. A noção de governo tem a ver, então, com o auto-governo, com a forma de um indivíduo questionar sua própria conduta para melhor controlá-la. Por isso, o governo se preocupa com as práticas de governo e com as práticas do eu voltadas para o indivíduo, sua auto-estima, motivação, seu caráter, entre outros aspectos voltados a moldar o que somos e o que deveríamos ser, a mobilizar escolhas, aspirações, vontades e estilos de vida de indivíduos e grupos. O governo estabelece identidades definidas para os governados e governantes. Ou seja, as questões do governo relacionam autoridade e políticas com a identidade, o eu e a pessoa. Como afirma Lemke (2000 apud FIMYAR, 2008), Foucault (1993) enfatizou a interdependência entre o exercício das práticas do governo e as mentalidades que sustentam tais práticas, o governo do Estado e o governo do eu e do sujeito.

Entretanto, é importante levar-se em conta, ao procederem-se análises discursivas tal como realizei neste estudo, o que Foucault (1995) destacou: que as formas e lugares de “governo” dos homens numa sociedade são múltiplas e se entrecruzam, se superpõem, se limitam, se reforçam e se anulam. E que nas sociedades contemporâneas, o Estado continua a ter um lugar importante nas relações de poder, pois estas foram governamentalizadas, racionalizadas e centralizadas pelas instituições do Estado. Em relação a essas questões, Dean (1999) ressalta, também, que as práticas do eu são relativamente independentes das práticas do governo, podendo ser, inclusive, meios de resistência a essas, decorrendo disso a possibilidade dos sujeitos poderem pensar e agir de formas não previstas pelas autoridades.

E, segundo Dean (1999), os estudos de governamentalidade estão preocupados em como o pensamento e as mentalidades se tornam práticas e técnicas, as habilidades utilizadas, as práticas organizadas, ou seja, esses estudos se ocupam com a “arte de governar” (p. 19), implicando as práticas de governo sobre os outros e sobre si na produção da verdade e do conhecimento, de “racionalidade prática, técnica e calculante” (p.19).

Então, se na soberania a coerção se dava pela força e na sociedade disciplinar pelas coerções institucionais, nas práticas de governo, em operação nas sociedades contemporâneas, a coerção se dá de forma sutil envolvendo os próprios

atores no trabalho de se auto convencerem e se disciplinarem através do governo de si e das subjetivações.

Hindess (2000 apud FIMYAR, 2008) destaca que mesmo os discursos sobre democracia são um outro meio de disciplinar e normalizar indivíduos no Estado liberal democrático. Aliás, este apontamento me remete a comentar que os discursos do Ministério da Saúde, que destacam e fomentam as relações democráticas, também têm a função de governar. E que as práticas de poder instituídas no Estado moderno, que tudo examinam e controlam, podem ser encontradas nos serviços de saúde e na própria função da prática da Interconsulta e do Matriciamento, que examinei neste estudo, e que, nessa direção, procuram governar ao “ensinarem” os serviços da rede básica a avaliarem, diagnosticarem, examinarem, reconhecerem e atenderem alguns casos na área de saúde mental, além de diferenciarem o normal do anormal. Um dos argumentos deste estudo é que em tais práticas pretende-se proceder ao governo dos usuários do sistema de saúde, bem como dos profissionais da saúde, além do auto-governo desses sujeitos.

Assinalo que há autores que realizam uma crítica à utilização dos conceitos de governamentalidade e disciplina, enquanto outros agregam a esses mais outros conceitos que parecem ampliar o sentido destas noções foucaultianas. Fimyar (2008) aponta, por exemplo, que uma das deficiências do conceito de governamentalidade corresponde a que:

tudo pode ser potencialmente reunido sob sua bandeira, uma vez que é difícil delinear algum processo da sociedade ou do eu que não seja influenciado pela ‘conduta da conduta’, seja liberal ou autoritário. (p.8)

Considerações feitas por Norbert Elias (1993) e Jean-Pierre Lebrun (2009a) também podem ampliar a discussão sobre as coerções sociais e o governo, bem como propiciar outras apreensões da disciplina, ao colocarem em destaque aspectos, tais como os que passo a referir a seguir.

Elias (1993) relaciona a condução da própria conduta e da conduta dos outros a discussões que focalizam o processo civilizatório. Segundo o autor (Elias, 1993), as mudanças sociais trazem também mudanças na forma como as pessoas se relacionam entre si, tendo o processo de civilizar-se, de auto controlar-se decorrido, historicamente, das mudanças operadas no funcionamento social. Elias (1993) considerou que, no

ocidente, as funções sociais tornaram-se mais diferenciadas em função da competição, bem como do crescimento de funções a serem realizadas cotidianamente pelos sujeitos e das dependências interpessoais; desse modo, as pessoas passaram a precisar sintonizar sua conduta umas com as outras, disso decorrendo uma crescente estabilização das funções sociais que implicaram a formação do homem “civilizado”. Os indivíduos passaram a ter um controle mais complexo das suas condutas já desde seus primeiros anos de vida, bem como a realizar um esforço para se comportar corretamente nessa teia social e para ter autocontrole e controle. Medos se arraigaram para prevenir transgressões do comportamento socialmente aceitável e o tecido social se tornou mais intrincado. Em função disso, o aparato sociogênico de autocontrole individual tornou-se mais complexo e estável, aspecto que está também relacionado com a estabilidade dos órgãos centrais da sociedade e a monopolização da força física. Para o autor (ibid), as sociedades que carecem de um monopólio estável da força – ou seja, aquelas que dispõem de poucos espaços sociais pacificados, livres de atos de violência, e que permitem o livre uso da força física - são aquelas em que a multiplicidade e divisão de funções sociais ou de atividades sociais é relativamente pequena e relativamente curtas as cadeias de ações que ligam os indivíduos entre si. Por outro lado, as sociedades com monopólios mais estáveis da força – ou seja, aquelas que dispõem de um maior número de espaços sociais pacificados, livres de atos de violência, que não permitem o livre uso da força física -, correspondem àquelas em que a divisão de funções está mais ou menos avançada, bem como àquelas nas quais as cadeias de ações que ligam os indivíduos são mais longas e nas quais a dependência funcional entre as pessoas é maior. Assim, então, nessas últimas sociedades, o indivíduo é mais bem protegido contra ataques súbitos ou da irrupção da violência física em sua vida, sendo igualmente forçado a reprimir em si qualquer impulso emocional para atacar outra pessoa. Segundo Elias (1993), os controles e restrições às pulsões nunca estiveram ausentes entre as pessoas, nem a capacidade de previsão, mas essas qualidades assumiram formas e graus diferentes em se tratando de simples pastores e de um grupo de guerreiros, ou em se tratando de cortesãos, funcionários do Estado ou membros de um exército mecanizado. Tais controles e restrições tornaram-se mais poderosos e complexos na medida em que aumentou a divisão de funções e o número de pessoas com as quais o indivíduo precisou sincronizar suas ações. Para o autor (ibid), as relações entre as paixões e os sentimentos controlados e as agências controladoras se modificou no curso de um

processo civilizador, de acordo com a estrutura dos relacionamentos entre seres humanos individuais na sociedade em geral.

A questão das coerções existente em todas as sociedades é também abordada por Lebrun (2009a), que coloca ser o aprendizado da língua a primeira e principal delas. Ele enfatiza que a vida coletiva entre humanos, seja em uma pequena instituição, seja em uma sociedade, é sempre estruturada pelas coibições e restrições aos seres falantes, sendo impossível suprimir toda coerção. Considera que, por sermos seres falantes, há prevalência do coletivo e para que o sujeito se torne humano, ou para que haja humanização, é necessário passar pela violência considerada salutar dessas restrições da linguagem e da vida coletiva. Pois, segundo ele, a língua é falada por outros antes de nós e estamos sob sua coerção, ou seja, a língua é o paradigma da instância coletiva e exerce coerções que nos determinam. O autor (ibid) refere que:

Não inventamos nossa língua; podemos, em alguns casos, eventualmente, contribuir modestamente, mas o essencial da língua reside na coerção que ela exerce sobre o sujeito que a fala e que implica a obediência à sua gramática e [que] em decorrência disso reconheça que seu funcionamento vem de outro lugar, das gerações que o precederam. (LEBRUN, 2009a, p. 139)

É interessante pensar as coerções como inevitáveis na vida coletiva, já desde a coerção da língua, para pensar as noções de disciplinamento e o governo/auto-governo de Foucault também como constituintes para a existência da vida social, tal qual se organiza hoje. Tanto quanto a língua, também a cultura nos locais em que vivemos em dado tempo e espaço irá determinar os referenciais a partir dos quais nos subjetivamos, nos tornamos sujeitos. Como enfatizou Larrosa (2002, p. 45): “Toda cultura deve transmitir repertórios de modos de experiência de si e todo novo membro de uma cultura deve aprender a ser pessoa em alguma das modalidades incluídas nesse repertório”. A partir do que foi colocado, parece-me ser importante indicar que isso pode ser pensado em relação aos discursos de uma época, dentro de uma área como a saúde, bem como em relação aos discursos institucionais: eles exercem certa coerção sobre os sujeitos ao oferecer uma linguagem e um entendimento dos quais dispõe para utilizar como ferramenta para o trabalho. Seria possível dizer que tanto o discurso do Apoio Matricial e da Interconsulta, quanto o discurso da Reforma Psiquiátrica, ou os preceitos da Saúde Coletiva, oferecem essas ferramentas para o trabalho e ao mesmo tempo subjetivam as pessoas.

Outra ressalva também realizada à teorização foucaultiana, é trazida por Gillian Rose (2001a), que refere crítica comum feita aos métodos foucaultianos de se concentrarem nos efeitos disciplinadores das instituições e não em como eles possam falhar ou ser interrompidos. Esclareço, então, que neste trabalho, me interessa pensar os aspectos disciplinadores bem como os de governo, relativizando seu lugar e sua função, concordando com o próprio Foucault (1995), no sentido de que estes são produtivos e, por outro lado também, ressaltando a idéia de que são constituintes do ser humano que vive em sociedade, tal como Lebrun (2009a) assinala.

Stuart Hall (2000) traz articulações importantes para pensar a teorização do sujeito em Foucault. Como Hall (2000) salientou, em Foucault o sujeito é produzido no discurso e como um efeito do discurso, não tendo existência própria ou transcendental. Nos textos arqueológicos de Foucault (*A história da loucura, O nascimento da clínica, As palavras e as coisas, A arqueologia do saber*), está assinalado que os discursos constroem posições-de-sujeito, destacando Hall (2000) que esta teorização de Foucault revela pouco “sobre as razões pelas quais os indivíduos ocupam certas posições-de-sujeito e não outras” (p.120), como se eles as ocupassem de forma não problemática (MCNAY, 1994 apud HALL, 2000). Hall (2000) também refere que há uma crítica no sentido de que Foucault produz, em alguns trabalhos, uma concepção do sujeito altamente policiado e normalizado pelas sociedades disciplinares, deixando pouco espaço para pensar-se sobre a resistência do sujeito em ocupar as posições-de-sujeito para as quais é convocado. E, ainda, segundo Hall (2000), Foucault não aborda os “mecanismos psíquicos ou processos interiores” (p. 123), que podem fazer com que essas interpelações que conduzem a ocupação de uma determinada posição-de-sujeito sejam negociadas, fracassadas ou se efetivem em determinados sujeitos. McNay (1994 apud HALL, 2000) considera que Foucault acaba fazendo uma superestimação da eficácia do poder disciplinar e tem uma compreensão empobrecida do indivíduo, não explicando o fato de que nem sempre se produz um ‘corpo dócil’.

Segundo Hall (2000), não basta ter uma norma que discipline, é preciso que o sujeito a tome para si; então, por isso, na terceira parte de sua obra, Foucault (1997) se preocupou em atentar para a questão do sujeito e da subjetividade, para as modalidades da relação com o eu pelas quais o indivíduo se constitui e reconhece como sujeito (Hall, 2000). E nesse momento da obra, segundo Hall (2000), Foucault se preocupa em abordar alguns mecanismos interiores de assentimento à regra como os sujeitos são constituídos - aspectos que abordaremos no capítulo a seguir -, para além da teorização

que já realizava da regulação discursiva e disciplinar. Porém Hall (2000) considera que Foucault não vai adiante nesta direção, pois não utiliza uma teoria que aborde porque os indivíduos se identificam ou não com as “posições” para as quais são convocados, nem de que forma eles exercem estas posições, ou porque não o fazem completamente, ou porque lutam com as normas e regulamentos, etc. Hall (2000) considera que a teoria que daria ferramentas a Foucault para abordar estes aspectos é a psicanálise e que ele não a utilizou porque a criticava como sendo simplesmente mais uma ao serviço do disciplinamento do poder. Então, segundo Hall (2000), ao não utilizar a psicanálise, Foucault produz uma teoria do sujeito com ênfase exagerada na intencionalidade, na produção de si, já que não admite a noção de inconsciente proposta pela psicanálise.

Essa discussão de Hall é importante para situar de que sujeito Foucault fala: o sujeito conscientemente auto-produzido, que é também a noção de sujeito que seguem muitos autores que o referem, como Fonseca, Dean, Fimyar, Veiga-Neto. Nas análises, utilizei, em parte, a noção de sujeito desses autores e não pretendi abordar as motivações inconscientes que levam os sujeitos a ocuparem uma ou outra posição para a qual são convocados; mas, por outro lado, não deixei de abordar as diferentes subjetivações aceitas e adotadas pelos profissionais, bem como as críticas e refutações dos sujeitos profissionais a certas subjetivações e modelos propostos no Matriciamento e na Interconsulta. Ou seja, abordei as diferentes formas dos profissionais da saúde habitarem as posições de sujeito propostas nos discursos oficiais da saúde e na cultura, levando em conta, também, estes pontos indicados por Hall no parágrafo anterior e a questão da resistência, apontada por Foucault (1995). Esse aspecto da resistência ao disciplinamento também é apontado no capítulo 5, por Figueiredo e Santi (2004), em relação à psicologia enquanto saber e profissão.

5 PRODUZINDO E EDUCANDO SUJEITOS NA SAÚDE: AS SUBJETIVAÇÕES PROFISSIONAIS (MAIS FERRAMENTAS PARA A CAIXA)

Como o governo está ligado ao auto-governo, tal qual abordei anteriormente, cabe registrar, também, que esses se ligam aos processos educativos e auto-educativos e às subjetivações que as formações profissionais realizam, bem como àquelas procedidas pelos próprios profissionais da saúde sobre si mesmos. Por isso vou me deter, neste capítulo, em subjetivações realizadas nas diferentes áreas profissionais, pois essas, muitas vezes, parecem trazer dificuldades à integração entre as áreas, aspecto que é insistentemente proposto pelos documentos do Ministério da Saúde.

A Tese de Kruse (2003), defendida no Pós-graduação em Educação da UFRGS aborda a subjetivação do enfermeiro enquanto profissional. Entre outros aspectos, a autora (ibid) destaca como esse aprende durante a sua formação a ter um olhar frio sobre os corpos doentes, tomando-os todos como iguais e sem lhes conferir uma identidade particular. Além disso, a autora destacou como esses profissionais aprendem modos particulares de lidar e cuidar deste corpo. As aulas de Anatomia são um dos cenários da aprendizagem paulatina deste olhar, processando-se a subjetivação das alunas da enfermagem nesta gramática e prática. A autora conta como o estranhamento e o mal-estar, sentidos nos primeiros dias, nas aulas de Anatomia, diante da dissecação do cadáver, se transformam numa completa familiaridade com o cadáver, ao final do curso. A formação acadêmica, que produz modos de portar-se como enfermeiras através de processos de subjetivação, imprime-lhes, assim, também, formas de habitar o “mundo” hospitalar e de apreender não só os corpos dos pacientes, mas também os seus próprios corpos - a forma de se comportar, de se vestir, ensinando-lhes, também, o que pensar e fazer em variadas situações. Então, os corpos das pessoas hospitalizadas são abstraídos e subjetivados de outras formas, que não as formas que lhe são habituais, a partir de outros discursos que passam a constituí-los como corpos doentes. E o sujeito doente passa a se subjetivar, por exemplo, como diabético, o que inclui considerar-se como alguém que possui postura inadequada em relação à alimentação, hábitos impróprios de vida e saúde e que possui anormalidades que devem ser corrigidas, por ser ele portador de necessidades especiais. As suas características e diferenças relativas a sexo, gênero, raça, idade ou profissão não são usualmente consideradas, ou só são

consideradas para classificar este corpo e prescrever para ele. Ou seja, em sua tese, a autora aborda como se constitui o sujeito enfermeiro, as relações que mantém consigo e com os outros indicando como se constroem os sujeitos na profissão e, também, como se constituem, nas ações de saúde, os próprios pacientes.

Outra tese, defendida por Santos (2009), na Faculdade de Educação, também aborda a questão da subjetivação ao focalizar como o conceituado e antigo manual “A vida do bebê”, escrito e reeditado inúmeras vezes pelo pediatra De Lamare, livro que já circula por cerca de sete décadas entre as “jovens” mães brasileiras, governa os sujeitos maternos e paternos buscando um disciplinamento e o estabelecimento de normatizações relativamente a como tornar-se uma boa mãe, um bom pai, bem como a como constituir uma boa família. A autora (ibid) analisa os saberes e poderes colocados em circulação nas subjetivações materna e paterna, salientando ser esse um dos modos de promover o desenvolvimento de crianças normais e saudáveis, a partir de representações de um modelo de criança ideal. As prescrições do manual são enunciadas de forma imperativa demonstrando, segundo a autora, as posições de sujeito implicadas na publicação: a do médico que prescreve e da mãe que recebe instruções e aprende como deve educar seu bebê. Trago estas contribuições de estudos realizados na linha de Estudos Culturais na Educação para situar leituras que foram importantes para que eu pudesse localizar minha pesquisa nessa área.

Ainda pensando a questão da subjetividade, Foucault (1994), em *O Uso dos Prazeres*, relata que fez vários deslocamentos em sua trajetória de estudos, referindo ser o último deles uma virada em relação à forma de abordar a questão do sujeito. Primeiro ele procedeu a um deslocamento teórico para analisar o que era chamado de progresso dos conhecimentos e que ele transformou em estudo sobre “práticas discursivas que articulavam o saber” (p.11), detendo-se sobre os jogos de verdade entre si. O segundo correspondeu a um deslocamento teórico sobre o que se chamava comumente de poder, passando o autor a se indagar não sobre “O” poder, mas sobre o exercício dos pequenos poderes cotidianos, ao estudar os jogos de verdade em relação ao poder. O terceiro deslocamento direcionou-se ao que é designado sujeito, passando o autor a investigar as formas da “relação consigo” (p.11), através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito, ou seja, ele voltou-se a focalizar os jogos de verdade na relação de si para si e a constituição de si mesmo como sujeito. Ou seja, a forma como o sujeito internaliza um jogo de Verdade na relação consigo mesmo.

Partindo de Foucault, Larrosa (2002) destaca que o sujeito das práticas pedagógicas e terapêuticas não pode ser analisado separado dessas práticas, referência útil para pensarmos as práticas pedagógicas na saúde. Para este autor (Ibid., 2002) as teorias e práticas pedagógicas e terapêuticas não são meras mediadoras, que dispõem os recursos para o desenvolvimento do sujeito, mas elas produzem as pessoas, os indivíduos, sendo constituidoras das subjetividades, da relação do sujeito consigo e com os outros. Cada prática terapêutica toma como natural e evidente o modo como vê e entende o sujeito, o sintoma, a doença, o tratamento, e não percebe que fabrica os sujeitos sobre os quais trabalha nem os profissionais que constitui, ou seja, não percebe que produz subjetividades. Como indicou Kruse (2003), valendo-se das considerações de Larrosa (2002), o sujeito não é uma substância real ou intemporal ou uma essência, indicando ainda a autora como a teoria e a prática aprendidas nos cursos e na literatura de enfermagem constituem o profissional enfermeiro, como indiquei anteriormente.

Ressalto que esses autores (LARROSA, 2002; KRUSE, 2003) foram referenciais importantes para me permitirem pensar o quanto os profissionais trabalhadores da saúde, de um modo geral, são subjetivados em linguagens, gramáticas e saberes bem como esses aprendem, em sua formação, particulares modos de ver, de dizer e de julgar. Tal como referiu Larrosa (2002) suceder nas práticas pedagógicas que examinou, e que indicou produzirem e transformarem a experiência que as pessoas têm de si, é importante explorar tal tema nas análises. Assim, irei abordar o que o autor (ibid) propõe como “experiência de si”, a partir de colocações foucaultianas, a experiência de constituição do sujeito profissional da saúde, bem como do especialista em uma dada área de saber. Larrosa (2002) se baseia no que Foucault (1997) chama de tecnologias de si, entendendo-as como:

os procedimentos que, sem dúvida, existem em toda civilização, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si (FOUCAULT, 1997, p. 109).

Como o autor (ibid) indicou, a experiência de si, que pode se processar como na experiência de constituição profissional, resulta de um processo histórico e contingente de fabricação. Mais adiante, vou analisar algumas subjetivações e atuações profissionais na área da saúde, tais como a subjetivação operada na área da medicina e na área *psi*: a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise (formações comumente encontradas entre profissionais da área *psi* na pesquisa de campo realizada). Considero, a partir de

Foucault (1984, apud LARROSA, 2002), que a subjetividade é o modo como o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual está em relação consigo mesmo. Ou ainda, subjetivar-se é aprender a ver-se, dizer-se e julgar-se de uma determinada forma, é a experiência de si mesmo em um dado jogo de verdade (ibid). E quanto à subjetivação, Larrosa (2002) diz que:

É inserindo-se no discurso, aprendendo as regras de sua gramática, de seu vocabulário e de sua sintaxe, participando dessas práticas de descrição e redescricao de si mesma, que a pessoa se constitui e transforma sua subjetividade. (p. 68)

Ainda segundo este autor (ibid), as teorias e práticas pedagógicas e terapêuticas só podem ser entendidas no interior de uma certa configuração histórica dada entre saber, poder e subjetivação. A experiência de si, o dominar-se, é produto das ações práticas que o indivíduo efetua sobre si mesmo, visando seu controle e sua transformação, sendo que estas ações dependem de um campo de visibilidade, enunciabilidade e juízo. Podemos entender que o trabalho de subjetivação numa dada profissão inscreve o sujeito numa forma de olhar, dizer e julgar (a partir de uma norma considerada correta), sendo que as teorias e disciplinas, assim como as práticas na saúde produzem e constituem não só os objetos sobre os quais trabalham como também os sujeitos profissionais que se utilizam destas teorias.

Valendo-me de considerações feitas por Larrosa (2002), vou abordar nos próximos parágrafos, como se aprende a visibilidade, a dizibilidade e o juízo, ou seja, como se aprende a olhar, falar e julgar de uma determinada forma. Para Larrosa (2002) aprender a olhar é focalizar de forma conveniente e ordenada, capturar os detalhes significativos - “um olhar educado é um olhar que sabe onde e o que deve olhar” (p.80) - e esse olhar reduz a indeterminação e cria quadros estáveis. O mecanismo de visibilidade foucaultiano, segundo Larrosa (2002), determina em um mesmo movimento o que é visível e o olho que vê, o sujeito e o objeto do olhar. Assim, tanto o sujeito (seus aparatos de percepção e sentido), quanto o objeto (o que é visível das coisas) dependem dos regimes de visibilidade e de verdade. A visibilidade para Foucault é, segundo Larrosa (2002), qualquer forma de sensibilidade e percepção, o que inclui o ouvido ou o tato na medicina, o exame na pedagogia, a observação sistemática e sistematizada nos aparatos disciplinares, etc. Assim, uma ficha de observação e registro de uma professora de jardim de infância sobre as crianças da sua classe estabelece, por exemplo, em um só movimento, o objeto visível, que são as crianças a serem classificadas, o sujeito, que é a

professora como observadora, e o que ela deve olhar e como. Este dispositivo é inseparável de uma distribuição espacial das pessoas e das coisas na classe e de uma teoria do desenvolvimento da criança, construída segundo uma norma. Ou seja, as disciplinas, profissões e saberes orientam o olhar de quem olha e também o que se deve ver, constituindo, desse modo, o sujeito profissional e o objeto de seu trabalho.

Aprender a dizer é também aprender a olhar, segundo Larrosa (2002), pois ao dizer os nomes das coisas aprende-se a olhá-las. Então, a visibilidade tem a ver com a dizibilidade, ver e fazer ver se correspondem e “Aprender a falar é aprender os nomes e as relações entre os nomes, assim como estabilizar a expressão do nomeado” (ibid., p. 81). Ao nomear, a linguagem também fabrica o que nomeia, ao mesmo tempo em que reduz a indeterminação dos acontecimentos, as dispersões. É preciso, assim, aprender o discurso legítimo e suas regras e este está vinculado às práticas sociais que são práticas de ver e dizer, inseridas em jogos de verdade (ibid). Registro que é possível estender essas observações aos questionamentos que levantei nessa tese, pois considere ser possível dizer que ao narrar-se, ou ao narrar suas práticas, o profissional da saúde que focalizei faz inteligível seus atos, dando a eles uma origem, um destino e um sentido, reduzindo também a própria indeterminação. O sujeito que nesses processos se vai tornando um profissional de uma determinada área faz uma imersão em estruturas narrativas que pré-existem a ele e que constroem e organizam sua experiência, impondo-lhes significados. Então, assumir e exercitar uma dada linguagem ou um saber em uma determinada profissão ajuda a fixar a posição do falante como sujeito profissional de uma área. Não se devendo esquecer que as práticas discursivas e as práticas pedagógicas e terapêuticas são práticas sociais conformadas em relações de desigualdade, poder e controle, como também foi destacado por Larrosa (2002). Socialmente é atribuído aos saberes e profissões lugares diferentes na cultura, na escala de valores e até diferentes verdades, o que corresponde a dizer que lhes são atribuídas diferentes legitimidades. Ao referir que ciência, literatura e ideologia são criações históricas, processadas discursivamente a partir de determinados jogos de verdade, o autor (LARROSA, 2002) ressalta que são os regimes discursivos que determinam com suas regras o que é um discurso verdadeiro, um discurso fictício ou um discurso ideológico. O funcionamento do discurso não é, portanto, separável das práticas sociais nas quais se fala e através das quais se faz falar.

Aprender a julgar, ainda segundo a leitura de Larrosa (2002) baseada em textos foucaultianos, é conferir racionalidade ao juízo, estabilizar critérios de verdade e

falsidade, relativamente ao estabelecimento de qualificações tais como bom e mal, normal e anormal, o que implica submeter-se a um critério. O critério, seja ele uma lei, uma norma ou um estilo, constitui seu objeto e seu sujeito, e não é exterior ao seu campo de aplicação, pelo contrário, o critério constitui este campo. O sujeito se sujeita à lei, à norma ou ao estilo, aplica a si mesmo os critérios do juízo de uma cultura ou os critérios do modelo ideal de uma dada profissão embasada em um dado saber. Ao julgar-se e transformar-se pratica uma ação de poder, pois segundo a definição foucaultiana o poder é uma ação sobre ações (LARROSA, 2002). Colocar em ação procedimentos óticos, discursivos e jurídicos (de julgamento) de subjetivação faz parte de operações de poder e do submetimento (FOUCAULT, 1976 apud LARROSA, 2002), pois, segundo este autor (ibid), para dominar, governar e conduzir é necessário estabilizar as ações, dar-lhes uma direção, uma ordem e um sentido, reduzir sua indeterminação e sua desordem.

5.1 VER, DIZER E JULGAR EM PROFISSÕES DA SAÚDE

A prática da Interconsulta e do Matriciamento, que focalizo nesta Tese, é realizada na rede de saúde pública municipal em Porto Alegre (RS) relacionando clínicos gerais, enfermeiros ou agentes comunitários, que trabalham na rede básica e, também, profissionais com diferentes formações que atuam nos serviços especializados tais como psiquiatras, psicólogos e outros. Procederei, nesta seção, à discussão de como se dá a visibilidade, a dizibilidade e o juízo na medicina, psicologia, psicanálise e psiquiatria, que são as áreas mais frequentemente encontradas na pesquisa de campo, nas ações conduzidas na prática da Interconsulta e do Matriciamento.

Nessa abordagem, vou me utilizar principalmente de Foucault (2001) em *O Nascimento da Clínica* e Foucault (2006a) em *O Poder Psiquiátrico* e de Clavreul (1983), além de outros autores que me forneceram ferramentas para propiciar um distanciamento da pesquisadora que sou da área *psi*.

5.1.1 O aprendizado da objetividade: subjetivações na medicina

Em *O Nascimento da Clínica* – obra em que vou me deter um pouco explorando o que se vê, se diz e se julga na medicina em diferentes épocas - Foucault (2001) pesquisa meio século de nascimento e desenvolvimento da medicina e seus métodos nos últimos anos do século XVIII e início do século XIX. Cabe registrar, no entanto, que o autor (ibid) utiliza um método de investigação que não vê o desenvolvimento da medicina como uma purificação epistemológica em que, de repente, o objeto se revelou com mais clareza e o sujeito se desfez de seus preconceitos para enxergar a verdade, como se objeto e sujeito fossem sempre os mesmos – mesmo que essa seja a visão clássica da história das idéias. Essa não é a forma de investigar praticada por Foucault, pois, para o autor (ibid), ao longo do tempo que focalizou, procedeu-se a uma reorganização epistemológica da doença, da qual decorreram mudanças nas formas e nos modos de estabelecer limites entre o visível e o invisível, ou seja, procedeu-se a uma reformulação do próprio saber que determina as posições recíprocas daquele que deve conhecer - o sujeito - e daquilo que é cognoscível - o objeto.

Durante o século XVIII, o saber médico apresentava duas regularidades (ibid): existia, por um lado, uma medicina das espécies, classificatória, inspirada no modelo botânico, na qual as patologias eram divididas em famílias, gêneros e espécies, tomadas num espaço plano, descritas como um retrato, não havendo busca das determinações, das causas das doenças, nem entrecruzamentos temporais. Ou seja, neste foco não era levada em conta a evolução da doença, pois o tempo era visto como fixo e constante. Considerava-se, também, haver uma essência da doença, sendo as variações ocorridas vistas como secundárias, ao mesmo tempo em que a complexidade dos casos individuais era atribuída a incontroláveis modificações que perturbavam as verdades essenciais, não se considerando o indivíduo. Nessa primeira abordagem clínica da medicina das espécies se acreditava que a observação dos sintomas fosse neutra, consistindo o ato clínico em decifrar as essências. Em meados do século XVIII, a linguagem na medicina se configurava como uma linguagem da fantasia, do imaginário, havendo uma permeabilidade à imaginação nas descrições das doenças. Já no século XIX, a imaginação passa a não ser mais considerada conhecimento e é encerrada nos “sintomas subjetivos” (Foucault, 2001, p. IX), enquanto a linguagem se transforma em discurso racional.

Cabe registrar, ainda, que também se praticou, no século XVIII, uma medicina das epidemias ou uma medicina do espaço social com uma consciência histórica e geográfica da doença, na qual a patologia era relacionada ao ambiente e ao momento, sendo a epidemia singularizada no tempo e no espaço, havendo um cruzamento sistemático de informações a respeito da circunstância da doença (clima, solo, tempo, penúria...) e uma consciência coletiva da doença. Nessa medicina buscava-se o controle estatístico da saúde e o médico possuía a tarefa política de divulgar informação (ibid). A experiência clínica não era considerada conhecimento nesta época, sendo o ensino dissociado da experiência.

Mas, no final do século XVIII, passou-se a levar em conta a complexidade e a forma das combinações das manifestações das doenças, ou seja, atentando-se para a forma como a natureza a ela se associava. No século XIX, então, o olho do médico passou a se dirigir a um organismo doente, desaparecendo o ser da doença e deixando essa de ser vista como uma essência invariante, ao passar a ser entendida como um movimento de tecidos em reação a uma causa irritante. Passou-se, então, a levar em conta estruturas espaciais, causais, bem como fenômenos anatômicos e fisiológicos.

Assim, no século XIX, voltou-se a valorizar a experiência clínica e a possibilidade de se pronunciar sobre o indivíduo um discurso científico, sempre buscando a objetividade do objeto. Essa valorização da experiência clínica gera um novo recorte e uma nova linguagem (a da ciência positiva) na medicina, passando o mundo a ser considerado análogo à linguagem, ao mesmo tempo em que se foi tornando necessário passar a ligar o saber particular, relativo ao próprio doente, com um sistema geral de conhecimentos. O surgimento da clínica permitiu uma reorganização institucional da medicina unificando-a, pois, até então, cada escola ensinava a medicina de forma diferente. Com a clínica, as constatações plurais passaram a ser levadas em conta não apenas como confirmação ou não confirmação da essência de uma doença, mas passaram a servir para trazer novos elementos ao diagnóstico. De modo semelhante, também o tempo passou a ser integrado, ao trazer, em seu curso, certezas. Então, no século XVIII, o tempo era tido como um imprevisível a se dominar por um saber antecipador, sendo que, com a clínica, passou-se a observar o colorido da experiência e a “fazer ver dizendo o que se vê” (p. 226).

Com o método anátomo-clínico articulou-se o espaço, a linguagem e a morte, fundou-se uma medicina positiva, ao mesmo tempo em que a doença se despreendeu da metafísica e passou a repousar sobre a visibilidade da morte, aberta à dissecação da

linguagem e do olhar. Com o olhar anátomo-clínico os dados espaciais passaram a ser percebidos como tridimensionais na medicina e, então, o volume, o ouvido e o tato se acrescentam à vista. A morte tornava assim visível o que é invisível. O método anatômico passou a permitir perceber o individual, ao término do esquadramento espacial, bem como a integrar a modulação individual à estrutura da doença ao deixar de tomá-la como um desvio de uma essência; assim, toda a doença passou a ser percebida como individual, ou seja, passou-se a aceitar que a ação da doença se desenvolve na forma da individualidade. A clínica propôs, então, que se passasse a olhar para o imediatamente sensível, não para teorias ou imaginações do doente, e a epistemologia da clínica se enraizou na anatomia patológica no século XIX.

No livro *A ordem médica* Clavreul (1983) realiza uma análise crítica da medicina voltada a diferenciá-la da psicanálise. Para esse autor (ibid), a medicina do século XX se utiliza de um estilo conciso que se inscreve de forma direta numa prática. A linguagem desta medicina, ou sua dizibilidade, assim como sua visibilidade se constituíram com a anatomia patológica no século XIX - conforme mostrou Foucault (2001) em *O Nascimento da Clínica* - e dizia respeito a uma linguagem sobre o corpo morto, o cadáver, uma linguagem que vê o corpo como frio. Com o desenvolvimento da fisiologia e dos exames fisiopatológicos o discurso médico se constitui com o olhar voltado sobre o funcionamento do corpo vivo. Mas isso não muda a estrutura do discurso médico que entifica a doença como um ser, segundo Clavreul (1983).

A ordem médica, segundo este autor (ibid), tem como ética impor o que supõe ser o bem para a pessoa, independente do que esta quer e, eventualmente, até apesar dela. O bem tem a ver com a saúde ou a vida e a assegurar a qualquer preço a sobrevivência do indivíduo. E as prescrições da razão e da ordem médica visam o homem saudável como um ideal e se dirigem a um dever-ser do “homem são”, bem como ao doente como homem normal, situação que se espera que o doente volte a ser. O médico impõe suas prescrições normativas, sendo a norma a saúde que o doente deve reencontrar, a norma natural corresponde ao indivíduo sadio, impondo-se uma espécie de tirania da ordem da natureza cuja regra implica a prescrição médica para o que for preciso. E este é um saber indissociável do poder, pois postula a impossibilidade de deixar-se de seguir a prescrição médica já que se entende encarnar essa a razão e a ciência.

Segundo este autor (CLAVREUL, 1993), não há relação médico-doente, mas sim uma relação entre a instituição médica e a doença, sendo o objeto da medicina a doença e o sujeito da medicina o saber médico e a doença. Ou seja, na prática médica,

em sua acepção, não importa como o doente enuncia sua doença ou seu sofrimento, não interessam, também, suas superstições ou o seu imaginário, tampouco a sua interpretação subjetiva sobre o que lhe ocorre, mas interessa à medicina, apenas, extrair daí o discurso objetivo da razão. Ou seja, o sujeito do discurso é abstraído, pois o que interessa é o diagnóstico e a terapêutica, a partir da nosologia que conforma síndromes e doenças semelhantes entre si quanto a seus sintomas e a sua evolução, pois a ciência é vista como relacionada ao que é geral e correlativo, e não ao particular. Então, os sofrimentos que não são justificáveis pela medicina, assim como os distúrbios funcionais, as modificações no sono e a angústia são inarticuláveis ao sistema conceitual do médico e, por isso, ele não os vê ou não os registra. A doença é vista, então, como um ser estranho ao sujeito. O médico vê e retira do discurso do paciente só o que couber na nosologia e, assim, o homem doente é identificado à doença. Não importa, exemplifica o autor, saber se o paciente teve sua primeira dor precordial no dia da morte de seu irmão, pois o médico não dispõe de ferramentas conceituais para lidar com isso, só com o espasmo e a obliteração coronariana. Além disso, a medicina considera tudo o que diz respeito ao subjetivo como suspeito e, sendo assim, se um sintoma não apresenta uma causa localizável no orgânico deve ser rejeitado, passando ao registro do imaginário e sendo definido como doença mental (ibid). Clavreul (1993) confirma, tal como Foucault (2001) em *O Nascimento da Clínica*, como a imaginação foi proscrita do saber médico no século XIX.

Segundo Clavreul (1983) ele próprio, o profissional médico, está subjetivado e inscrito neste discurso que acredita na pura objetividade científica. Assim, neste discurso médico exclui-se, na relação médico-doente, as posições subjetivas de ambos, pois espera-se que tanto o médico como o doente estejam subjetivamente desengajados. Segundo Clavreul (ibid), entende-se ser o médico apenas um representante de valores da ciência e da instituição médica. O discurso médico faz uma ontologia da doença, seu saber é sobre a doença, não sobre o homem, e a psiquiatria também seguiu por este caminho, deixando-se levar pela medicina, conforme o autor (ibid), decorrendo disso, o movimento de antipsiquiatria, que é antinosológico e antiontológico. Segundo o autor (ibid), na psiquiatria a leitura do sintoma seria a mesma da medicina: lê-se os sintomas como representantes de alguma coisa fixa, agrupando-os em síndromes ou até se liga o sintoma a alguma teorização psicanalítica, mas geralmente de forma fixa. Reduz-se o saber do sujeito ao saber da medicina. Na ordem médica (CLAVREUL, 1983), o doente é colocado no lugar de quem não sabe e o médico é o funcionário de um saber

totalizador. Vejamos agora como foram procedidas algumas subjetivações na área da psiquiatria.

5.1.2 A constituição da prova da realidade: subjetivações na psiquiatria

No que diz respeito à psiquiatria é interessante abordar algumas passagens de Foucault (2006a) no livro *O Poder Psiquiátrico*, pois ele situa o surgimento deste campo de saber, suas relações com a medicina e algumas de suas principais características. O autor refere que, antes da anatomia patológica se tornar uma prática ligada à medicina, a crise na saúde de uma pessoa era considerada como um momento importante, o momento em que se pode decidir a evolução da doença, a vida ou a morte ou a passagem a um estado crônico, e também como o momento do combate entre a natureza e a doença. Era considerado que, na crise, a doença eclode em sua verdade e o médico deve prever a crise e não evitá-la, mas geri-la, mantendo o equilíbrio. Entretanto, a noção de crise desaparece como ponto organizador da prática médica no fim do século XVIII, com a organização da vigilância geral de populações (através do nascimento da medicina estatística) e a possibilidade de relacionar uma doença a um corpo autopsiado (a partir da anatomia patológica). A partir deste momento, vai-se ter “uma tecnologia da constatação e da demonstração que vai tornar progressivamente inúteis as técnicas da crise” (ibid, p. 318). No caso da psiquiatria, passou-se a buscar na anatomia patológica a razão dos fenômenos observados nos alienados, a verdade da loucura passa a ser procurada não no que dizem os loucos durante a crise, mas nos nervos e no cérebro expostos pela autópsia após sua morte. Assim, a anatomopatologia, no final do séc. XVIII, propiciou a busca da localização de lesões pensadas como responsáveis pela doença no interior do organismo e a sua identificação no corpo, rejeitando a existência da crise. O poder psiquiátrico (ibid), no início do século XIX, desejou fundar sua prática vinculando o crime à doença mental, demonstrando que todo louco é um possível criminoso, que pode ser um perigo à sociedade, realizando a psiquiatria uma espécie de defesa social. Nesse sentido, a psiquiatria queria fazer a crise desaparecer, pois a crise do louco poderia ser perigosa e redundar num crime.

No entanto, nem a calma e a disciplina imposta aos loucos – e a rejeição da crise -, nem a anatomia patológica possibilitaram ao saber psiquiátrico fundar-se enquanto

verdade e campo da medicina, pois, na psiquiatria, há ausência do corpo e o diagnóstico diferencial é secundário, elementos estes que estão presentes na medicina (FOUCAULT, 2006a). Diferente da prática médica, que faz a especificação da doença, o saber psiquiátrico, no século XIX, passa a se exercer num degrau anterior, a dizer, primeiro, se existe ou não a doença e também a fazer diagnóstico diferencial, considerando este secundário em relação à questão primeira de verificar se há ou não a loucura. O psiquiatra era requisitado para responder, principalmente, se o indivíduo era louco ou não: ele fazia um diagnóstico absoluto utilizando-se de provas da realidade que cito logo a seguir. A psiquiatria, no século XIX, procurou construir-se com base no modelo de constatação da medicina, mas sua atividade se fundou mesmo na posição de árbitro sobre a realidade ou não-realidade da loucura, na instauração de prova(s) da realidade ou irrealidade da loucura. A psiquiatria substituiu a velha crise médica clássica pela prova da realidade, que adquiriu três formas principais nos sessenta primeiros anos do século XIX, sendo que o poder psiquiátrico passou a se basear nestes instrumentos ou “técnicas de realização da doença” (p. 372) até os dias de hoje (FOUCAULT, 2006a). São eles os seguintes: 1) o interrogatório (ou anamnese, confissão); 2) a droga e 3) a hipnose. O interrogatório vincula “o indivíduo à sua identidade, obriga-o a se reconhecer no seu passado, num certo número de acontecimentos de sua vida” (ibid, p. 351). Na psiquiatria, o interrogatório constitui-se na peça essencial da captura do ser, sendo o substituto das técnicas de exame da medicina orgânica. Foucault (2006a) traz ainda que, a partir da experiência com drogas como o haxixe e outras, os psiquiatras passaram a dizer “[...] sei qual é a lei da sua loucura, [...] posso reconstituir todo o fio dos acontecimentos e dos processos que caracterizam sua loucura” (p. 364), no sentido de reconstituir a irrupção do sonho na vigília que se considerava ser, na época, o que provocaria a loucura. O magnetismo e a hipnose são também tomados como provas psiquiátricas. Como destacou o autor (ibid), utilizava-se o magnetismo nos hospitais psiquiátricos para reforçar ainda mais o poder do médico, que impunha sua vontade ao doente, deslocando-o da crise, pois na hipnose se neutralizava o doente e se imprimia a vontade do médico ao doente, dominando seu corpo.

A primeira função da prova psiquiátrica seria, segundo Foucault (2006a), transcrever os motivos da demanda como sintomas da doença, ou seja, constituir como doença a demanda de internamento no hospício. A segunda função da prova psiquiátrica corresponderia a fazer existir como saber médico o poder de intervenção e o poder

disciplinar do psiquiatra. A prova psiquiátrica entroniza, assim, a vida do indivíduo como patológica e entroniza o psiquiatra como médico, fazendo a loucura passar a existir como realidade e o psiquiatra a existir como médico. Mas essas provas, além de serem técnicas disciplinares, trazem consigo também a questão da verdade, pois o louco interrogado, magnetizado, hipnotizado, drogado, se colocou a questão da verdade e, por isso, esses três elementos não são apenas técnicas disciplinares, mas, por outro lado, também causaram fraturas no sistema disciplinar, segundo Foucault (2006a).

Os autores a seguir indicados tematizam a relação e as influências entre a medicina, a psiquiatria e a psicanálise, relações essas que quero abordar em função de aspectos que trato na análise do *corpus* da tese. Segundo Russo (2002), do século XIX até os anos 30 do século XX, predominou a vertente da psiquiatria que acreditava em causas apenas somáticas para a doença mental, sendo essa vertente, segundo a autora, uma visão determinista e hereditária. Após a segunda guerra mundial, os ideais libertários e humanistas direcionaram a psiquiatria para a psicanálise. Nesse período, tanto a psiquiatria quanto a psicologia se encantaram com o “ofício extra-oficial” (ibid, p. 8) da psicanálise. Após os movimentos contestatórios de 1968, também ganhou importância o movimento chamado antipsiquiatria, cujo objetivo era devolver a palavra ao internado nos manicômios e humanizar os tratamentos a esses atribuídos. A antipsiquiatria e a psicanálise não entendiam a doença mental como biológica. Como Russo (ibid) indicou, é preciso destacar que a chamada corrente biológica e a corrente psicanalítica sempre coexistiram, sendo que, em diferentes momentos históricos, tem havido alternância do predomínio de uma sobre a outra.

Birman (2001), em uma incursão à história da psiquiatria, indica ter essa se constituído junto com a medicina na virada do século XVIII para o XIX. Aliás, a psiquiatria foi, muitas vezes, ironizada pelos médicos e considerada como filha bastarda da medicina, e por isso sempre reivindicou legitimar-se como uma forma efetiva de medicina (ibid). Nos anos 1950/60, a psiquiatria era fundamentada na psicanálise e, a partir dos anos 1950, com os avanços da psicofarmacologia - por esta oferecer um fundamento biológico e uma certa eficácia no controle das produções sintomáticas -, a psiquiatria se distanciou da psicanálise. Nos anos 1980/90 se constituiu a psiquiatria biológica fundada nas neurociências. O autor (ibid) considera que esta “nova” psiquiatria passou a ser monitorada pela indústria farmacêutica e pelos laboratórios internacionais e que a própria nosografia psiquiátrica passou a ser centrada nestes medicamentos. As perturbações psíquicas passaram a ser entendidas – ou podemos

dizer vistas, ditas e julgadas - como disfunções reguláveis pelos psicofarmacos, não interessando a história do sujeito e a sua experiência subjetiva. Na psiquiatria biológica os sofrimentos psíquicos passaram a ser tomados apenas como transtornos neuro-hormonais e o uso de um vocabulário fisicalista e biológico passou a ser predominante na psiquiatria, conforme Serpa Jr. (2001). Além disso, procedeu-se ao desenvolvimento daqueles campos de pesquisa, nos quais os resultados podem ser quantificáveis (neurofarmacoterapia, neurofisiologia, epidemiologia, genética, etc), passando o método experimental e quantitativo a se impor como único e legítimo para permitir publicações e financiamentos de pesquisa. Essa psiquiatria obedece, assim, aos cânones das ciências naturais e aos procedimentos experimentais centrados na objetividade (ibid). Serpa Jr. (2001) considera, ainda, que a psiquiatria pode e deve se interessar também por cérebros e feixes de neurônios, indicando, no entanto, que isso se torna um problema quando se reduz a experiência do sujeito apenas a isso.

Lyra (2007), psiquiatra e psicanalista, que já foi consultora do Ministério da Saúde, refere que o paradigma biocartesiano reduz o indivíduo a um corpo biológico e os transtornos psíquicos a alterações do metabolismo cerebral, anulando a idéia dos processos subjetivos singulares. Segundo ela (ibid), este paradigma “está ancorado no sistema financeiro e no modelo de uma medicina de mercado suscetível à indústria de equipamentos e insumos em saúde” (p. 61). Além disso, ele gera medicalização excessiva ou até desnecessária de situações que exigem, ao invés disso, uma escuta acurada do sofrimento do sujeito.

5.1.3 Subjetivações na formação psicanalítica: a valorização da linguagem e das significações singulares

Nas considerações e diferenciações que fez acerca da psicanálise e da medicina, Clavreul (1983) trouxe importantes indicações sobre a forma de ver, dizer e julgar na psicanálise. Segundo este autor (CLAVREUL,1983), a psicanálise diferencia-se do discurso científico e do discurso médico, que separam imaginação e realidade, aparência e essência, ao tomar como objeto o doente em seu discurso, os significantes²² de sua

²² Clavreul (1983) se utiliza de algumas fórmulas lacanianas para explicar que signo é o que representa alguma coisa (não um sujeito) para alguém (que saiba lê-lo) – a semiologia médica é considerada

fala, as representações que faz de sua doença, assim como, também, o erro e o engano (quando o paciente não diz o que queria dizer ou diz o que não queria dizer). Assim, segundo ele (ibid), a abordagem psicanalítica não toma a doença em sua materialidade, mas como função significante, ou seja, para ela interessa saber como a doença é constituída no discurso de seu autor, como ele a fantasia, pois a fantasia é vista como estrutural na relação do sujeito com o objeto. Para a psicanálise funções tais como a nutrição, a respiração e a motricidade não são ligadas apenas à necessidade vital, mas também são fontes de gozo e sofrimento, sendo essas, por esse motivo, tomadas como significantes e não apenas como signos de alguma “coisa” fixa. Por isso, segundo o mesmo autor (ibid), o sintoma remete ao significante (e não a um signo), que remete ao próprio sujeito, dependendo sua significação da cadeia de significantes através dos quais o sujeito se representa. Seria em função disso que a psicanálise não visa o desaparecimento do sintoma, mas considera haver nele uma significação que remete ao próprio sujeito. Além disso, nela se considera que o sintoma não aparece independentemente dessa relação com o outro, inclusive com o profissional que o atende. A psicanálise considera que o paciente tem um saber, embora não saiba que sabe, que consistiria em um saber inconsciente presente nos sintomas. Então, tal como Freud (1900, apud BIRMAN, 2001) afirmou, nela o pensamento não é só atributo da consciência, havendo também pensamento no inconsciente, produzindo os sintomas, sonhos e lapsos. Além disso, as defesas protegem o eu do que é intolerável para o sujeito, segundo Birman (2001), impedindo o conhecimento desse saber que precisa ser decifrado pela interpretação do analista. E, na relação entre profissional e doente, este saber se atualiza no espaço analítico e pode ser decifrado. Ou seja, na subjetivação do psicanalista são valorizados e escutados o saber e significações do paciente sobre o que lhe acontece, bem como sua linguagem e a relação que estabelece com o terapeuta, e estes servem de orientadores para dirigir o tratamento.

Já para a medicina, segundo Clavreul (1983), o sintoma remete ao signo, ao objeto que ele representa, pois nela não se entende o real como constituído de significantes organizados em um discurso.

A psicanálise, segundo Clavreul (1983), considera que o psicanalista está implicado subjetivamente nas interpretações que dá. Para o autor (ibid), é na relação

científica por estabelecer relações fixas entre os signos e as coisas que representam. Já a psicanálise trabalha com o significante que para Lacan é o que representa um sujeito para outro significante. Ou seja, o sujeito é representado no discurso, na associação entre os significantes. Para a psicanálise a significação do sintoma procede da relação dos significantes entre si, estabelecida no discurso do sujeito.

entre o profissional e o doente que este último vai narrar-se, ou omitir coisas, ou envergonhar-se, ou fazer um pedido de amor, ou ser agressivo; seu discurso sobre si se estabelece na relação com o outro, o profissional e, por isso, a psicanálise valoriza esta relação e constrói o conceito de transferência²³. A clínica psicanalítica se norteia pelas manifestações transferenciais, nas quais se detém a clínica médica (ibid). Para a psicanálise, a transferência - o modo como o sujeito se relaciona ao outro que é suposto saber mais do que ele - é a atualização do inconsciente. Ou seja, nesse processo, entende-se que o sujeito transfere para o terapeuta as formas como costuma se relacionar com o outro. A psicanálise leva em conta o pedido inicial do paciente para conduzir seu tratamento, bem como a forma como este pedido é formulado ao outro, pois, conforme a escolha do significante ou da cadeia significante, modifica-se o modo de representação do sujeito. Enquanto o médico visa responder a demanda, tentando suprimi-la, o profissional com formação psicanalítica, ou o psicanalista, sustentam a demanda sem querer respondê-la precocemente, mas sim buscando suas significações. Segundo o autor, embora o discurso psicanalítico tenha suas normas, na clínica a psicanálise não propõe nem impõe um modelo ideal ao paciente.

França (1996), reiterando as formulações de Freud e Lacan, refere que há uma especificidade na ética da psicanálise por ser essa fundada no desejo inconsciente, pois a psicanálise entende que a ação humana comporta um sentido desconhecido. E se pauta pela discussão de que o desejo não é forçosamente um bem, que podemos desejar inclusive o não desejável, decorrendo disso um mal-estar inerente ao desejo. Nesse sentido, a ética da psicanálise se diferencia de toda moral dos bons costumes ou do bem supremo, pois procura tentar reconhecer o desejo do sujeito, seja ele qual for.

Pereira (2001) considera que a psicanálise faz uma clínica do “cada caso é um caso”, singulariza cada caso tornando-o irredutível à categoria geral de seu diagnóstico, auxilia o sujeito a uma assunção ética da particularidade do próprio desejo. A psicanálise também utiliza diagnósticos, sendo esses diagnósticos de estrutura, mas o objetivo da análise é a particularidade (MONSENY, 2001). Segundo o psicanalista Laurent (1999), o aspecto humano, ou a humanidade, está na particularidade. Para o autor (ibid), além de escutar a particularidade, é preciso transmitir a utilidade de apreender a particularidade, ela é um instrumento útil na condução dos tratamentos, de interesse para todos profissionais. E a particularidade de cada um é capturável na

²³ A transferência é o vínculo afetivo intenso que se instaura entre o paciente e o analista (CHEMAMA, 1995)

palavra, através da forma como o sujeito apresenta seu problema na linguagem e nas ações.

No que tange ao tema do diagnóstico também pode-se realizar aproximações e diferenças entre psiquiatria e psicanálise. A psicanálise é herdeira dos autores clássicos da psiquiatria, mas hoje em dia psicanálise e psiquiatria se diferenciam, de um modo geral, quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Dentro da psiquiatria, embora haja elementos comuns, há vários sistemas diagnósticos, tais como a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, atualmente na décima versão (CID-10), que é produzida, segundo Zarifian (1989), à semelhança da classificação de diagnósticos para as doenças somáticas. Há também o DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, que é regularmente revisado pela Associação Americana de Psiquiatria, estando, atualmente, em sua quarta versão (DSM-IV). Esse se constitui em um manual de psiquiatria que leva em conta apenas os sintomas “objetivos” e que exclui qualquer referência teórica ou etiológica ao apresentar apenas os sintomas que têm uma frequência estatística significativa para identificar um diagnóstico (ZARIFIAN, 1989). Aliás, esse mesmo autor (ZARIFIAN, 1989) refere que os medicamentos psicotrópicos tiveram influência na evolução dos diagnósticos, principalmente devido ao *marketing* farmacêutico. Figueiredo (2002) analisa que essas categorias diagnósticas são cada vez mais detalhistas, descritivas dos sintomas e casuísticas, podendo chegar a até 800 diagnósticos possíveis no CID-10. Diferentemente disso, a psicanálise, segundo Quinet (2001), mantém suas categorias nosológicas originais que são em pequeno número e oriundas da psiquiatria clássica, de autores como Bleuler, Kraepelin, Charcot e Krafft-Ebing.

Também Roudinesco (2000) aponta que a psicanálise e a psiquiatria já foram bastante próximas, há décadas atrás. Refere que o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM), em sua primeira versão, em 1952, levava em conta as idéias da psicanálise e da psiquiatria dinâmica, tais como a de que os distúrbios psíquicos e mentais decorriam da história inconsciente do sujeito, de seu lugar na família e de sua relação com o meio. Tal Manual mesclava uma abordagem do cultural (social), do existencial e do patológico, correlacionado com uma norma, tendo, no entanto, segundo ela (ibid), após ter sofrido quatro revisões, eliminado de suas classificações a subjetividade e passado a calcar-se no esquema sinal-diagnóstico-tratamento, tal como trabalha a medicina científica que separa alma e corpo - constatando os sintomas, dando nome à doença e administrando um tratamento. A partir daí, segundo a mesma autora

(ibid), o DSM se distancia da psiquiatria dinâmica e da psicanálise e de sua terminologia, sendo que hoje esse praticamente reduz a organização psíquica a comportamentos.

Ainda quanto ao tema do diagnóstico e sua relação com o tratamento, segundo Figueiredo (2004), a psiquiatria se ocupa da descrição dos fenômenos e da psicopatologia geral, e a psicanálise se ocupa em diagnosticar a dinâmica e a estrutura que se manifesta na transferência (posição do sujeito diante do outro e do terapeuta), não se atendo, então, à descrição dos fenômenos e à aparência dos sintomas.

Porge (2006) explicou que as estruturas para a psicanálise são tipos clínicos estruturados pelas relações do sujeito com o desejo do Outro, pois o outro semelhante é quem introduz o humano na cultura e na linguagem²⁴. Para a psicanálise, o desejo do humano é desejo de desejo do Outro – de ser desejado pelo outro, de ser aceito. A psicanálise trabalha, assim, com a idéia de que é no desdobramento da fala e da transferência que se manifestam os traços estruturais, como destacou Figueiredo (2004), assumindo uma psicopatologia que leva em conta o inconsciente - conceito de Freud - ou o Outro – conceito de Lacan. Para a psicanálise, então, o sintoma constitui o sujeito e o sujeito constitui o sintoma e procura evocar o sujeito, sua palavra e sua responsabilidade sobre sua produção e seus atos. Já o diagnóstico e o tratamento são entendidos pela psicanálise como indissociáveis e intercambiáveis; assim, por exemplo, após iniciado o tratamento, pode-se também definir o diagnóstico e não só o contrário, devendo o profissional e a equipe estar, como salientou Figueiredo (2004), atentos às reações do sujeito em relação às intervenções e às necessidades de reorientação do tratamento, quando necessário. Se na psiquiatria o diagnóstico se dá sobre o sintoma, na psicanálise esse incide sobre a implicação do sujeito no sintoma, como também salientou Figueiredo (2002). E, através do discurso do sujeito se procura situar sua posição subjetiva, os sintomas e os atos do sujeito são considerados indicações que orientam a direção do tratamento. A escuta deve ter, então, prioridade sobre o saber nosográfico ou os diagnósticos e as racionalizações causalistas. Cabe registrar, ainda, a partir de Figueiredo (ibid), que a psiquiatria biológica atual não diagnostica o sujeito, voltando-se a uma concepção funcionalista organicista que separa o sujeito de seu sintoma, assim como separa diagnóstico de tratamento.

²⁴ Como já foi abordado no capítulo 2, Tenório (2001a) explica que para Lacan o Outro nos introduz na existência, “nos antecede e nos fornece os significantes com que nos constituiremos como sujeitos, significantes que nos determinam e em cuja dependência radical advimos” (ibid., 2001a, p.152).

Roudinesco (2000) afirmou que os manuais psiquiátricos supõem um indivíduo autônomo, íntegro e normal, afetado apenas por fatores externos à subjetividade, correspondendo esse a um modelo que pressupõe um psiquismo que se recusa a incluir como própria a representação do conflito, do desajuste, do angustiante, do desagradável, sendo que isso significa, segundo a autora (ibid), recusar-se ao próprio pensamento. O modelo psiquiátrico do distúrbio e da cura neuroquímica recusa as marcas mnêmicas deixadas pelas experiências de desprazer, ao querer excluí-las, levando a um empobrecimento do pensamento e do subjetivo. Ainda segundo a mesma autora (ROUDINESCO, 2000), a sociedade atual reduz o homem a uma máquina desprovida de pensamento e de afeto e o saber psiquiátrico atual contribui para isso, levando tal situação à violência e à depressão tão frequentes na contemporaneidade. Ela (ibid) cita a pesquisa do norte-americano John Mann (1998 apud ROUDINESCO, 2000), que afirmou que a causa exclusiva do suicídio reside na produção anormal de serotonina, e não numa decisão subjetiva ou num contexto histórico, assim eliminando o caráter trágico do ato humano em nome de uma lógica químico-biológica (ROUDINESCO, 2000).

5.1.4 Subjetivações na área *psi* – o disciplinamento e seu questionamento

Considerarei importante fazer um certo distanciamento da minha profissão de psicóloga e de minha formação psicanalítica e, por isso, decidi abordar o pensamento de alguns autores que tematizam e problematizam a psicologia e os saberes *psi*, de forma geral. Como Foucault (2006b) indicou, foi no final do século XVIII que emergiram as ciências clínicas e que o indivíduo passou a ser objeto de um campo do saber, a partir da adoção da descrição do singular, da anamnese e do olhar para o processo. Segundo ele (ibid), esses mecanismos de exame, os dispositivos de disciplina que configuram um novo poder sobre os corpos estão relacionados ao nascimento das ciências do homem, como a psicologia, a pedagogia, a psiquiatria, a criminologia; ou seja, tais ciências têm sua matriz técnica na minúcia das disciplinas e de suas investigações.

Ainda segundo o autor (ibid), todas as disciplinas com radical “psico” nascem no momento histórico do surgimento das sociedades disciplinares, quando a

individualização passa a ser descendente e atinge a toda a população e o poder se torna mais anônimo e funcional, sendo exercido de forma mais individualizada sobre os sujeitos. Lembra o autor (ibid), que nas sociedades com regime feudal a individualização era só da soberania, só os homens com poder eram marcados como indivíduo. Como o autor (ibid) destaca:

O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade a mecanismos científico-disciplinares, em que o normal tomou o lugar do ancestral, e a medida o lugar do status, substituindo assim o homem memorável pelo homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, é aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma outra anatomia política do corpo. (ibid, p. 161)

Ou seja, para Foucault (2006b), as disciplinas da área *psico* funcionam no sentido do disciplinamento e do governo, ações que são também abordadas por Nikolas Rose (1992, apud SPINK, 2003) ao focalizar a história da psicologia e da psiquiatria, seguindo uma abordagem foucaultiana. Como Rose (ibid) indicou, o capitalismo industrial no final do século XIX e começo do XX trouxe consigo a necessidade de gestão de instituições – fábrica, escola, prisão - e de administração de um crescente número de áreas da vida humana. E, para isso, os métodos disciplinares propiciaram a descrição e o controle das individualidades, tendo a psicologia um papel importante nesse processo de individualização. Para Rose (1992, apud SPINK, 2003), a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise traduziram a subjetividade humana em “novas linguagens de gestão de escolas, prisões, fábricas, mercados de trabalho e economia” (p. 151), bem como constituíram a subjetividade como objeto de administração racional, possibilitando a sua gestão sistemática.

Rose (1998) refere que o governo nos dias atuais tem regulado a conduta dos cidadãos agindo sobre suas capacidades, propensões mentais e sua subjetividade, tal como sucede em relação à criança, por exemplo, na escola, na educação e nas ações de vigilância dos pais, entre outras. Também a vida nas organizações passou a ter um matiz psicológico e uma preocupação voltada para o governo. O autor (ibid) considera que surgiu uma *expertise* que passou a lidar com a subjetividade, que inclui psicólogos, os trabalhadores do serviço social, gerenciantes, terapeutas, entre outros, e que reivindicam o direito à legitimidade social para compreender os aspectos psicológicos das pessoas e agir sobre eles. Na sociedade moderna os aspectos subjetivos das vidas dos indivíduos passaram a ter um papel central, na medida em que eles atuam na

condução das trocas com o mundo, com os outros e consigo mesmos. Ou seja, o conhecimento sobre a subjetividade, segundo Rose (1998), instalou novos regimes de verdade, novas formas de dizer coisas plausíveis sobre outros seres humanos (e também sobre nós) e novas formas de pensar o que pode ser feito a eles e a nós. O autor (ibid) destacou que essa *expertise* moderna estimula a subjetividade, promove a auto-inspeção e a auto-consciência e busca maximizar as capacidades intelectuais. E que este conhecimento que serve ao governo está também inscrito em materiais como relatórios escritos, mapas, gráficos, números, estatísticas. Então, o governo da subjetividade não age de forma coercitiva, mas sobre as escolhas, desejos e condutas dos indivíduos, sendo o sujeito cidadão educado e persuadido a entrar numa aliança entre objetivos e ambições pessoais e objetivos ou atividades institucionalmente ou socialmente valorizadas. Assim, através de práticas como a auto-inspeção, a auto-problematização e a confissão avaliamos a nós mesmos de acordo com critérios que nos são fornecidos por outros.

Figueiredo & Santi (2004) também situam historicamente o surgimento da experiência subjetivada privatizada e trazem algumas colocações diferentes das que enunciei anteriormente a respeito do lugar da psicologia. Segundo esses autores (ibid), a experiência da subjetividade privatizada, na qual nos reconhecemos como livres, diferentes e independentes dos demais, na sociedade, é pré-condição para a aparição histórica de projetos de psicologia científica²⁵. Mas essa experiência de subjetividade privatizada não existiu sempre nas culturas e sociedades. Figueiredo & Santi (2004) referem que a experiência de subjetividade privatizada surge em situações de crise social, de contestação da tradição cultural e de perda de referências coletivas, quando os homens não encontram apoio na sociedade voltando-se para seu “foro íntimo” (p. 20). O modo de entender a própria experiência como indivíduo autônomo não é natural nem necessária, mas surgiu como prática, nos últimos três séculos, quando ocorreu a passagem do Renascimento para a Idade Moderna, quando da falência do mundo medieval e da ocorrência de mudanças no Ocidente – pois esse passou a conhecer o restante do mundo -, situações que colocaram o homem europeu em uma condição de desamparo. Foi, então, que o mundo passou a ser visto menos como sagrado e bem mais

²⁵ Figueiredo & Santi (2004) chamam de psicologia científica as diversas áreas de psicologia que a formulam como ciência independente: desde o projeto inicial de Wundt, o comportamentalismo, a psicologia da gestalt, a psicologia cognitiva de Piaget e a psicanálise freudiana.

como objeto a serviço dos homens, transformação que dá origem à ciência moderna (ibid).

Ainda segundo Figueiredo & Santi (2004), além das mudanças culturais, a mudança do sistema social e econômico para o mercantil também aprofundou e universalizou essa experiência de individualidade subjetivada, pois no mercado o interesse de cada um passou a ser mais importante do que os interesses da sociedade. Juntamente com a sociedade mercantil se desenvolveu nos séculos XVIII e XIX a ideologia Liberal Iluminista e o Romantismo, que igualmente refletem as experiências de subjetividade privatizada da época, bem como a ideologia Liberal, verificável nos ideais da Revolução Francesa, que considera serem os homens iguais em capacidade e em direitos, destacando a importância da liberdade e da fraternidade. Quanto ao Romantismo, esse se expressou, principalmente, no campo das artes e da filosofia, destacando especialmente a liberdade de ser diferente e a evocação da nostalgia e o desejo de retorno a uma vida comunitária. Mas a experiência de liberdade individual trouxe também, consigo, o desamparo, a solidão e uma grande responsabilidade. E, segundo os mesmos autores (ibid), foi para minimizar os inconvenientes decorrentes da liberdade, que a sociedade ocidental moderna criou um sistema de técnicas científicas e de controle social e individual - o regime disciplinar . As disciplinas, para esses autores (ibid), reduziram o campo de exercício das subjetividades privatizadas ao imporem padrões, passando na mesma época o Estado a recorrer a técnicas de previsão e controle para lidar melhor com os indivíduos e normatizá-los. A partir disso, surge então, a demanda para uma psicologia como ciência aplicada aos campos da educação e do trabalho.

Ao mesmo tempo em que se dá a emergência do sujeito moderno, pela valorização de cada indivíduo e da individualidade única, surge também a crítica a esse mesmo sujeito, segundo Figueiredo e Santi (2004), crítica essa que se volta à ilusão do homem que se julga o centro do mundo e à ilusão de que somos livres, tão independentes e tão diferentes e singulares, bem como a percepção da existência do disciplinamento em todas as esferas da vida. Cabe referir ter sido tal questionamento fundamental para o surgimento da psicologia científica, que só foi formulada a partir da crise dessa experiência subjetivada individualizada. Então, pode-se dizer que, por um lado, o surgimento da psicologia está relacionado com a existência da experiência subjetivada privatizada e, por outro lado, está relacionado ao declínio das crenças liberais e românticas na liberdade e na singularidade dos indivíduos, colocando esta

como ciência a serviço das disciplinas. Segundo os mesmos autores (ibid), o surgimento da psicologia como ciência possibilitou também problematizações teóricas e práticas das subjetividades, conduzidas de forma totalmente avessa ao regime disciplinar, problematizações verificáveis em escolas contemporâneas da psicologia e que incidem principalmente na clínica e na educação. Figueiredo e Santi (2004) consideram que as psicologias se transformaram em visões de mundo altamente subjetivistas e individualistas ao serem incorporadas à vida cotidiana e ao se popularizarem, quando então mantiveram a ilusão da liberdade e da singularidade de cada um em vez de denunciar esta ilusão. Figueiredo e Santi (2004) também consideram que a psicanálise não se restringe à experiência imediata da subjetividade individualizada, mas que tal visão foi assumida quando da sua disseminação e assimilação nas sociedades.

Registro ser importante trazer a formulação desses autores porque, tal como já citei no capítulo 4, Gillian Rose (2001a) refere que uma crítica comum feita aos métodos foucaultianos é a de se concentrarem nos efeitos disciplinadores das instituições e não em como eles possam falhar ou ser interrompidos. E em *Vigiar e Punir* Foucault (2006b), assim como outros autores que abordarei a seguir, salientam a ação disciplinar das áreas *psi*, enquanto Figueiredo & Santi (2004) salientam que a área *psi* não se resume a isso, esta área também pode questionar o disciplinamento e se opor a ele auxiliando a formular resistências e outras formas de subjetivação de práticas e ações no mundo. Também Hall (2000), em texto já citado anteriormente, faz um comentário neste mesmo sentido, ao indicar que Foucault não utiliza um saber da área *psi* como a psicanálise para abordar as resistências dos sujeitos a ocuparem certas posições para as quais são convocados, pois ele preferiu ressaltar apenas o aspecto disciplinar da psicanálise. Dessa forma, percebe-se que entre os autores aqui abordados há diferentes posições relativas à área *psi* – as que consideram a área *psi* apenas como mais um dos muitos aparatos de disciplinamento e as que consideram que a área *psi* também pode fazer resistência ao disciplinamento. Spink (2003), que cito a seguir, aborda a dimensão disciplinar da psicologia, não abordando seu aspecto de resistência à disciplina que Figueiredo & Santi (2004) destacam.

Spink (2003) considera a psicologia como disciplina do individual e baseada na noção de subjetivação em Foucault, confere-lhe dois sentidos: ser sujeito ao controle e à dependência de alguém e ser sujeito atrelado a sua própria identidade pela consciência e auto conhecimento. Também Veiga-Neto (1996), ao tomar o poder disciplinar e as disciplinas como uma técnica de subjetivação, destaca estes dois aspectos concernentes

à subjetivação em Foucault: que o sujeito se constitui a partir do olhar que dirige para si, ao se ver como objeto de si mesmo e, também, por outro lado, que se sujeita ao poder disciplinar. Relaciono estas duas formas de subjetivação aos conceitos foucaultianos já abordados como o de governo – o sujeito ser sujeito ao poder disciplinar – e ao auto-governo – o sujeito agir sobre si mesmo para se sujeitar ou fazer resistência. Dessa forma, destaco que tanto a Interconsulta e o Matriciamento procuram disciplinar e governar, quanto os próprios sujeitos profissionais também realizam um trabalho de se auto-governar e disciplinar (ou não) nessas novas práticas.

Larrosa (2002) diz que a objetivação de certos aspectos do humano torna possível a manipulação técnica institucionalizada dos indivíduos. E, também, por outro lado, ao se desdobrarem as práticas institucionalizadas de manipulação dos indivíduos no social, se torna possível sua objetivação científica. O autor considera a pedagogia como uma prática disciplinar de normalização e de controle social.

A psicologia, segundo Spink (2003), se configura como uma ciência da individualização e de inscrição das diferenças. As técnicas de individualização por si só não governam nem disciplinam, por isso são somadas a uma ação visando à disciplinarização. Na psicologia, a ação pode ser uma assessoria com o intuito de organizar os indivíduos ou para minimizar os problemas humanos, ou ainda para aumentar a eficiência, o bem-estar, o lucro, entre outros aspectos. As subjetividades modernas são individualizadas e a psicologia auxilia nesse processo, segundo a autora (ibid). Aliás, Spink (2003) critica a psicologia clínica tradicional por considerar que esta comumente tem um enfoque voltado para um indivíduo abstrato e a-histórico. Ela (ibid) considera que na saúde, a psicologia tem sido configurada a partir de contornos claros, dentro das instituições, sendo essas exigências da prática que levam à conformação do seu campo – mais do que os pressupostos teóricos - e também os sistemas de defesa de prerrogativas de práticas – que, no Brasil, são da alçada dos Conselhos Regionais de Psicologia e Conselho Nacional de Psicologia - que definem um campo de saber ou saber-fazer na psicologia.

Ainda segundo Spink (2003), há diferentes visões de mundo e normas internalizadas na medicina e na psicologia durante a formação profissional, bem como em seus códigos de ética. A autora refere que em sua formação profissional, o psicólogo aprende uma ética baseada no respeito à individualidade acima de tudo, inclusive ao direito de tirar a própria vida. Já o médico aprende normas pautadas sobre valores

sociais como o respeito à vida, um bem-estar teórico ditado por parâmetros externos ou um bem-estar possível ditado pelos avanços da medicina.

Aponto, agora, algumas posições de autores que referem as influências da psicanálise na psicologia e na psiquiatria. Segundo Russo (2002), embora a psicanálise seja um ofício extra-oficial, uma profissão que não é instituída, ela encantou tanto a psiquiatria quanto a psicologia no decorrer do século XX no mundo ocidental. A história da psiquiatria e da psicologia está associada à difusão e prática da psicanálise. De acordo com Birman (2001), até os anos 1950/60, a psicanálise foi a referência da psiquiatria e das reformas psiquiátricas voltadas a humanizar a psiquiatria e a voltá-la para o social. A psicanálise também influenciou a psiquiatria relativamente aos projetos das comunidades terapêuticas anglo-saxônicas, bem como da psicoterapia institucional francesa, da psiquiatria comunitária e preventiva norte-americana, entre outras. As práticas grupais voltadas para famílias e casais também foram influenciadas pela psicanálise em articulação com a teoria da comunicação e do duplo vínculo de Bateson (ibid), o que mostra a relação histórica entre a psicanálise e outros saberes e áreas hoje atuantes na saúde.

5.2 ELEMENTOS COMUNS ENTRE AS SUBJETIVAÇÕES DE DIFERENTES ÁREAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE

Busquei mostrar, ao percorrer as abordagens anteriormente focalizadas, que o olhar do profissional de qualquer área não é livre, mas está constituído por aparatos que fazem ver de uma determinada forma e considerar esta forma natural e evidente. O sujeito subjetiva-se, também, nos códigos, na ética, no vocabulário e no conhecimento que estrutura uma determinada profissão. Os saberes comumente não incluem em sua formulação a idéia de que fabricam os objetos ou os sujeitos sobre os quais operam; pelo contrário, muitas vezes seus praticantes entendem que o objeto que focalizam existe *a priori* e que é o saber da disciplina em que trabalham que propicia desvendá-lo. Assim, cada formação disciplinar ou profissional, no campo da saúde, apreende como natural e como verdade a sua ética, o seu modo de ver/entender o sujeito, o sintoma e a doença. Nas perspectivas pós-estruturalistas os saberes, as disciplinas ou os profissionais são vistos como o resultado de um processo histórico de fabricação, muitas

vezes não reconhecido pelos próprios saberes e profissionais na saúde. Cada saber constitui, assim, peculiarmente os sujeitos e objetos aos quais se vincula, decorrendo disso, algumas variadas formas de pensar o ser humano, a saúde, a doença e a sociedade no campo da saúde, processo esse que se estende aos profissionais que labutam neste campo.

Buscando indicar alguns posicionamentos relacionados ao modo como têm sido pensadas as articulações entre os diferentes saberes que integram o campo da saúde, cabe registrar que, segundo Fleck (1986 apud MATOS; GONÇALVES; RAMOS, 2005, p.385), há uma “incomensurabilidade, incomunicabilidade e incongruência” entre estes diversos pontos de vista das diferentes áreas/profissões da saúde, sendo por isso difícil o entendimento inicial entre as diferentes linguagens e perspectivas assumidas pelos diferentes profissionais. No mesmo sentido se posiciona Morin (2007), que considera que a compartimentalização e a especialização do conhecimento na ciência moderna geraram insensibilidades entre as áreas, sendo “os sistemas de idéias bárbaros uns em relação aos outros” (p. 119), as teorias não sabem conviver umas com as outras.

Aliás, essa seria a situação que obstacularizaria e tornaria mais difícil a interdisciplina e a articulação entre as áreas.

Então, que elementos ou aspectos podem ser considerados como comuns às diferentes áreas da saúde? Esboço algumas idéias sobre este tema. Todo profissional da saúde - nas diferentes áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a terapia ocupacional - tem uma formação e habilitação técnica para a clínica e para a assistência; além disso, também utilizam conhecimentos para avaliar e intervir em situações de adoecimento, tal como destacou Ceccim (2005). E, contemporaneamente, as práticas em saúde comumente acontecem dentro de serviços e de equipes, reunindo diferentes profissionais em torno da assistência. Então, pode-se dizer que a clínica propriamente dita e o trabalho em equipe são elementos minimamente comuns às diferentes profissões e profissionais de saúde.

Também, na área da saúde se pode dizer que, contemporaneamente, os profissionais comumente compartilham o modelo biomédico, considerado historicamente hegemônico, como abordei no capítulo 2. Aliás, grande parte dos profissionais da saúde tiveram sua formação tradicional voltada para o trabalho especializado isolado e fragmentado, bem como voltada para os aspectos biológicos do adoecimento, além dessa ser também centrada no saber médico e na valorização dos hospitais e suas práticas. E é para problematizar tais formações que o discurso da área

da Saúde Coletiva, também presente nos documentos e práticas da saúde, destaca e propõe-se a produzir novas formas de subjetivação a partir da reestruturação dos serviços, das equipes e da própria forma de gestão da saúde, buscando modificar as práticas mais tradicionais aprendidas nas formações acadêmicas nas áreas da saúde. Matos; Gonçalves; Ramos (2005) indicaram que é compartilhada entre os profissionais da saúde uma preocupação com o bem-estar, a saúde ou a qualidade de vida dos sujeitos. Pereira (2001) também buscou encontrar elementos comuns entre as disciplinas clínicas, ao indicar que essas, de forma geral, buscam conciliar o conhecimento universal acumulado pela ciência e a tradição com o original e único de cada caso. Também abordando o elemento comum, que aproxima as diferentes clínicas na área da saúde mental, Monseny (2001) considera que, embora a ética da psicanálise se diferencie da ética da psiquiatria e da psicologia, todas trabalham com o real²⁶ da clínica, fornecendo respostas distintas ante o mesmo real, o que, entende o autor (ibid), favorece o diálogo entre estas diferentes clínicas. Mas, cabe ressaltar, que este real, sua evolução e suas configurações é influenciado, na clínica, pela atenção que recebe; ou seja, o real não é indiferente ao discurso em que está inscrito. Assim, a loucura ou a depressão podem ter diferentes evoluções num paciente conforme a atenção que esse receba. Outro autor, Ceccim (2005), propõe que se considere uma “ética *entre-disciplinar* à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde” (p. 265). Ele propõe não a interseção referida à noção de interdisciplinaridade, mas dar lugar ao que se produz *entre* as disciplinas e os profissionais, levando em conta os efeitos de cada área na outra e o resultado disso nas práticas, o que ele refere ser uma “clínica mestiça” (p. 265). Como esse autor (ibid) destaca, a sua idéia é trabalhar para além das fronteiras dos saberes, dando lugar à aprendizagem e à invenção.

²⁶ O Real para Lacan (Chemama, 1995) é o que não é totalmente simbolizado na palavra ou na escrita – pelo simbólico - e que, por consequência, se manifesta de maneira intrusiva na vida do sujeito. Como exemplos de Real pode-se citar a angústia ou a alucinação.

6 APORTES METODOLÓGICOS

6.1 CONCEITOS DESTACADOS NAS ANÁLISES

Gostaria agora de traçar alguns direcionamentos que serviram como norteadores metodológicos do estudo realizado. Dou destaque a alguns conceitos foucaultianos, tais como a noção de prática e a análise de discurso, bem como a considerações de Rose (2001a) sobre a análise de inspiração foucaultiana. Mas antes disso, faço mais algumas considerações acerca dos documentos focalizados no estudo.

Começo indicando que, para Foucault (2007a), ao proceder-se à investigação, é preciso sempre fazer um recorte que a análise posteriormente reorganizará, se necessário, sendo preciso, para tanto, escolher um domínio empírico para pesquisar.

Como já indiquei na Introdução, fazem parte do domínio empírico deste estudo documentos de esferas municipais, nacionais e internacionais, produzidos por instituições tais como a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, o Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Mundial da Saúde, bem como Declarações internacionais firmadas em encontros internacionais de saúde.

Quero registrar que, embora não tenha feito uma procura extensiva por documentos, localizei em nível internacional um conceito ampliado de saúde que é referido desde a Constituição da OMS de 1948 e que incorpora determinantes sociais e psíquicos e não só os biológicos – ou seja, que não focaliza a idéia de saúde apenas como ausência de enfermidades. Nacionalmente, a criação do SUS, na década de 1980, com a diretriz de atendimento integral, assim como a Lei 8080, que o regulamenta, reiteram esse conceito ampliado de saúde. Aliás, o “Relatório sobre saúde mental no mundo: nova concepção, nova esperança”, da Organização Mundial da Saúde, de 2001 (OMS, 2001), também reafirma o conceito ampliado de saúde e assinala que não só a doença física, mas também as doenças mentais são influenciadas por determinantes biológicos, psíquicos e sociais. Este documento de 2001, juntamente com um documento mais recente da OMS intitulado “Integrando saúde mental aos cuidados

primários. Uma perspectiva global”²⁷, (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2008b), enfatizam a necessidade de não dissociar-se saúde mental e saúde física considerando que estas se influenciam. Ou seja, há bastante tempo nos documentos internacionais (desde a década de 1940) e também em documentos nacionais (desde a década de 1980) se aponta para outros determinantes da saúde que não só os biológicos: os psíquicos e os sociais. Registro ainda que, nesta última década do século XXI, os documentos citados anteriormente da OMS têm enfatizado a não dissociação entre estes determinantes, especialmente entre os elementos biológicos e psíquicos.

Então, é possível dizer que há um discurso que postula a importância da integração, também presente nos documentos internacionais como, por exemplo, a Declaração de Caracas (1990), da década de 1990, que defende a atenção psiquiátrica na Atenção Primária à Saúde. Aliás, este discurso também é invocado para organizar os documentos do Ministério da Saúde, da primeira década de 2000, que tratam do Matriciamento, e os da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre sobre Interconsulta, assim como o documento sobre NASF's do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), no qual se propõe a qualificação da atenção à saúde mental, na Atenção Primária a Saúde.

Além disso, como já venho indicando, a idéia de integrar saúde mental e saúde é também enfatizada pelos documentos nacionais que defendem a Reforma Psiquiátrica, sendo esta Reforma também referendada internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), além de ser hoje a Política de Saúde Mental nacional (BRASIL, 2005c), que valoriza a saúde mental na comunidade em vez da centralização da assistência nos hospitais. Mas, a insistência em nível internacional e nacional, nos últimos anos, na integração entre saúde física e saúde mental, indica que se considera que ainda não se alcançou tal situação, decorrendo disso a necessidade de reiteradamente afirmar-se a importância de integrá-las.

Ressalto, novamente, que esses documentos, propostos em diferentes épocas, assumidos e organizados por órgãos com amplitudes de ação diferenciada – municipal, nacional e internacional –, bem como a literatura na área de Saúde Coletiva, compõem as contingências ou o contexto de produção dos documentos específicos sobre Matriciamento e Interconsulta, que propõem a integração das práticas da Atenção Primária e do serviço especializado em saúde mental, ou, dizendo-se em outros termos,

²⁷ Tradução própria do título “Integrating mental health into primary care. A global perspective.” (WHO, 2008)

a saúde física e a saúde mental. Nas propostas que invocam o Matriciamento e a Interconsulta está se colocando em destaque tanto o que estou considerando ser o discurso da integralidade, quanto o da interdisciplinaridade.

Registro que, de todos os documentos e textos que citei, detive-me especialmente na análise de dois documentos produzidos pelo Ministério da Saúde brasileiro e de um documento organizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, por serem esses os que fundamentam as ações práticas que colocam em relação o serviço especializado de saúde mental e a rede básica. Então, este é o *corpus* da minha pesquisa que analisarei adiante no capítulo 7: 1) o Anexo “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte da publicação sobre CAPS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a); 2) a cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde, intitulada “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) e 3) o “Plano de Saúde Mental 2005-2008” (PORTO ALEGRE, 2005), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que denomina esta atividade do serviço de saúde mental com a rede básica de Interconsulta. Também compõe o *corpus* do estudo, um conjunto de entrevistas semi-estruturadas realizadas com profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e nos serviços de saúde mental do município de Porto Alegre (RS), sendo esses participantes da atividade de Interconsulta e de Matriciamento, foco central deste estudo.

Busquei, inspirada em Foucault (2007a), considerar os acontecimentos sobre os quais me debrucei como dispersos e heterogêneos, sem pretender, portanto, postular a sua unificação, ao longo do desenvolvimento das análises. O trabalho no qual me concentrei, ainda inspirada neste autor (ibid) envolveu desfazer alguns grupamentos, usualmente considerados como unidades naturais. Ou seja, para desenvolver uma análise discursiva inspirada no pensamento deste autor (ibid), precisei libertar-me de noções tais como as de tradição, origem, influência, desenvolvimento, evolução, progresso e consciência, procurando centrar-me nas condições de possibilidade de existência e de emergência dos discursos. Por esse motivo, busquei abordar, além dos documentos referidos como integrando o *corpus* analítico do estudo, outros documentos nacionais e internacionais relacionados à saúde, procurando localizar melhor a inserção do discurso do Apoio Matricial e da Interconsulta no contexto da saúde.

Busquei, também, igualmente, atentar para os estudos de autores foucaultianos (FAIRCHOUGH, 2001) que, além de se ocuparem com a produção, distribuição e

regulamentação de enunciados, discutem o papel do poder sobre a verdade, considerando que a idéia de verdade está em relação circular com o poder e colocando o foco nas relações entre verdade e poder. Sem pretender, portanto, ter-me atido estritamente seja aos estudos qualificados como arqueológicos ou genealógicos nas abordagens foucaultianas, busquei em minhas análises colocar em relação saber, poder e verdade.

Além disso, valho-me, também, da noção de *prática* utilizada por Foucault (2006c), que, numa mesa-redonda ocorrida em 1978, refere serem as práticas “[...] o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (p.338). Como o autor (ibid) indicou nessa ocasião, ele não se interessava, por exemplo, pela história da instituição prisão mas sim pela história da prática de aprisionamento. Ou seja, ele assim buscou indicar ser seu interesse analisar “regimes de práticas”, o que envolve analisar “programações de conduta” (p. 338), efeitos de prescrição entre o que se deve fazer e o que se deve saber, ou, ainda, a produção de discursos verdadeiros que servem de fundamento, de justificação e de princípio de transformações destas maneiras de fazer. Aliás, como o autor (ibid) também indicou, usualmente essas programações se cristalizam nas instituições, informam o comportamento dos indivíduos e servem de grade para a percepção das coisas, têm efeitos sobre a maneira como os homens se dirigem, se governam e se conduzem a si e aos outros. Quero ainda indicar que Foucault (2007a) também considera ser o discurso uma prática, que tem suas formas próprias de encadeamento e sucessão. Para ele, então, os discursos não são apenas signos para designar coisas, mas são práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam.

Explicitando melhor, a prática discursiva é para Foucault (2007a)

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa (p. 133).

Segundo Lecourt (1980, apud VEIGA-NETO, 2007), a palavra prática em Foucault não significa a atividade de um sujeito, mas sim a existência objetiva e material de certas regras a que o sujeito está submetido desde que pratica o discurso. Foucault (2007a) separa práticas discursivas de não discursivas relacionando essas últimas às instituições, aos acontecimentos políticos e econômicos. Por exemplo, o autor examinou como a formação das riquezas no século XVII estava ligada a um

grande número de práticas consideradas por ele como não discursivas como a circulação das mercadorias, manipulações monetárias, sistema de proteção ao comércio e às manufaturas. Em sua abordagem arqueológica, o autor focalizou as analogias e diferenças nos discursos, bem como as formas específicas de articulação com os domínios não discursivos. Então, em função do que foi colocado, creio que é passível de questionamento pensar-se em alguma prática que não esteja atravessada pelo discurso, sendo mesmo a economia e a política sustentadas pela linguagem e pelos discursos. Aliás, Hall (1997a) assume tal perspectiva e destaca que “as práticas sociais, na medida em que dependam do significado para funcionarem e produzirem efeitos se situam ‘dentro do discurso’, são ‘discursivas’” (p. 34). O conceito de discurso utilizado por Hall (1997b) não é meramente um conceito lingüístico, tendo a ver com linguagens e com práticas e sendo ainda associado à busca de superação da distinção entre o que se diz e o que se faz. Enfim, este autor (ibid) considera que tanto o significado como as práticas são construídos no discurso e que nada tem significado fora do discurso. Como esse autor também salientou (HALL, 1997a), a cultura adquiriu centralidade crescente no mundo contemporâneo, sendo constitutiva do político e do econômico, da mesma forma que o político e o econômico são parte constitutiva da cultura e a ela impõem limites. Ou seja, para Hall (1997a) toda prática social tem condições culturais ou discursivas de existência. Veiga-Neto (2007) considera que não há prática sem uma teoria no interior da qual esta prática faça sentido, não há atividade puramente racional, a teoria é indissociável da prática.

Voltando a discutir os significados atribuídos à análise do discurso, invoco Gillian Rose (2001a), que indica haver duas abordagens principais para a realização de análises inspiradas na visão de discurso de Foucault: 1) uma análise de discurso voltada para a estrutura dos enunciados, para a produção retórica de textos, falas e imagens e 2) uma análise de discurso voltada para a produção e reiteração das práticas, das instituições e dos sujeitos humanos. Na primeira abordagem, segundo ele (ibid), não há uma preocupação em relacionar os enunciados ao contexto e às instituições sociais que os produziram, enquanto na segunda confere-se menos atenção às imagens e aos objetos em si do que ao aparato institucional e às tecnologias. Como o autor (ibid) refere, estas duas formas de análise podem acontecer de maneira bastante relacionada. Explicitando um pouco mais: na primeira abordagem da análise do discurso, segundo Rose (2001a), examinam-se como as visões ou relatos específicos são construídos como reais, verídicos ou naturais, conformando regimes de verdade. Para ser persuasivo todo

discurso é visto como organizado, decorrendo disso a importância da análise do discurso focar estratégias de persuasão – os modos como determinado discurso consegue persuadir e produzir efeitos de verdade, bem como posições de sujeito. Como Rose (ibid) também destaca, esta primeira forma de análise aborda a produção social e os efeitos dos discursos, ou seja, a produção de sentidos e coisas dos discursos, sua produtividade. Já no segundo foco analítico, examina-se não apenas o discurso do poder/saber institucional, mas, também, a maneira como esses discursos são materializados na própria arquitetura e nas posições de sujeito. Ou seja, articula-se poder/saber e a produção de posições de sujeito relacionadas aos mesmos.

Rose (2001a) salienta, ainda, que as instituições funcionam de duas formas: através de seu aparato e através de suas tecnologias. O aparato institucional corresponde às formas de poder/saber que constituem as instituições, incluindo sua arquitetura, as regulações, as declarações filosóficas, o Direito, etc. As tecnologias institucionais, que muitas vezes são difíceis de ser discriminadas do aparato, são as técnicas práticas, as tecnologias e métodos para praticar esse poder/saber. Mas esclareço que faço tais considerações não porque tenha me atido estritamente a estas diferenciações, mas por entender que, no caso estudado nesta tese, parece-me ser possível dizer que o Matriciamento e a Interconsulta funcionam como tecnologias que possuem métodos e técnicas práticas, como veremos no capítulo de análise. A partir de tais considerações, saliento que busquei indicar alguns discursos enunciados nos documentos analisados, bem como nas falas dos profissionais entrevistados, para analisar como são acionadas ou colocadas em ação de forma institucional, as práticas mobilizadas pelo Matriciamento e Interconsulta, bem alguns dos efeitos produtivos que tais práticas exercem sobre os sujeitos/profissionais que com elas lidam e que a elas são submetidos de forma mais ampla.

Esclareço, ainda, terem sido bastante úteis as recomendações feitas por Rose (2001a) em relação a como realizar análises discursivas, estando entre essas a sua sugestão de proceder-se: à identificação de temas e de palavras-chaves recorrentes nos materiais analisados, tendo o autor indicado que a busca não deve se restringir à sua frequência; à busca pelos discursos concorrentes, bem como pelas dissensões de um discurso e, também, a atenção a ser dada à complexidade e às contradições internas percebidas nas situações em exame. Além disso, ele sugere que se busque indicar as ausências; ou seja, aquilo que não é visto e não é dito nos materiais examinados, mesmo que se fale de tais “coisas”, frequentemente, em outros locais e materiais. Como Rose

(ibid) indicou, também as invisibilidades podem ser produtivas e ter efeitos tão importantes quanto aquilo que é visível. Deve-se, ainda, segundo o autor (ibid), dar atenção aos detalhes e à forma como se dão as alegações quanto à verdade. Como Rose (2001a) ressaltou, numa perspectiva foucaultiana, as pesquisas também são práticas discursivas e por isso deve-se fazer uma reflexão crítica sobre a própria prática de pesquisa. Cabe ressaltar, no entanto, que a organização retórica de uma análise de discurso não pode ser tomada como a única e verdadeira análise dos materiais pesquisados, mesmo que essa deva ser persuasiva.

Kendall & Wickham (1999) também apontam ser o ceticismo em relação a todo argumento político um aspecto a ser considerado nas perspectivas de pesquisa que consideram o pensamento foucaultiano: o “espírito” a impregnar o investigador deve ser o de buscar investigar tudo e suspender o julgamento acerca das situações analisadas. Assim, o passado não deve ser considerado inferior nem superior ao presente e tampouco se considera haver no que se está investigando quaisquer significados ocultos. Aliás, deve-se ressaltar que tais precauções implicaram atenção e um exercício continuado, por parte da autora desse estudo, de buscar estranhar os discursos enunciados ao longo das entrevistas realizadas, bem como nos documentos analisados, por serem alguns desses bastante familiares à pesquisadora, que também realiza a prática da Interconsulta.

Em função das colocações que venho fazendo, é importante salientar que considerei operarem os documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, bem como as tecnologias e práticas acionadas no Matriciamento e Interconsulta, como práticas de governo voltadas a conduzir as condutas dos profissionais da saúde de acordo com racionalidades específicas, que atuam na organização de um modelo ideal de atendimento à saúde. Como já indiquei anteriormente, as práticas de governo atuam, também, no governo do eu, no sentido dos profissionais se regularem e se subjetivarem em direção ao modelo proposto ou em oposição a ele, sendo esse mais um dos motivos que me levaram a considerar estes conceitos foucaultianos.

Lembro que, para Foucault (1985, 1986a, 1986b apud DEAN, 1999), a análise do governo do eu envolve quatro aspectos: 1) está relacionada a *sobre o que* procuramos influir ou a *substância governada*; 2) *como* governamos ou o *trabalho de governo* (incluindo os procedimentos de vigilância, gerência e normalização dos anticonvencionais) ; 3) *quem* somos quando governados ou nosso modo de

subjetivação, o *sujeito governável*; 4) o *porquê* de governarmos ou sermos governados, os fins ou objetivos buscados, o que queremos [grifos do autor]. Sobre o *como* ou o modo como governamos ou somos governados distingue o autor (ibid) quatro dimensões: as formas de ver e perceber (visibilidade); formas de pensar, os vocabulários e procedimentos para a produção da verdade (derivadas das ciências sociais, humanas e do comportamento); as formas de agir e de intervir compostas de racionalidade prática (“expertise” e “know-how”) que se baseiam em tecnologias definidas; as formas características de composição de sujeitos, atores ou agentes.

Dean (1999) relembra que as

formas de conhecimento [como a medicina, criminologia, trabalho social, terapia, pedagogia, etc] definem os objetos de tais práticas (o criminoso, o desempregado, o mentalmente doente, etc), codificam as devidas formas de lidar com os mesmos, estabelecer os fins e objetivos da prática e definir o lócus profissional e institucional dos agentes oficiais de expertise. ²⁸(p.22)

O autor também lembra que examinar regimes de governamento implica conduzir análises no plural, já que há uma pluralidade de regimes de práticas usualmente em ação nas situações examinadas. Destaco que tais aspectos me auxiliaram também na condução das análises procedidas neste estudo.

Listo, a seguir, os documentos que examinei neste estudo:

- 1) o Anexo “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte da publicação do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004a), que trata do Apoio Matricial;
- 2) a Cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) e
- 3) o “Plano de Saúde Mental 2005-2008” (PORTO ALEGRE, 2005), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, que denomina esta atividade do serviço de saúde mental com a rede básica de Interconsulta.

Como também me utilizei de entrevistas, enquanto um procedimento de pesquisa, faço, na próxima seção, algumas considerações sobre este procedimento metodológico.

²⁸ Tradução da autora desta Tese.

6.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA COMO PROCEDIMENTO INVESTIGATIVO

No que tange ao tema da entrevista, Silveira (2002) coloca que a virada lingüística nas Ciências Humanas e em algumas áreas da Lingüística criticou o lugar reservado à entrevista na pesquisa. Como a autora (ibid) esclarece, tais críticas estão associadas ao não entendimento da linguagem como um mero espelho de uma verdade, mas por entendê-la como constituidora de verdades e entendimentos, aspectos que passaram a configurar a entrevista como um evento discursivo complexo. Assim, então, os/as autores/as que abandonaram a perspectiva que tomava a entrevista como um instrumento na busca iluminista da verdade e da objetividade, passaram a entendê-la, também, como um tema de análise; ou seja, esses/as passaram a considerar, quando da sua realização, aspectos que dizem respeito, por exemplo, à *situação em que a entrevista é feita*, bem como a atentar para *quem são o entrevistador e o entrevistado* e, ainda, para as lógicas culturais embutidas nas perguntas e respostas que integram esta prática metodológica, entre outros aspectos. Ou, dizendo-se de um outro modo, o entrevistador e as próprias perguntas também passaram a ser vistos como fazendo parte das análises, são situados, além do entrevistador ter passado a ser visto como co-locutor, não estando, portanto, fora da entrevista.

Saliento, ainda que a idéia que orientou a proposição das entrevistas implicou considerar a situação de entrevista como uma arena de significados e como um jogo interlocutivo, não reduzindo sua complexidade, conforme propõe Silveira (2002), autora que se apóia nos estudos de Arfuch (1995) e de Bakthin (1992 apud SILVEIRA, 2002). Arfuch (1995) coloca que na entrevista sempre está em jogo o descobrimento de uma verdade, alguma revelação que o diálogo ajudaria a descobrir. Como a autora (ibid) salienta, a entrevista é um gênero discursivo que aborda uma

[...] situação comunicativa, regida pelo intercâmbio dialógico, seus participantes, sua vizinhança com a conversação cotidiana, os usos da linguagem, suas infrações, o que de previsível e de imprevisível tem esse

jogo intersubjetivo da verdade (do coloquial ao formal, do chiste, o mal-entendido, a ironia ou a agressão)²⁹. (ARFUCH, 1995, p. 25)

Aliás, Arfuch (1995), também ressalta que intervêm na situação de entrevista aspectos tais como a afetividade, os personagens da cena, a busca de admiração, reconhecimento, mas, também, de identificação, além do tipo de histórias narradas no desenrolar do diálogo, os destinatários, os temas, caracterizando-se a entrevista pela imediatez do contato, pela palavra que parece ser dita sem mediação, pela espontaneidade do intercâmbio “cara a cara”. E devido a esta imediatez, salienta a autora (ibid), deve-se ter cuidado para que a entrevista não caia numa simplificação excessiva, na redução da complexidade do tema, na fragmentação e na síntese demasiada. Invocando Bakhtin (1982, apud ARFUCH, 1995) destaca que toda a enunciação é dialógica, que essa supõe um interlocutor mesmo que esse não esteja presente, e que todo o enunciado é destinado a persuadir o outro ou a antecipar as suas objeções. Como Arfuch (ibid) destacou, há um protagonismo conjunto na entrevista: não se trata de um falar e o outro escutar, mas de todos falarem o tempo todo, no sentido de que supõem um outro para destinar o enunciado. E, além do enunciado interatuar com o outro do dialogismo, ele também interatua com a outridade do que faz parte da língua e da cultura, os velhos saberes, crenças, ditos comuns, verdades que não necessitam demonstração, entre outros aspectos. Há uma pluralidade de vozes contidas nos enunciados que falamos, uma heterogeneidade de significações, o que corresponde ao que Bakhtin (1982, apud ARFUCH, 1995) chamou de polifonia da linguagem.

Se Saussure fez uma primeira fundação da lingüística, opondo a língua como norma, instituição social, à fala que é individual, heterogênea, Arfuch (1995) diz que a noção de discurso fez uma “segunda fundação” da lingüística. O discurso é a posta em jogo da língua, é social, intersubjetivo, submetido a regras, é lugar da intencionalidade, mas também do involuntário, do inconsciente. Falamos porque estamos imersos numa trama sociocultural e de linguagem.

Como a mesma autora (ibid) destaca, a entrevista supõe um pacto de colaboração, um objetivo comum, uma direção previamente aceita, mas que pode ser ajustada ou mudada. Da parte do entrevistador, há o desejo de encontrar e desvelar a verdade, que tende sempre a escapar, que resiste à palavra e que pode aparecer no descuido. Verdade essa que pode aparecer entre os mais variados relatos (recordações,

²⁹ Tradução da autora.

anedotas, entre outros), entre fragmentos (sob a forma de pinceladas) e detalhes (resgatada de algo perdido tal como um gesto, diálogos, que fiquem fora da transcrição, ou uma palavra literal que esteve em um contexto alheio). Assim, na entrevista, fragmentos e detalhes se complementam e o detalhe não é considerado acessório. Arfuch (1995) ainda destaca que todo o ato lingüístico – quer implique afirmar, recomendar, advertir, elogiar, ou felicitar - produz uma mudança na situação de diálogo, na medida em que é interpretado pelo destinatário dentro de uma circunstância. Então, para a autora (ibid) a entrevista é uma atividade comunicativa que tece redes de intersubjetividade, que cria obrigações e exerce persuasão e também controle. Nas suas variadas formas e suportes (imprensa, televisão, livros, etc) a entrevista pode se constituir como um lugar confirmatório da identidade profissional em uma sociedade como a nossa, cujos traços mais comuns são, segundo a autora (ibid), a auto-referência, as práticas sociais como lugares de afirmação da identidade pessoal e de obtenção de reconhecimento, e o êxito individual como valor. É preciso considerar que os personagens da entrevista têm estratégias de autorepresentação, que talvez guiem sua conduta na entrevista, mesclando-os aos outros objetivos da entrevista. É preciso considerar, ainda, que a entrevista também é uma narrativa, um “relato de histórias que reforça uma ordem da vida, do pensamento, das posições sociais, das pertencas e pertinências. Nesse sentido, a entrevista serve para legitimar posições de autoridade, desenhar identidades, desenvolver temáticas e nos ensinar sobre a atualidade do que ocorre [...]” (ARFUCH, 1995. p. 89). E pela variedade de histórias que narra, suas situações e personagens, a entrevista tem caráter inconcluso, aberto.

Registro, então, que a partir das importantes considerações feitas por Arfuch (1995), busquei, como entrevistadora, abordar como os entrevistados percebem, sentem, vivenciam a prática da Interconsulta/Matriciamto. Também busquei ver se os participantes consideravam aprender com tal prática e que efeitos eles percebiam dela decorrer em seu trabalho. Além disso, dispus-me a atentar para como se buscava proceder a ações interdisciplinares na prática da Interconsulta/Matriciamto, tanto envolvendo os profissionais da saúde mental entre si como também esses com todos os outros que atuam na rede básica de saúde. Também procurarei incluir na investigação, minhas próprias percepções como entrevistadora e trabalhadora da mesma instituição da Secretaria Municipal de Saúde, e que realiza, também, a atividade da Interconsulta.

Indico que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, mediante a apresentação de um Projeto de Pesquisa. E que,

conforme prevê este Comitê, previamente à realização da entrevista as chefias dos serviços ou a Gerência Distrital assinaram o consentimento para entrevistar seus funcionários, ao mesmo tempo em que os participantes das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam apresentados o tema da pesquisa e o objetivo da entrevista e no qual constava a garantia de manutenção de sigilo e anonimato a respeito dos entrevistados e dos serviços envolvidos na pesquisa.

Esclareço, também, que as entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado, tendo sido realizadas individualmente tanto com os profissionais da rede básica, quanto da saúde mental, tendo sido realizado o convite aos entrevistados explicando tratar-se de uma pesquisa sobre o Apoio Matricial e a Interconsulta. As perguntas deste roteiro foram basicamente: 1) como é a experiência de realização (no caso do profissional do serviço de saúde mental) ou de participação (no caso de profissional da rede básica) na Interconsulta ou no Matriciamento na sua região? 2) como considera que acontece a relação entre os saberes e as profissões na prática de Interconsulta ou de Matriciamento? Outras perguntas se constituíram durante cada entrevista com o intuito de esclarecer ou detalhar mais alguns pontos da explanação do entrevistado. Somente uma das entrevistas foi realizada com dois entrevistados, ao mesmo tempo (um psicólogo e um psiquiatra que atuavam em um serviço de saúde mental), e isso decorre de solicitação dos próprios entrevistados.

Destaco, ainda, que entrevistei doze profissionais de saúde, visando adentrar na forma como esses realizam a Interconsulta e o Apoio Matricial. Indico, assim, ao finalizar esta seção, que as análises foram organizadas em duas partes: a primeira compreende a análise dos documentos que orientam e organizam as práticas da Interconsulta e do Matriciamento; e a segunda inclui o modo como alguns profissionais se posicionam frente a elas na cidade de Porto Alegre, RS. Passo a seguir a apresentar as análises conduzidas ao longo deste estudo.

7 ANÁLISE PARTE I – OS DOCUMENTOS SOBRE APOIO MATRICIAL E INTERCONSULTA

Como este estudo não envolveu apenas a análise de documentos, esclareço que, embora tenha examinado um conjunto de documentos nacionais e internacionais, procedi à análise apenas dos três citados a seguir e que foram selecionados por serem os documentos que norteiam as práticas dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre na direção de relacionar o serviço especializado de saúde mental e a rede básica. Passo agora a apresentar as análises que conduzi sobre estes documentos selecionados para constituir o *corpus* deste estudo, e que já foram citados anteriormente:

Documento 1 - Anexo intitulado “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte da publicação do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004a), que trata do Apoio Matricial;

Documento 2 - A cartilha do HumanizaSUS do Ministério da Saúde (MS), intitulada “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b);

Documento 3 - O “Plano de Saúde Mental 2005-2008” (PORTO ALEGRE, 2005), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, que denomina esta atividade do serviço de saúde mental com a rede básica de Interconsulta.

Esclareço que não examinei o novo *Plano Municipal de Saúde 2010-2013* (PORTO ALEGRE, 2010), aprovado em outubro de 2010, editado, portanto posteriormente à realização das entrevistas conduzidas neste estudo, fazendo apenas uma breve menção acerca do que nele é abordado sobre o Apoio Matricial. Ressalto, especialmente, que nesse Documento assumiu-se a denominação Apoio Matricial, alterando-se, assim, o modo como se passou a denominar esta prática nessa esfera, pois no *Plano de Saúde Mental 2005-2008* (PORTO ALEGRE, 2005) da Secretaria Municipal de Saúde, essa era referida como Interconsulta. Também ressalto que não utilizei, na análise, material

recente do Ministério da Saúde, lançado em 2009, que focaliza o Matriciamento, a partir da ação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF)³⁰ (BRASIL, 2009a), por não ter sido implantado nenhum NASF na cidade de Porto Alegre até o momento em que escrevo esta Tese. Mas julgo oportuno destacar, que este Documento reforça, conforme já abordado no capítulo 2, a importância da utilização da prática do Apoio Matricial, a ser realizado pelos NASF, e do atendimento à saúde mental a ser realizado também nas ações de Atenção Primária.

Ainda antes de iniciar minhas considerações sobre os documentos citados, saliento que a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, RS, tem investido no tema da Interconsulta e do Apoio Matricial. Como um exemplo disso, refiro o “II Seminário em Saúde Mental da Gerência Distrital Centro” voltado para profissionais de toda a cidade de Porto Alegre, que foi realizado em 2008, para abordar a relevância do Programa de Interconsulta, do qual participaram, em mesa-redonda realizada neste evento, profissionais da área de saúde mental (uma psicóloga) e da rede básica (um médico de família e comunidade e clínico geral) para relatar a atividade de Interconsulta realizada em uma região de Porto Alegre, com o propósito de incentivar outras regiões e serviços da cidade a implementarem ou aprimorarem esta prática. Registro, também, que se realizou, ao longo do ano de 2009, o “Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental na Atenção Básica”, dirigido a profissionais dos serviços de saúde mental e também da rede básica, desenvolvido com várias turmas de profissionais, tendo sido esse realizado com o apoio financeiro do Ministério da Saúde e planejado em conjunto com o *Grupo de Trabalho de Matriciamento* e a Assessoria de Planejamento da SMS. O curso foi desenvolvido em dois módulos, totalizando 120 horas, sendo 48 horas de atividades teóricas presenciais, 8 horas de atividades de ensino à distância, 32 horas de atividades práticas integradas e 32 horas de supervisão. Eu os registro por entender

³⁰ Em janeiro de 2008 foi aprovada a Portaria Nº 154/2008, que criou os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) com equipes multiprofissionais para dar apoio e complementar o trabalho da rede básica, em especial da saúde da família. Nestas equipes devem participar profissionais de diversas áreas da saúde, inclusive da saúde mental, como médicos (psiquiatras, ginecologistas e pediatras), psicólogos, professores de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais. Os NASF são equipamentos cuja criação é sugerida pelo Ministério da Saúde aos municípios, também para relacionar a atenção especializada (inclusive em saúde mental) e a rede básica. Tais Núcleos ainda estão em implementação nos municípios, mas, é possível dizer, que esse será mais um espaço de interlocução entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde, inclusive na área de saúde mental.

serem essas iniciativas que mostram a importância conferida ao tema pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre e pelo Ministério da Saúde, que financiou o curso, sendo que além dessas ações, foram criados, em 2008, quatro Grupos de Trabalho (GT)³¹ na área de saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde, sendo um deles o GT de Interconsulta, que, em 2009 passou a se chamar de GT de Matriciamento.

Para esclarecer sobre os níveis de complexidade dos serviços do SUS, cabe indicar que, já há algum tempo, implementou-se um fluxo que determina que qualquer pessoa que deseje ou precise ser atendida em alguma especialidade deve, em primeiro lugar, ir a um posto de saúde (Programa de Saúde da Família ou Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde) mais próximo à sua casa para se submeter a uma avaliação inicial.³² Nesse serviço, é feita uma avaliação preliminar da situação do paciente, bem como intervenções e/ou, quando necessário, encaminhamentos a outros profissionais ou serviços especializados. Dessa forma, os serviços de saúde estão organizados em níveis de complexidade, a Atenção Primária ou Atenção Básica é efetivada pelos postos de saúde, podendo esses ser de dois tipos: se forem Unidades Sanitárias, nelas podem atuar profissionais de medicina clínica geral, ginecologia e pediatria, de enfermagem, odontologia e técnicos de enfermagem. Se o posto de saúde for *Programa de Saúde da Família* (PSF) ou *Estratégia de Saúde da Família* (ESF, denominação mais recente dos PSF), estes possuem uma equipe menor, composta de médico de família, enfermeiro, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. À rede básica ou Atenção Primária cabe atendimentos primários em saúde e o encaminhamento do paciente, quando necessário, para a Atenção Secundária, na qual se encontram os serviços especializados de atenção à saúde mental, AIDS/DST, especialidades médicas como neurologia, dermatologia, cardiologia, entre outras – ou Terciária. A Atenção Terciária é realizada pelos hospitais e pronto-atendimentos e volta-se ao atendimento das situações agudas de crise.

Na prática da Interconsulta, assim como na do Matriciamento³³, que acontece em alguns serviços de Porto Alegre e em outras cidades brasileiras, encontram-se

³¹ Os GTs criados foram: GT de infância, GT de adultos, GT de Álcool e Drogas e GT de Interconsulta que depois passou a se chamar GT de Matriciamento.

³² Este funcionamento está dentro dos princípios do SUS de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência e é responsável pela saúde de uma população de uma região. Os serviços especializados são menos numerosos e são referência especializada para vários serviços de menor complexidade da rede básica.

³³ Cabe esclarecer que tanto a Interconsulta quanto o Matriciamento podem acontecer em qualquer área da saúde: seja na área de fisioterapia e reabilitação, nutrição, etc, não só na área de saúde mental.

profissionais do serviço de saúde mental da área da psiquiatria e/ou psicologia e/ou assistência social ou outros, e os profissionais da rede básica (clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e/ou outros). É importante indicar que o formato deste encontro varia, pois, em algumas regiões, os profissionais da rede básica vão ao serviço de saúde mental, enquanto em outras os profissionais da saúde mental vão até a rede básica. No entanto, nos dois casos, é função principal destas práticas de encontros interdisciplinares propiciar que diferentes profissionais conversem sobre os casos para pensar a melhor forma de assistência, embora possam ser realizadas outras atividades e embora ocorram algumas diferenças entre estas duas práticas, como veremos a seguir nos documentos. Nessas discussões, a partir da avaliação feita em conjunto, os profissionais da saúde mental podem orientar os profissionais da rede básica a tentarem alguma nova intervenção junto ao paciente, seja essa medicamentosa, seja essa de escuta mais detalhada e acompanhamento longitudinal do caso, ou podem avaliar a necessidade de encaminhamento imediato do paciente para tratamento especializado no serviço de saúde mental. Objetiva-se, assim, como destacam os documentos, articular serviços da saúde de diferentes níveis de complexidade pela constituição de uma rede de atenção à saúde mental, que envolva os diversos serviços que atendem o paciente e o conhecem, pois, comumente, estes serviços e profissionais não possuem nenhuma vinculação ente si. Além disso, como os documentos destacam, objetiva-se pensar em serviços da rede mais ampla, fora do âmbito da saúde, tais como os de assistência social ou da educação, por exemplo, propiciando a intersetorialidade entre diferentes instituições sociais na abordagem de algumas situações que demandariam mais do que as ações apenas restritas à área da saúde.

Destaco, mais uma vez, que um dos propósitos que orientaram meu estudo foi averiguar como os profissionais da área de saúde mental - aos quais se atribui um saber especializado - e os profissionais que trabalham na atenção básica atuam, buscando relacionar a saúde mental e a saúde (tomada em uma acepção mais ampla), e como atuam as práticas que postulam tal encontro na direção de promover a busca da integralidade e da interdisciplina propostas nos documentos. Além disso, também busquei ver como através dos documentos que orientam tal prática da Interconsulta e do Matriciamento se busca educar os profissionais da área da saúde mental e os profissionais que trabalham na rede básica para articularem saúde mental e saúde. Então, dispus-me, igualmente, a pensar sobre como se ensina e se aprende a atuar em conjunto nessas mesmas situações de Interconsulta e Matriciamento, e, também, sobre o

tipo de relações de convergência e divergência que nelas ocorre. Ou seja, busquei ver como nessa prática tem sido colocada em operação a referida ação integral, definida como capaz de abordar as dimensões *bio psico social* ou o “físico, mental e social”, algumas vezes referida como o discurso da integralidade, ao garimpar discursos e estratégias que produzem, estabelecem e articulam as relações entre essas áreas.

7.1 DOCUMENTO 1 - O ANEXO DA PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE CAPS, INTITULADO “SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS”

Passo a seguir, a examinar mais detidamente os documentos selecionados para a análise. Começo pelo Anexo, que se intitula “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte do Documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004a). Este Documento pertence à “Série F. Comunicação e Educação em Saúde”, do Ministério da Saúde, e possui 84 páginas³⁴.

Na apresentação da publicação como um todo (mas não do Anexo, que focalizei em maior detalhe), o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, endereça esta publicação a “gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS”, destacando que essa poderá ajudá-los a saber um pouco mais sobre os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), sua integração com a rede de saúde e a sua relação com a rede básica entre outros temas. Também consta, que o objetivo da publicação é consolidar os CAPS, enquanto instituições estratégicas no processo de reforma psiquiátrica. A publicação como um todo apresenta impressão colorida, com quadros e tabelas em diferentes cores e com reprodução de pinturas coloridas e esculturas em barro que supõe-se serem de pacientes, mas cuja identificação não foi procedida. Entre os anexos da publicação consta a Portaria 336 de 2002, que legisla sobre a organização dos CAPS, bem como um capítulo intitulado “Como organizar um CAPS na minha cidade?”, além de outros capítulos, incluindo o que vou analisar, que tem oito páginas.

³⁴ Este documento apresenta-se em formato retangular, com capa mais dura que o restante das páginas que são em papel *couché*, o que lhe confere um acabamento com brilho e lisura maior que o papel comum, dando destaque ao material.

Nesse Anexo sobre a saúde mental e a atenção básica, o desenvolvimento da Estratégia de Saúde Família (ESF), os serviços substitutivos em saúde mental são colocados como um “progresso” alcançado através do SUS. Seu texto traz estimativas da porcentagem da população que necessita cuidados contínuos em saúde mental (3%), bem como da que necessita de atendimento eventual (9%) e da que possui transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (8%).

Lembro, aqui, que, tal como foi destacado por Foucault (1993), toda ação de governamento inclui conhecimentos prévios acerca da população que se pretende seja conduzida aos ideais e valores para ela definidos pelo Estado, advindo, talvez, disso a necessidade de gerarem-se estatísticas e estimativas de instituições, tais como as procedidas pelo Ministério da Saúde. Cabe registrar, ainda, que um dos discursos que compõem os jogos de verdade instituídos para o campo da saúde pública, nos dias atuais, coloca a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os serviços substitutivos ao manicômio como um progresso alcançado neste campo, discurso esse que perpassa as propostas contidas em documentos internacionais, tal como indiquei no capítulo 3. Indico, também, que a forma desse Documento realizar a estimativa e indicar a prevalência de determinados problemas de saúde mental na população considerada, também mostra uma especificidade, pois nele utiliza-se uma classificação baseada no tipo de atendimento que o Ministério pressupõe necessitar essa população (explicitado ora como contínuo, ora como eventual) considerando, também, o uso prejudicial de álcool e drogas. É interessante indicar que neste Documento não há referência ao saber psiquiátrico e às suas classificações dos “transtornos mentais”, tal como comumente se faz ao apresentarem-se as epidemiologias na área de saúde mental.

O Documento ressalta que a saúde mental deve realizar-se dentro de uma “rede de cuidados” (BRASIL, 2004a, p. 78), que inclui diferentes espaços: não só os serviços especializados em saúde mental como os CAPS, que são estratégicos dentro da Reforma Psiquiátrica, mas, também, a Atenção Básica, os ambulatorios, as residências terapêuticas, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. E onde houver CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental, os membros das equipes de saúde mental farão o “apoio matricial” às equipes da Atenção Básica.³⁵ Inclusive consta neste Anexo, que os profissionais dos serviços de

³⁵ Neste Anexo também consta que em municípios onde o número de CAPS é insuficiente para realizar o apoio matricial pode-se implantar equipes de apoio matricial ou expandir o número de CAPS. A equipe

saúde mental devem abrir a possibilidade de disponibilizarem formas de contato para “demandas inesperadas e intercorrências” (ibid, p. 80).

Registro, ainda, que as proposições contidas neste Anexo partem da constatação de que grande parte das pessoas com transtornos mentais leves já está sendo atendida na Atenção Básica, especialmente as queixas psicossomáticas, o abuso de álcool e drogas, os transtornos de ansiedade menos graves, entre outros. Devido a proximidade do posto de saúde com as famílias e a comunidade, já que este se situa dentro das comunidades, este Documento considera a Atenção Básica como um “recurso estratégico” para enfrentar “os agravos” na área de saúde mental, mas ressalta que nem sempre esta apresenta capacitação e pessoal para desenvolver “uma ação integral” (BRASIL, 2004a, p. 79).

O Documento considera que

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. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. (BRASIL, 2004a, p. 79)

Ou seja, este Documento articula saúde mental e saúde tornando-os indissociáveis e, para que isso aconteça, é nele proposta a articulação entre saúde mental e Atenção Básica e a formulação de “diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental” (Brasil, 2004a, p. 79) nas políticas da Atenção Básica, buscando a promoção da “equidade, da integralidade e da cidadania...” (p. 78). Ou seja, o Documento associa saúde mental à dimensão subjetiva e propõe, ainda, que a articulação entre saúde mental e Atenção Básica se fundamente nos seguintes princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica:

a noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BRASIL, 2004a, p. 79).

mínima para apoio matricial deve ser de um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, etc) e auxiliares de enfermagem, para servirem de referência para no mínimo seis e no máximo nove equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes.

Além disso, também está proposta a articulação com outras políticas específicas e o “estabelecimento de vínculos e acolhimento” (p. 79).

Registro, então, que a idéia de que a saúde mental seja incluída também nas ações da rede básica vai ao encontro da Declaração de Caracas (1990), já citada anteriormente, bem como dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que postula a não segregação do doente mental, bem como a inclusão deste na comunidade mais ampla e nos serviços mais próximos de onde reside. Também vai ao encontro da Declaração de Alma-Ata (1978), que pregou a valorização dos cuidados na Atenção Primária e da realização de intersetorialidade entre saúde e educação, assistência social e outros setores institucionais. Também vai ao encontro de princípios do SUS, tais como a busca da integralidade - a idéia de integrar serviços, profissionais e ver a pessoa de forma a não apreciar somente seus aspectos orgânicos. Aliás, registro desde já, que estes princípios foram também invocados nas considerações feitas por vários entrevistados, que referiram serem estes os norteadores das suas práticas.

O Anexo inclui a história de vários eventos, que já trataram da “inclusão” da saúde mental na rede básica, tendo ocorrido o primeiro deles em 2001, afirmando deles terem decorrido as diretrizes que orientaram a criação do Apoio Matricial. Leio a inclusão de tal referência, nesse Documento, como uma forma do Ministério indicar que, já há algum tempo (desde 2001), procede-se a uma avaliação relativamente à inclusão da saúde mental na saúde mais ampla e na rede básica, tal como abordei nos capítulos iniciais.

Destaco ainda que, neste Documento, o Apoio Matricial é referido como um “arranjo organizacional”, que visa fornecer um “suporte técnico” (BRASIL, 2004a) às ações básicas e, no qual,

a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica. (BRASIL, 2004a, p.80)

Também está proposto no Anexo, que municípios com menos de vinte mil habitantes, que não tenham CAPS, organizem o Apoio Matricial e que sejam tomados

como indicadores de saúde mental, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), aspectos tais como: percentual de pessoas acompanhadas na rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas por faixa etária e sexo; número de pessoas identificadas com problemas psiquiátricos graves por faixa etária e sexo; número de pessoas egressas de internações psiquiátricas que são acompanhadas pela rede básica; prevalência de transtorno mental por sexo e faixa etária; número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica por faixa etária e sexo; percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica por faixa etária e sexo.

Cabe, então, indicar, que tanto as estimativas e as práticas epidemiológicas, quanto os indicadores são formas de quantificar os dados sobre as incidências de problemas em saúde mental e de torná-los visíveis. Assim, a proposta de inclusão de dados relativos à saúde mental na rede básica pode ser vista como uma proposta de inclusão da saúde mental na rede básica, sendo importante salientar que, de várias formas, se têm afirmado que o que não é visto, registrado, computado não “existe”, enquanto realidade. Então, indagar pelo dado e criá-lo implica criar a realidade e a necessidade de atender a saúde mental na rede básica.

Retomando o Documento (BRASIL, 2004a) ressalto que, no Apoio Matricial, as equipes de saúde mental fazem ações de “supervisão”, “atendimento em conjunto” com a Atenção Básica e “atendimento específico”, além de participar das iniciativas de “capacitação” (p.81). Além disso, nele se considera, ainda, que as equipes de apoio matricial devem trabalhar “na linha da formação continuada e em serviço” (p. 82), discutindo casos e textos, e não como capacitações pontuais.

Aqui o Documento define as táticas e estratégias que devem ser utilizadas no Matriciamento pelos profissionais de saúde mental: a supervisão, o atendimento conjunto, o atendimento especializado específico do profissional de saúde mental e a realização de capacitações, tendo em vista a idéia de um processo educativo continuado. O Documento também cita a disponibilização de alguma forma de contato (telefone celular, por exemplo) do profissional de saúde mental para intercorrências. Outro aspecto a considerar diz respeito ao uso do verbo no tempo presente - “as equipes de saúde mental fazem” (p.81) – o que me parece constituir-se numa forma de salientar que o Apoio Matricial é uma prática que já está acontecendo, mesmo que seja importante indicar ser essa ainda, nos dias de hoje, uma prática em construção. Aliás, em 2004 - data de organização do Documento -, o Apoio Matricial era uma prática ainda mais

incipiente, sendo, em muitos lugares, até inexistente. Então, ao colocar-se o verbo no tempo presente o Documento confere consistência a uma prática que ainda não está totalmente estabelecida e, ao mesmo tempo indica, *como é e como deve ser* essa prática, exercendo, também, controle, regulação e governo através dela. Pode-se dizer que pretende-se processar, através do e no Documento, ações de governmentação, que atuam na direção de enfatizar a importância da realização do Matriciamento, identificando-se, ainda, essa prática com a possibilidade de alteração de práticas mais antigas que se pressupõe sejam pouco apropriadas.

No Anexo (BRASIL, 2004a) refere-se, também, que a equipe de saúde mental e a rede básica devam ter as seguintes responsabilidades compartilhadas: priorizar transtornos mentais severos e persistentes, prevenir o uso abusivo de álcool e de outras drogas, bem como evitar que os pacientes egressos de internações psiquiátricas voltem a ser internados, estimular o atendimento de pacientes nos CAPS, atender tentativas de suicídio e, também as vítimas de violência doméstica intradomiciliar; discutir casos identificados pela Atenção Básica, ampliando a clínica e incluindo questões subjetivas; criar estratégias comuns de abordagem dos problemas citados; evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais; difundir uma cultura de assistência não manicomial e de não segregação da loucura; mobilizar recursos comunitários para reabilitação psicossocial na comunidade; priorizar abordagens coletivas e de grupo para atenção em saúde mental na rede básica e comunidade; adotar estratégia de “redução de danos” para manejo das situações envolvendo álcool e drogas; e trabalhar o vínculo com famílias.

Embora todo o Anexo tenha um tom descritivo-prescritivo, tal como ficou registrado nas transcrições que fiz, em parágrafos anteriores, nas quais são ressaltadas as responsabilidades da equipe de saúde mental e da rede básica, é possível indicar o predomínio de um “tom” normativo, em função das muitas determinações sobre como devem proceder os profissionais de ambos os serviços, bem como as responsabilidades que devem compartilhar e as prioridades a elencar. Procede-se a uma normatização do trabalho estabelecendo-se um dever-ser ao profissional, determinando modos de gerenciar o trabalho, de definir prioridades e de atender. Desta forma, programam-se condutas, como referiu Foucault (2006c), ao discutir a noção de prática, indicando-se o que se *deve fazer* e o que se *deve saber*, a partir dessas ações. Poderia-se dizer, então, que as práticas veiculadas no Documento operam como pedagogias que atuam na produção de um sujeito profissional da saúde mental que, nesta prática interdisciplinar,

desenvolvida ao lado dos profissionais generalistas, deverá transmitir seu saber especializado, associar-se aos demais colegas na realização do atendimento conjunto, bem como estar disponível para eventuais chamados emergenciais e para capacitações e ações de formação continuada. Já para os profissionais da rede básica, o Documento propõe a ampliação de sua clínica para que nela se incluam, necessariamente, aspectos subjetivos na assistência à saúde mais ampla, conforme o excerto já abordado anteriormente ressalta, bem como que seja ampliada a sua clínica, através da realização de abordagens coletivas e de grupos, e da reabilitação psicossocial na comunidade por intermédio de articulações intersetoriais. Deste modo, ampliaria-se, também, a capacidade deste profissional dar resposta aos problemas relativos à saúde mental. Entendo, então, haver predomínio, no Documento, de dois discursos: o que salienta a importância das ações interdisciplinares; e o que configura a necessidade de ações integradoras, os quais se direcionam tanto aos profissionais da rede básica, quanto aos da saúde mental. A proposta central é que se produza um sujeito profissional que divida responsabilidades com seus colegas, e também com outras instituições, que não somente as da saúde. Em relação ao usuário do SUS, pode-se dizer que as práticas terapêuticas programadas visam a sua inserção na comunidade, bem como a sua transformação em um sujeito autônomo, que tenha reconhecidas sua singularidade e subjetividade – propõe-se a formação de um cidadão -, em vez da sua segregação em instituições manicomiais. Argumento, assim, que as ações indicadas/propostas no Documento são táticas a serviço do governo, principalmente dos profissionais da saúde e dos usuários, na direção da produção de uma nova forma de estruturar seu trabalho.

7.2 DOCUMENTO 2 – A CARTILHA DO HUMANIZASUS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, INTITULADA “EQUIPE DE REFERÊNCIA E APOIO MATRICIAL”

Outro documento examinado, e também produzido sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, foi o “HumanizaSUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b), que faz parte de uma série de Cartilhas (cada qual com um tema)³⁶,

³⁶ As outras cartilhas da Política Nacional de Humanização/ HumanizaSUS (BRASIL, 2010) e as suas respectivas datas de última edição, são:
Acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência. 2009

também elas editadas pelo Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de Humanização (ou HumanizaSUS). Apesar deste documento não tratar da saúde mental em específico, ele foi examinado porque nele se define o que deve ser entendido como Apoio Matricial, bem como a forma como esse apoio pode ser realizado por serviços especializados de diferentes áreas, inclusive os de saúde mental.

Explicito que as cartilhas do HumanizaSUS fazem parte de uma série chamada “Série B. Textos Básicos de Saúde”. A Cartilha caracteriza-se por seu formato quadrado e pequeno, tal como um livro de bolso, em suas páginas há fotografias coloridas de rostos e dorsos de pessoas de diferentes raças, idades e sexos –, lembrando a diversidade da população brasileira e dos usuários do SUS. No seu interior, destacam-se alguns trechos do texto em coloração diferente, ao que parece, com o intuito de permitir uma leitura mais didática e orientada. É importante registrar que todas as cartilhas da Política Nacional de Humanização (PNH) especificam, na sua Introdução, terem “função multiplicadora”, voltada à disseminação das “tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde”, a partir de experiências do “SUS que dá certo” (BRASIL, 2004b, p.4). Além disso, nelas faz-se a reafirmação dos princípios do SUS, que por si já propõem mudanças no Sistema de Saúde, tal como está registrado no Documento. Também é interessante registrar que, por ter esse Documento o formato de uma cartilha, ele está escrito de maneira simples, direta e sintética, oferecendo exemplos de casos e de situações relativas ao tema, dando destaque a alguns trechos do texto, ao que parece para facilitar a leitura, orientando-a e, assim, tornando-a mais rápida, buscando sintonizar-se com o profissional da saúde e aproximar-se da sua experiência prática. Lembro que no dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008), a palavra cartilha é definida como 1) livro para aprender a ler e 2) como um compêndio elementar. Então, parece ser possível dizer que estas cartilhas são um mini compêndio que resume as

Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2006

Ambiência. 2007

Clínica ampliada e compartilhada. 2009

Gestão e formação nos processos de trabalho. 2004

Gestão participativa e co-gestão. 2009

O HumanizaSUS na atenção básica. 2009

Redes de produção de saúde. 2009

Trabalho e redes de saúde. 2009

Grupo de trabalho de humanização. 2006

Visita aberta e direito a acompanhante. 2007

O dia em que o SUS visitou o cidadão (cordel). 2004

Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico – esta cartilha foi criada em 2004 mas não está atualmente sendo ofertada para *download* nesta lista do *site* do Ministério da Saúde.

Endereço do *site*: <http://redehumanizasus.net/node/57>

ideias que norteiam os princípios da Política de Humanização e do SUS e que se propõem a ensinar tecnologias de trabalho, fornecendo ferramentas aos profissionais e aos gestores na saúde pública para humanizar suas ações. Ela também pode ser vista como um documento de consulta permanente, de fácil acesso e no qual estão destacados alguns princípios, diretrizes e ações da Política Nacional de Humanização a serem implementados.

Como a Cartilha HumanizaSUS ressalta, este projeto visa “o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS” (ibid, p. 4). Disso se depreende ser um dos objetivos desta Cartilha reafirmar e validar o SUS e seus princípios, além de objetivar modificar o modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, sendo essa política caracterizada como de humanização, ao colocar em destaque os seguintes valores:

autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão, a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004b, p.4).

Autonomia, protagonismo e atitude de responsabilidade compartilhada são, então, qualidades esperadas para este “novo” profissional. Além disso, em relação ao que busco indicar nesta Tese, cabe referir que esta Cartilha considera a equipe de referência e o Apoio Matricial como “ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão” (BRASIL, 2004b, p.14). Na Cartilha considera-se que a reforma e ampliação da clínica, bem como as práticas de atenção integral à saúde - também propostos no documento do Anexo (BRASIL, 2004a) - dependem do estabelecimento de “novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços” (p.5). Segundo esta Cartilha, quando as decisões são tomadas apenas pelos profissionais que estão nos cargos mais altos da hierarquia, ou quando nelas há o predomínio dos interesses de corporações profissionais, isso tende a gerar uma organização do trabalho descomprometida, bem como falta de interesse nos trabalhadores, tendo implicitamente como conseqüência a desumanização do trabalho e da assistência, daí a ênfase no protagonismo e na divisão de responsabilidades, que acima registrei. A partir dessas proposições, então, o documento salienta que:

Para evitar tais tendências é preciso investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde. É preciso criar novas formas de organização, novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos. Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação

que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. (BRASIL, 2004b, p.6)

Como se pode depreender deste excerto, o discurso da mudança, que perpassa também o documento do Anexo (BRASIL, 2004a) já analisado, está (re)enunciado nesta Cartilha. E são as equipes de referência e o Apoio Matricial que representam esses novos arranjos, configurados na Cartilha como capazes de proporcionar relações de troca de informações entre os profissionais e desses com os usuários do sistema de saúde.

O “tom” do texto dessa Cartilha é, inclusive, em vários momentos, de apelo aos seus leitores para que modifiquem o que o texto registra não estar bem, pois reitera-se que “é preciso” modificar o que está posto. E isso envolveria, segundo está destacado no Documento, modificar inclusive a “cultura” organizacional e do trabalho tida como vigente, pois nessa há “falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde”, o que levaria ao não oferecimento de “um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (BRASIL, 2004b, p.6). Tudo isso seria, então, possibilitado pelo novo arranjo do modelo apresentado.

Então, caberia perguntar, que modelos são prescritos como ideais para as ações em saúde nesta publicação? Alguns dos elementos deste modelo são, tal como já indicado no excerto, a idéia de transversalidade e de democracia, que se relacionam à participação dos trabalhadores na organização dos processos de trabalho em substituição à forma centralizada e hierárquica de tomada das decisões, de burocratização e corporativismo profissionais, assim como a uma deficiente troca de informações com os usuários. A transversalidade apontada implicaria, também, a idéia de troca transdisciplinar entre trabalhadores e em seu posicionamento como corresponsáveis pela construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, com valorização das diferentes profissões da área da saúde. Pode-se “ler”, nesta proposta, o intuito de governo das condutas dos profissionais, dos gestores e dos próprios usuários do Sistema, pois o documento se dirige também a esses. O texto configura explicitamente os profissionais da saúde e seus gestores, de vários modos, como co-responsáveis, ao lado do Ministério da Saúde, órgão responsável pela organização deste Documento, por este projeto político que objetiva modificar as práticas na saúde e reafirmar a importância e a necessidade do SUS. Como está destacado no texto, o SUS já traz em seus princípios uma proposta de mudança, por ser ele fruto da Reforma Sanitária, que se propunha a

reformular a saúde pública, tal como já indiquei na seção 3.2 deste estudo. Cabe lembrar, no entanto, que o SUS é comumente criticado pela mídia, a maior parte das vezes de forma parcial e unilateral, referindo-se, por exemplo, os hospitais lotados e as macas nos corredores sem abordar muitas vezes as causas desta situação³⁷, mas dificilmente se aborda aspectos que poderiam ser vistos como positivos do Sistema de Saúde vigente como, por exemplo, a ampla rede de postos de saúde de algumas cidades que prestam uma importante assistência à população. Aliás, tal visão crítica também é bastante presente entre os próprios profissionais que muitas vezes desvalorizam o próprio trabalho na saúde pública. Nesse sentido, estou entendendo que objetiva-se, através de Cartilhas como essa, operar na direção de promover novas subjetivações nos profissionais que atuam na saúde pública, no sentido de fazê-los enxergar o “SUS que dá certo” e, assim, defender suas propostas e modelo de atuação.

A equipe de referência é definida na Cartilha como uma equipe que deve se responsabilizar pela atenção integral ao usuário para quem ela é referência (ela pode ser referência para uma população de uma determinada região tal como acontece nos postos de saúde, ou dentro de uma instituição grande pode haver várias equipes de referência que se responsabilizam por certos pacientes, por exemplo). A palavra referência, além de ser utilizada para denominar o posto de saúde como equipe de referência, também é utilizada para denominar o serviço especializado em saúde mental como “serviço de referência/ especialidades” (p.11). Segundo o Documento, estas equipes deverão ser multiprofissionais e transdisciplinares, sendo que nelas cada profissional não deve trabalhar preocupado com “sua” parte sem haver uma “costura” (p. 7) das diversas intervenções num projeto terapêutico. Ou seja, é possível ver-se no Documento uma crítica a intervenções pautadas em abordagens consideradas fragmentadas que acreditam

que o sujeito pode ser fatiado em pedaços e reduzido a diagnósticos, por abordagens profissionais diferentes, e que no fim da ‘linha de produção’, depois que cada profissional apertou um parafuso, chegar-se-á num usuário integralmente atendido e com seus problemas resolvidos. Não é o que acontece. (ibid, p. 7).

³⁷ Isso se deve, inclusive, devido a falta de serviços de saúde e hospitais nas cidades do interior, ocasionando, dessa forma, o afluxo de pacientes para os serviços das capitais.

O discurso que orienta tais práticas é o da transdisciplinaridade - embora não seja explicitado nesta Cartilha com que conceito de transdisciplinaridade se trabalha³⁸ - e o Documento critica posições que norteiam certas intervenções, ainda em curso na saúde pública brasileira, propondo-se a implantar um modelo de trabalho que exige colaboração e ações conjuntas a serem executadas por profissionais com diferentes formações, que atuam na área da saúde, ações essas configuradas no documento como transdisciplinares. Aliás, ao descrever o funcionamento das equipes de referência, faz-se também, no Documento, a prescrição de como essas devam funcionar da forma considerada adequada. E isso implica, tal como está indicado na Cartilha, que as equipes de referência devam encontrar tempo para se reunir e discutir os projetos terapêuticos a partir dos diferentes olhares profissionais sobre o doente, num clima democrático onde todas as profissões seriam valorizadas de acordo com “os resultados”, que cada profissional ou cada área possa oferecer como contribuição, o que envolveria não uma valorização igual a todos, mas a valorização obtida a partir dos resultados que apresenta. Essa perspectiva se coloca em substituição a práticas de valorização apenas das profissões que já possuem um “*status*” historicamente legitimado. Alega-se, inclusive, no texto da cartilha, que “estas diferenças permitem enxergar caminhos para o projeto terapêutico” (BRASIL, 2004b, p. 10) que, de forma isolada, dificilmente seriam encontrados.

Ou seja, é feita na Cartilha uma crítica ao modelo biomédico, que valoriza, de forma destacada, o saber médico e no qual os profissionais e os serviços trabalham de forma separada/isolada em relação aos problemas de um mesmo paciente, registrando-se sempre e repetidamente que se faz necessário, nesse novo modelo, integrar as ações. Então, neste modelo de ação em saúde, dá-se destaque a valores tais como a democracia, como já indiquei, sendo a participação e a valorização das diferentes profissões configuradas como necessárias a uma gestão democrática, e não mais centrada nos procedimentos profissionais, mas sim no atendimento adequado e integral dos usuários.

Segundo a Cartilha, cabe à equipe de referência a responsabilidade por seus pacientes e a criteriosa seleção de seu encaminhamento aos serviços especializados, solicitando, quando necessário, o Apoio Matricial a serviços de referência/especialidades, como, por exemplo, o serviço de saúde mental. Então, a equipe de

³⁸ Isso é explicitado em outra cartilha que trata do prontuário transdisciplinar (BRASIL, 2004c).

referência, tal como ocorre no caso do Programa de Saúde da Família, ou da Unidade Básica de Saúde, pode organizar, em conjunto com o serviço especializado, um projeto terapêutico singular para cada paciente. Então, os serviços que dão Apoio Matricial constituem-se, assim, em referência especializada para os usuários do serviço de referência da rede básica e também para o próprio serviço, segundo a Cartilha. Ou seja, a equipe que faz Apoio Matricial é referência para auxiliar os próprios pacientes do serviço da rede básica como também os profissionais dos Programas de Saúde da Família (PSF) ou das Unidades Sanitárias (US). Assim, faz parte do Apoio Matricial: auxiliar quando necessário na elaboração do projeto terapêutico dos pacientes, participar de reuniões de equipe do serviço de referência para discutir estes projetos terapêuticos e também transmitir conhecimentos para as equipes lidarem com casos mais simples ao “fazer seminários [...], realizar atendimentos conjuntos, disponibilizar contatos para situações emergenciais, etc” (BRASIL, 2004b, p. 12). Como a Cartilha destaca, “o Apoio Matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência” (ibid, p. 13). O Documento diz, também, ser essa uma prática transdisciplinar capaz de evitar os “encaminhamentos intermináveis”, propondo-se a “superar a velha idéia de encaminhamento (referência e contra-referência)” (p. 12), além de valorizar a construção do “vínculo terapêutico e a responsabilização (definição de responsabilidades) das equipes” (p. 14), colocando o tratamento mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem a mais tempo. Além disso, o Documento considera que ao possibilitar a troca entre profissionais, há benefícios no conjunto das intervenções terapêuticas e um melhor acompanhamento de cada usuário do sistema de saúde.

Seria possível registrar, então, que continua a ser valorizado o saber especializado e a transmissão deste conhecimento, juntamente com o saber daqueles que conhecem o paciente há mais tempo – como é o caso dos profissionais dos serviços de referência da rede básica, que conhecem e acompanham a trajetória de saúde e doença dos pacientes e das famílias, que residem em determinada região, e que recorrem, corriqueiramente, ao atendimento prestado nos postos de saúde.

Além disso, a introdução da nomenclatura “equipe de referência” na linguagem da Cartilha para designar serviços anteriormente denominados apenas de postos de saúde, por exemplo, pode ser vista como mais uma forma de fortalecer a idéia de uma equipe que seja responsável pelo paciente, o que não deixa de ser uma tática posta em ação,

definindo o papel dos sujeitos e dos serviços que integram o Sistema Único de Saúde. Ou seja, essa denominação pretende também superar ações de desresponsabilização associadas a encaminhamentos freqüentes, registrados como desnecessários, aos serviços especializados. Também a equipe de Apoio Matricial é chamada de “serviço de referência/ especialidades” (p. 11), enfatizando-se, assim, a sua responsabilidade diante da equipe de referência da rede básica, tanto com o serviço, quanto com os pacientes do mesmo. Detenho-me em comentários sobre a utilização deste termo, por considerar que, tal como Foucault (2007b) indicou, uma análise discursiva deva destacar os recortes, as classificações e os tipos institucionalizados, pois eles são “categorias reflexivas” ou “fatos do discurso que merecem ser analisados ao lado dos outros [...]” (FOUCAULT, 2007b, p. 25). Mas, especialmente, por considerar que a inscrição de tais denominações implicam ações e estratégias de governo das populações, que, nesse caso, dizem respeito aos profissionais de saúde, os gestores e os próprios usuários desse Sistema.

Seria possível dizer até, que atravessa o texto da Cartilha um discurso que propõe uma programação de condutas (Foucault, 2006c), um dever-ser, um modo de produzir uma forma de funcionamento do trabalho em saúde que modifica o usual fluxo de encaminhamentos, e que também contém descrições e faz prescrições na direção de configurar um ideal de atendimento, que se materializa nas noções de *equipe de referência* e de *apoio matricial*. E essa prescrição acerca do que se “deve ser” se ampara em discursos que tomam como verdade a efetividade da interdisciplina, da democracia e das relações horizontais. Ao determinar como deve ser o trabalho na saúde, esses documentos regulam também a identidade dos profissionais de saúde, prescrevendo-lhes o que é legítimo pensar e fazer em suas práticas. Esse dever-ser almejado corresponde, então, justamente, ao que, muitas vezes, se poderia entender que ainda “não é” nas práticas da saúde, ou o que ainda está se constituindo, mas ainda não está consolidado; pois é importante indicar que, a rede básica, e principalmente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), tende a encaminhar muito frequentemente pacientes para os serviços especializados e atender pouco a saúde mental. Cabe indicar, ainda, que muitos serviços de saúde em funcionamento e seus profissionais não participam das reuniões de Interconsulta e não pedem Apoio Matricial, mesmo quando essas práticas já acontecem em sua região, sendo ainda comum não haver discussão do projeto terapêutico nem com colegas da própria equipe de referência da rede básica nem com os profissionais da equipe de Apoio Matricial, como informaram alguns dos entrevistados consultados neste estudo, como estarei abordando detidamente logo a seguir.

Ressalto ainda, que esta Cartilha localiza o seu leitor no lugar tradicional de profissional ou gestor que trabalha de forma fragmentada, isolada, desresponsabilizada e centrada nos procedimentos de cada área profissional, ao invés de centrar-se nas necessidades do usuário. A Cartilha tem o propósito de governar estes leitores/profissionais do sistema de saúde pouco envolvidos com os usuários e com o trabalho compartilhado e democrático em equipe, intentando servir como ferramenta para mobilizá-los a trabalhar de uma outra forma, oferecendo tecnologia e propostas para isso. Abundam na Cartilha os exemplos de como não se deve trabalhar, e esses remetem ao modelo tradicional biomédico de atendimento em saúde, como que visando buscar o espelhamento do profissional nas situações que estão relatadas. Aliás, o texto parece pretender incitar o leitor/profissional da saúde a identificar a sua prática com as práticas tradicionais que estão sendo descritas como não adequadas, para que assim possa modificá-la em direção à proposta de humanização, co-responsabilidade e participação apontada como ideal na Cartilha.

Parece ser possível indicar, ainda, que este Documento, bem como outros organizados pelo Ministério da Saúde, também analisados neste estudo, pretendem operar na subjetivação dos profissionais da saúde, bem como dos usuários, objetivando mudanças e transformações nas práticas profissionais e, destacando, com recorrência, a importância do compartilhamento de responsabilidades, bem como a busca de realização de ações interdisciplinares e a percepção, por parte dos trabalhadores, das limitações de suas áreas de conhecimento, reforçando o trabalho coletivo e em equipe. Além disso, neles se destaca a necessidade de passar-se a ver o sujeito-paciente de forma integral, ampliando-se, assim, as ações vinculadas à clínica. Ou seja, os textos contêm um discurso que salienta a necessidade de operarem-se mudanças tanto nas relações internas à organização do trabalho, quanto no modelo de atendimento médico-paciente processado na rede de saúde pública, objetivando a substituição das ações de profissionais subjetivados no modelo positivista e biomédico, que vêm apenas a doença, isolada de seu contexto, ou os aspectos biológicos do adoecimento, e que trabalham de forma isolada e separada dos demais profissionais da saúde, bem como de outros serviços do campo da saúde e outros setores institucionais.

A esse respeito, julgo oportuno lembrar considerações feitas por Lebrun (2009a) acerca de como se instaurou de forma generalizada, na modernidade, um modo de funcionamento social horizontal, que é bastante diferente da verticalidade, que tem a pirâmide como paradigma, referente ao modelo anterior. Cabe lembrar que tal modelo

vertical era calcado no pensamento religioso e patriarcal, que conferia autoridade a Deus, ao Papa, ao chefe, que eram lugares hierarquicamente assegurados no social. Em tal modelo, a hierarquia garantia a unidade, situação que se modificou com o advento da modernidade, a partir da qual a pluralidade passou a ser reconhecida, com suas convergências e divergências, bem como quando se passou a defender a contratualidade, a horizontalidade e a paridade democrática. Nos dias de hoje, como ressaltou Lebrun (2009a), é comum considerar-se que a ordem deve emergir do convívio entre os parceiros, que ela não está dada de antemão, esperando-se dos atores que estejam implicados e que não sejam apenas submetidos a uma ordem de comando. Seria possível dizer, então, que este modelo proposto para as ações em saúde, que está calcado na participação, na decisão pela discussão entre os pares, na transdisciplinaridade, no comprometimento, está orientado na direção de um discurso mais amplo, que permeia o social na atualidade, e que se contrapõe ao discurso biomédico hierárquico vertical, anteriormente referido. Ressalto, então, que este novo modelo está indicado de forma explícita no texto da Cartilha e também no texto do Anexo analisado.

Tal proposta, que envolve relacionar rede básica e serviço especializado de saúde mental, também anima as discussões em curso em nível municipal, conduzidas pela Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que adotou, em 2005, a proposta de Interconsulta como uma diretriz da sua política de saúde mental, tal como abordo a seguir.

7.3 DOCUMENTO 3 - A INTERCONSULTA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL 2005-2008

Esclareço que O “Plano de Saúde Mental 2005-2008”³⁹, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2005), utilizou o termo Interconsulta, ao invés da expressão Apoio Matricial, para nomear proposta semelhante a organizada em

³⁹ Este não é o último Plano Municipal de Saúde publicado pela Secretaria Municipal de Saúde até o momento do término desta Tese, mas foi escolhido por ser o documento vigente durante a realização da pesquisa e por tratar de forma detalhada o tema da relação entre serviços de saúde mental e rede básica – a Interconsulta. O último Plano Municipal de Saúde aborda pouco tal tema e foi aprovado em 2010 após eu já haver realizado as entrevistas.

nível nacional, e que objetiva relacionar serviço especializado de saúde mental e rede básica.⁴⁰ É possível dizer, então, que, embora tenham objetivos semelhantes, o Apoio Matricial e a Interconsulta possuem algumas diferenças na forma de gerir e de procurar governar as ações de saúde, que serão abordadas ao longo desta seção. Passo, a seguir, a focalizar o Plano de Saúde Mental citado.

Este Plano estrutura-se em torno dos seguintes eixos de direcionamento das ações em saúde mental que são a: “1) qualificação da Atenção Básica (através da Interconsulta); 2) ampliação da rede de serviços especializados; 3) promoção e desenvolvimento da intersetorialidade” (PORTO ALEGRE, 2005, p.8). Saliento que me interessou, especialmente, analisar o 1º sub-item desse documento, porém, como o tema da intersetorialidade, do 3º sub-item, é também abordado pelo Ministério da Saúde, optei por fazer apenas um pequeno comentário a respeito de como tal aspecto está focalizado neste Plano, que afirma almejar a “intersetorialidade e a transversalidade das ações como norteadoras das políticas públicas” (p.11). Também nele se afirma que, para possibilitar-se o cumprimento deste propósito é importante “compor uma rede que integre o poder Público, Iniciativa Privada e Terceiro Setor” (p. 11). Nesse aspecto, portanto, esse Plano difere da proposta do Ministério da Saúde, que não inclui nos textos analisados a Iniciativa Privada e o chamado Terceiro Setor na ação das políticas públicas em saúde, aspecto que parece decorrer de orientações gestadas por diferentes visões políticas, uma voltada para a melhoria do setor público, enquanto tal, sem parcerias privadas e outra que indica a iniciativa privada e o terceiro setor como devendo compor as ações públicas.

Este Documento cita pesquisas que indicam que 85% da demanda de saúde que chega à atenção primária é passível de resolução na atenção básica. Ou seja, o Documento ressalta a impropriedade de muitos encaminhamentos que são feitos aos serviços especializados. Já para a operacionalização da qualificação à rede básica, o Documento propõe a realização de uma “Educação permanente dos técnicos da Rede através do Programa de Atenção em Saúde Mental na Rede Básica - Interconsulta” (ibid, p. 8). Nota-se que, anteriormente, esta mesma atividade já foi chamada, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, de *consultoria* e *assessoria*, tal como está registrado no Documento divulgado em 1991 – “Proposta de Política de Saúde Mental para a cidade de Porto Alegre – Novembro/1991” (PORTO ALEGRE, 1991).

⁴⁰ Informo que este Plano de Saúde Mental 2005-2008, assim como o Plano Municipal de Saúde de 2010, foram aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, que faz parte do controle social do SUS.

O Programa de Interconsulta, da Secretaria Municipal de Saúde, volta-se então, como registra o documento que o apresenta, a auxiliar o “uso racional de tecnologia e de medicamentos” (PORTO ALEGRE, 2005, p.8), sendo fundamentado em um “melhor nível de evidência farmacológico-clínica”, o que é, também, preocupação, conforme cita o documento, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), objetivando melhores “conseqüências médicas e econômicas” (p. 9). Inclusive, propõe o Documento, a realização de treinamentos para o uso racional de medicações para profissionais não psiquiatras. O documento salienta o que é indicado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 apud PORTO ALEGRE, 2005) de que o uso irracional de medicamentos leva a “sofrimento desnecessário e morte, cronificação de processos agudos, além disso, a iatrogenia e internações hospitalares desnecessárias” (p.9). Também refere o Documento que o uso irracional de medicação “economicamente leva a um desperdício enorme de recursos e a indisponibilidade de medicamentos essenciais [...]” (p.9). Também nele se propõe a Interconsulta como forma de realizar o “acompanhamento de fluxos” entre a rede básica e os serviços especializados de saúde mental, criando uma maior “resolutividade no atendimento efetuado em saúde mental nas unidades básicas de saúde” (p.9), ao propiciar a “sistematização de recursos e serviços através da ampla implementação do sistema de referência, contrarreferência” (p. 9) e a diminuição no tempo de espera para a realização da consulta especializada. Relativamente à qualificação da atenção em saúde mental na rede básica, o Documento também propõe a “construção de diretrizes clínicas e tratamento”, objetivando facilitar a orientação através da construção de “fluxos de decisão e tratamento” (p. 9) sobre o cuidado mais apropriado a ser destinado ao paciente. Feitos estes destaques, pode-se dizer que o Documento utiliza estratégias que procuram operar no governo de ações e de práticas qualificadas como de otimização das ações em saúde mental, na rede básica, tais como o treinamento para uso da medicação, a organização do fluxo entre serviços da rede básica e serviços especializados, a construção de diretrizes de tratamento.

Pode-se dizer que a preocupação expressa no Documento com o uso “racional” de medicações e com tecnologias do atendimento, pode ser associada ao que Larrosa (2002) referiu, ao discutir as práticas pedagógicas e terapêuticas, como uma forma *de ver, dizer e julgar*, pautada em “evidências”. Aliás, como destacaram Castiel; Diaz (2007), esse discurso das “evidências” considera que a “verdade” só pode ser buscada

no empírico, no que “é tangível, pois o que não é retido pelo filtro das evidências, ou tem importância secundária, ou, pior ainda, não existe” (p. 30). E essa modalidade de pensamento, segundo Cohen; Stavri; Hersh (2004, apud CASTIEL; DIAZ, 2007), tem buscado vigorosamente a hegemonia em relação a outras formas de conhecimento, além de pressupor ser possível observar de forma totalmente objetiva, independentemente da teoria e da visão do observador. Ainda segundo Castiel & Diaz (2007), o que é considerado evidência exclui informações relevantes ao conhecimento e à compreensão da situação de saúde, hierarquiza e valoriza os estudos experimentais e considera como secundárias ou desconsidera as informações qualitativas de caráter sociocultural, psicológico e sociopolítico. Os autores acima referidos (*ibidem*) apontam, ainda, ser restrita a utilidade da Medicina Baseada em Evidências, em casos individuais, em função das idiosincrasias de cada caso e, também, da ocorrência de manifestações atípicas de certas doenças que não são levadas em conta pelo discurso das “evidências”. E, segundo Cohen *et al* (2004, apud CASTIEL & DIAZ, 2007), não há “evidências” que assegurem empiricamente a eficácia superior da Medicina Baseada em Evidências em comparação à assistência de saúde aos pacientes baseada em outros enfoques clínicos não-evidenciológicos. Registro, então, que o discurso das evidências é também uma estratégia utilizada na Interconsulta, que procura atuar no governo das práticas em saúde e na sua modificação.

Registro que a noção de racionalização das práticas de atendimento, bem como de economia e de diminuição do “elevado custo assistencial” na saúde estão presentes no documento da SMS, quando se fala do “uso racional de tecnologia e de medicamentos” (PORTO ALEGRE, 2005, p.8), objetivando o alcance de melhores “conseqüências médicas e econômicas” (p. 9), como citei anteriormente. Mas esta preocupação em economizar não consta explicitamente nos dois documentos do Ministério analisados⁴¹, embora esteja implícita também nesses a preocupação em otimizar as práticas em saúde e a assistência em saúde mental. De qualquer forma, esta busca de otimizar as práticas e os custos, bem como os sujeitos profissionais e suas capacidades pode ser considerada como ligada ao governo, pois essa implica e é utilizada como racionalização procedida no exercício do poder. É possível dizer, ainda, que a argumentação voltada à busca de economia nos custos públicos fundamenta o exercício do poder estatal e é

⁴¹ Mas consta no site do Ministério da Saúde, já citado no cap. 3, a expressão custo-efetivo em relação à Atenção Primária à Saúde (APS). A palavra “custo” também consta na Declaração de Alma-Ata que considera que a APS tem um custo acessível principalmente para países em desenvolvimento.

utilizada no jogo de verdade que embasa as diretrizes norteadoras deste documento oficial da SMS.

Quanto à questão do fluxo de encaminhamentos entre a rede básica e os serviços especializados variados, e também serviços especializados de saúde mental, há um formulário chamado Documento de Referência e Contra-referência, utilizado pelos serviços de saúde, que serve para encaminhar pacientes para o serviço especializado (ação que se chama de referência) e também para o serviço especializado encaminhar de volta para a rede básica (ação que se chama de contra-referência). Ressalto que o documento da SMS difere dos dois documentos do Ministério da Saúde quanto à questão da referência e contra-referência: o primeiro propõe implementar este fluxo de encaminhamento entre rede básica e serviço especializado via documentos de referência e contra-referência. Já a Cartilha do HumanizaSUS “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) e o Anexo do Ministério da Saúde “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2004a) não incentivam o uso deste documento de referência e contra-referência; pelo contrário, eles propõem que se busque “superar” os encaminhamentos via sistema de referência e contra-referência. A cartilha do Ministério considera ser esta uma forma “burocrática” de fazer os encaminhamentos e propõe que seja utilizado em seu lugar o Matriciamento e a conversa “ao vivo” entre profissionais, e no Anexo se considera que a responsabilidade compartilhada, gerada no trabalho de Matriciamento, “exclui a lógica do encaminhamento” (2004a). Já o documento da SMS propõe que seja procedida a Interconsulta e a implementação da referência e contra-referência. Os documentos do Ministério e o Plano de Saúde Mental (2005-2008) da SMS diferem, também, por estar proposto nos dois primeiros que o Matriciamento tenha entre suas atribuições a realização de consultas conjuntas do profissional de saúde mental com o profissional da rede básica, enquanto o documento da SMS não propõe que a Interconsulta realize consulta conjunta, mas, apenas, a realização de orientação aos profissionais da saúde a partir da discussão dos casos e da capacitação continuada. Por isso, talvez, a questão do encaminhamento via documento de referência e contra-referência, ainda seja considerada tão importante na Interconsulta, tal como destaca o documento da SMS, pois quando há atendimento conjunto de um caso, tal como pode suceder no Matriciamento, isso tende a diminuir os encaminhamentos ao serviço especializado de saúde mental.

O documento da SMS objetiva também com a Interconsulta “sistematizar as informações de forma a gerar um banco de dados a partir do qual possa ser analisada a prevalência de transtornos mentais, prevalência do uso de psicofármacos” (PORTO ALEGRE, 2005, p.61) e também auxiliar a unificar, na rede de saúde mental, esse trabalho de consultoria. Destaco que neste Documento está sendo utilizado tanto o termo Interconsulta, quanto o termo Consultoria, e que o Documento se ampara e traz como referência o autor Botega (2002, apud PORTO ALEGRE, 2005), que considera que a denominação Interconsulta inclui o conceito de consultoria.

A preocupação com a sistematização de informações sobre prevalência de transtornos mentais na população aparece também no Anexo do Ministério, que cita dados epidemiológicos relativos a estimativas internacionais e do Ministério da Saúde sobre problemas em saúde mental na população, e, tanto no Anexo do Ministério, quanto no documento da SMS, é proposto que sejam utilizados indicadores de monitoramento da saúde mental na atenção básica, visando a gestão sistemática das subjetividades e as ações de governmentação. Como refere o documento da SMS, objetiva-se conhecer a população e conhecer as práticas de utilização de medicação, conforme o excerto citado anteriormente indica, visando conduzir as condutas no sentido de racionalizá-las.

Cabe aqui, novamente, em função do que estou argumentando, lembrar posições enunciadas por Rose (1998) relativamente ao modo como se procede ao governo do conhecimento. Segundo Rose (1998), o governo depende do conhecimento e de verdades que encarnam aquilo que deve ser governado e “que o tornam pensável, calculável e praticável” (ROSE, 1998, p. 37). Ou seja, a sistematização das informações e o discurso das evidências, entre outros, geram conhecimentos e verdades para governar.

O documento da SMS refere autores que consideram que a Interconsulta qualifica profissionais da rede básica no diagnóstico e tratamento de pacientes bem como no diagnóstico e tratamento de “transtornos interpessoais e institucionais” (PORTO ALEGRE, 2005, p.56), inclusive da família e da equipe de saúde, tornando a assistência mais “resolutiva” (p. 56). Também seria um propósito da Interconsulta “aproximar” estes pacientes da rede básica e desestigmatizar esse usuário, e facilitar o fluxo dos pacientes entre os serviços de saúde. Além do documento citar como objetivo geral também a rede básica “controlar” sintomas.

A questão institucional e interpessoal, tal como consta no Documento citado no parágrafo anterior, está incluída no documento da SMS, tal como nos Documentos do Ministério já analisados, os quais referem ser tarefa do Matriciamento a participação em reuniões de equipe. Aliás, essas seriam indicativas de um trabalho institucional mais amplo com o serviço, além do trabalho sobre os casos dos pacientes. Mas este documento da SMS centra a orientação da Interconsulta mais na relação do profissional com o usuário ou no atendimento ao usuário (aprender a fazer anamnese, o uso racional da medicação, o manejo do paciente, etc) do que nas relações de trabalho e com os outros profissionais, ou na interdisciplina, sendo essa última mais enfatizada na Cartilha e no Anexo do Ministério. O Apoio Matricial, tal como proposto nos dois Documentos do Ministério da Saúde, tem um cunho mais amplo, por pretender ser um “arranjo organizacional”, que modifica a vida dentro das organizações de saúde, os processos de trabalho, as trocas entre áreas, saberes e serviços, as relações entre gestor e trabalhador, e entre trabalhador e usuário. Ou, como consta na Cartilha, pretende-se que sejam gerados “novos padrões de relacionamento entre profissionais e com usuários” (BRASIL, 2004b, p. 5).

Já o documento da SMS, cita como objetivos específicos da Interconsulta: capacitar os profissionais da rede básica para obter uma “anamnese”; identificar “sinais e sintomas”; capacitar para o adequado “manejo” e encaminhamento; capacitar “pediatras, ginecologistas e outras especialidades” a iniciar tratamento medicamentoso dos pacientes com queixas psiquiátricas com indicação de atendimento na atenção primária; capacitar para manutenção de tratamento de pacientes já avaliados por médico psiquiatra; discutir e redefinir plano terapêutico de pacientes; instrumentalizar para oferecer espaços coletivos como grupos e espaços de convivência existentes na comunidade; bem como buscar instaurar espaços coletivos de informações e discussões temáticas com usuários, citando o grupo de pais, de adolescentes, de idosos. Além disso, o documento da SMS propõe a Interconsulta a profissionais de várias áreas, citando técnicos de nível superior e também auxiliares de enfermagem. Enfim, a Interconsulta é a prática que, segundo o documento da SMS, pode vir a dar conta da problemática do atendimento à saúde mental na rede básica.

Destaco, que alguns termos utilizados no Documento tais como “anamnese”, “sinais e sintomas”, “manejo” são bastante próprios ao discurso biomédico, sendo possível, então, indicar, mais uma vez, o quão marcante este discurso foi e ainda é na área da saúde. Por outro lado, a indicação de realizarem-se atividades com os usuários

em grupos, bem como a valorização da inserção do mesmo junto à comunidade indicam aproximações do documento da SMS com idéias preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, que é o ideário que atualmente rege a Política de Saúde Mental sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo, também, preconizada internacionalmente. Faço tais considerações para indicar que não deixa de haver, uma pluralidade de perspectivas, no documento da SMS, e que uma multiplicidade de discursos procuram atuar no governo da saúde nesse momento histórico buscando trabalhar na direção da implementação da articulação entre saúde mental e saúde.

Saliento, ainda, que o Plano de Saúde Mental (2005-2008) (PORTO ALEGRE, 2005) propõe como metodologia de trabalho para o desenvolvimento da proposta de Interconsulta, a realização de um encontro mensal, no qual reúnam-se a equipe de saúde mental e cada equipe da atenção básica, configurando-se esse como o momento destinado à discussão dos casos clínicos e do estabelecimento do plano terapêutico dos pacientes. Além desse momento, propõe-se, no Documento, a realização de uma reunião mensal no serviço de saúde mental que congregue as equipes da atenção básica, procedendo-se à capacitação continuada da equipe de atenção básica. Propõe-se, também, a realização de encontros sistemáticos da equipe de saúde mental, que realiza a Interconsulta, com uma “equipe coordenadora” da Interconsulta, que deve ser integrada por psiquiatra, psicóloga, neurologista e assistente social, para que seja possível acompanhar o andamento do fluxo entre os serviços, a discussão dos casos que as equipes tenham dificuldades de avaliar e para a elaboração de material para as equipes. Assim, como é possível ver, muitas são as estratégias/táticas incluídas no Documento, que se voltam ao governo das ações em saúde.

O Plano de Saúde Mental (2005-2008) (PORTO ALEGRE, 2005) refere como resultado previsto e desejável: sistematizar as avaliações de serviços de saúde mental, as informações sobre prevalência dos transtornos mentais e uso de medicação, o atendimento resolutivo da demanda e a racionalização dos recursos de saúde mental. Fornece, inclusive, “indicadores para avaliação de resultados” (p. 61), quais sejam:

número de pacientes atendidos pelos clínicos; conhecimento sobre os transtornos mais prevalentes; número de prescrições adequadas; número de diagnósticos adequados; número de encaminhamentos adequados para nível secundário e vice-versa; número de faltas à consulta; número de consultorias⁴² realizadas [pelo serviço de saúde mental]; número de pacientes

⁴² Utilizam o termo Consultoria tanto quanto o termo Interconsulta.

agendados para consulta especializada; número de pacientes discutidos em Interconsulta. (p.61)

Este documento também cita a importância da “colocação de urnas nos serviços para que os usuários possam manifestar sua opinião quanto ao atendimento recebido” (ibid, p. 62).

Ou seja, o documento propõe a sistematização de rotinas para, desse modo, tentar garantir o exercício adequado da Interconsulta, associando-a, ainda, a uma proposta de avaliação e de fiscalização de resultados através dos indicadores citados. Seria possível considerar, então, que a enunciação de tais rotinas de funcionamento, associada aos indicadores de resultados esperados, procura operar como um sistema de controle que funciona tanto como instrumento para o disciplinamento, quanto para o governo das práticas e ações em saúde. As entrevistas mostraram, no entanto, que apesar do detalhamento que consta no Documento, as ações de Interconsulta não seguem à risca as determinações propostas, no caso do município de Porto Alegre, e que a Interconsulta se estabeleceu de formas variadas em diferentes regiões e serviços da cidade. Como foi possível observar, em Porto Alegre, a Interconsulta tem sido realizada de duas formas principais: 1) com a ida dos profissionais de diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e de Programas de Saúde da Família (PSF's) da rede básica ao serviço de saúde mental, para reunirem-se com os profissionais do serviço de saúde mental, ou 2) realização da Interconsulta de forma específica com cada UBS ou PSF, com os profissionais da saúde mental, indo ao serviço da rede básica. Mas, é importante salientar, que, em cada serviço de saúde mental ocorre apenas uma das duas modalidades, não as duas concomitantemente, tal como está proposto no Documento da SMS. Além disso, é preciso salientar que em Porto Alegre não aconteceu, até o presente momento, a criação de uma “equipe coordenadora” da Interconsulta, que daria assessoria aos profissionais da saúde mental que realizam Interconsulta, conforme também previa o documento da SMS.

Tal como ocorre no Anexo do Ministério da Saúde “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2004a), também no Plano de Saúde Mental (2005-2008), da SMS (PORTO ALEGRE, 2005), é proposto o uso de indicadores para avaliar as práticas sugeridas, mesmo que os documentos difiram em alguns pontos. O Anexo do Ministério centra o olhar na apresentação de “indicadores de monitoramento” (p.82), que avaliem o percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas acompanhadas pela rede básica; bem como o

número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) e persistentes; de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica; a prevalência de transtornos convulsivos; o percentual de pessoas com tentativas de suicídio e o número de pessoas com prescrição de benzodiazepínicos pela rede básica. Ou seja, seus indicadores estão voltados a avaliar como se estaria processando a inclusão da saúde mental no atendimento da rede básica, bem como o perfil desta clientela. Já o documento da SMS focaliza, especialmente, o conhecimento sobre os transtornos mais prevalentes, as prescrições medicamentosas, os diagnósticos e encaminhamentos adequados, e avalia também a realização da Interconsulta (número de consultorias realizadas e de pacientes agendados) e o fluxo com o serviço especializado. Ou seja, o documento da SMS dá destaque aos indicadores de avaliação relativos, também, ao trabalho da Interconsulta realizado pelo serviço de saúde mental, e não só à atuação da rede básica. De qualquer forma, dados estatísticos e também indicadores são usados e propostos nos documentos para apresentar atributos que qualifiquem a população atendida, sendo essa mais uma forma de procurar proceder ao governo do grupo de usuários do sistema de saúde, e desses grupos da população. Os dados relativos a prescrições medicamentosas, bem como à Interconsulta atuam desse mesmo modo permitindo ao Estado governar também os profissionais e suas práticas.

Seria possível, inclusive, considerar, ainda, que os documentos do Ministério da Saúde - o Anexo “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários” e a Cartilha do HumanizaSUS “Equipe de Referência e Apoio Matricial” - lidam com o Matriciamento como um “arranjo organizacional”, ou seja, atribuem-lhe mais do que a conotação de uma prática, ao proporem que através dela se alterem as relações dentro das organizações de saúde e mesmo entre as organizações ou serviços de saúde que atuam em diferentes níveis institucionais. Já em relação à Interconsulta, a proposta contida no documento da SMS parece estar mais centrada em questões técnicas relativas ao próprio atendimento ao usuário pelo profissional, tais como a medicação, o diagnóstico, a manutenção do tratamento, entre outras. Ou seja, ao Matriciamento parece ter sido atribuída uma função de maior amplitude e com efeitos reformadores.

No documento sobre CAPS “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004a), elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, o tema Apoio Matricial está colocado secundariamente em um anexo. No entanto, no documento da Secretaria Municipal de Saúde “Plano de Saúde Mental 2005-2008”

(PORTO ALEGRE, 2005), elaborado em 2005, a Interconsulta está colocada em destaque no Plano de Saúde Mental merecendo, inclusive, um capítulo específico.

Pode-se cogitar, em relação a tal diferença de focalização, que, talvez, no decorrer do tempo, e ao longo da passagem da esfera nacional para a municipal, esta prática tenha ganhado maior ímpeto e força nas propostas relativas às práticas de saúde. Para fornecer mais indicações acerca de como o governmento atua na direção de modificar as relações entre equipes de saúde mental e da rede básica, cabe registrar que já vinham sendo propostas ações, há mais tempo, na própria Prefeitura de Porto Alegre. Cito, como exemplo, documento da Secretaria Municipal de Saúde, datado de 1991, intitulado “Proposta de Política de Saúde Mental para a Cidade de Porto Alegre – novembro/1991” (PORTO ALEGRE, 1991), no qual já estava proposta, como função da equipe de saúde mental, a “assessoria” à rede básica, bem como a realização de ações de “supervisão”, “treinamento” e “consultoria” (p. 15). E como já referi, o Plano Municipal de Saúde, aprovado em outubro de 2010 (PORTO ALEGRE, 2010), não mais utiliza o termo Interconsulta, utilizado no Plano de Saúde Mental de 2005, mas sim o termo Apoio Matricial.

Quero argumentar que os documentos analisados aludem a uma função pedagógica que estaria implicada nas práticas de Matriciamento e de Interconsulta, seja referindo-a como “formação continuada” (BRASIL, 2004a, p.82), seja falando em “educação permanente”⁴³ (PORTO ALEGRE, 2005, p.8). Ou, ainda, referindo-se, implicitamente, à idéia de aprendizagem de novos padrões de relacionamento (BRASIL, 2004b), que devam produzir profissionais que trabalhem de forma integrada, participante e atenta ao desempenho de suas ações em saúde mental e na saúde.

⁴³ A própria Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) prevê a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica como sendo de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. E, cabe indicar que a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) diferencia a educação continuada da educação permanente, referindo ser a primeira centralizada na transmissão e atualização de conhecimentos num modelo escolar que distancia prática e saber, sendo um recurso periódico não contínuo, e não trabalhando com a perspectiva de equipe mas dentro de cada área disciplinar e profissional. Já a educação permanente na saúde pretende realizar a aprendizagem no contexto do trabalho, mudando práticas nos serviços e modificando valores e concepções que informam as ações nas instituições. A educação permanente privilegia o conhecimento prático e a reflexão compartilhada e sistemática nas equipes, buscando a mudança institucional e a construção conjunta de solução de problemas (BRASIL, 2009b).

Cabe referir que, por trabalhar há quase duas décadas na SMS, lembro do tempo em que nenhum dos poucos serviços de saúde mental existentes na rede municipal realizava esta atividade de “consultoria” com a rede básica. Também alguns entrevistados destacaram as ações de implementação, crescimento e consolidação destas práticas nos serviços de saúde mental da cidade, serviços esses que nos dias de hoje também são em maior número.

8 ANÁLISE PARTE II – AS ENTREVISTAS

Indico, agora, alguns procedimentos que adotei para a realização das entrevistas⁴⁴. Começo informando que preservei, na transcrição das mesmas, os termos utilizados pelos entrevistados para se referirem às práticas que focalizo centralmente neste estudo. Assim, então, destaco que, algumas vezes, o entrevistado utilizou o termo Consultoria, tal como formulava o documento de 1991 “Proposta de Política de Saúde Mental para a cidade de Porto Alegre – Novembro/1991” (PORTO ALEGRE, 1991), enquanto outras vezes esta prática era referida como Interconsulta – tal como formulou o documento de 2005 “Plano de Saúde Mental 2005-2008” (PORTO ALEGRE, 2005) - e outras, ainda, como Matriciamento – tal como formula os documentos do Ministério da Saúde analisados, a Cartilha do HumanizaSUS intitulada “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) e o Anexo “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”, que faz parte da publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a). Esclareço, também, que quando eu estiver comentando esta prática algumas vezes utilizarei a expressão Interconsulta/Matricamento, pois a idéia não é valorar comparativamente uma ou a outra mas me referir às práticas que relacionam o serviço especializado de saúde mental e o serviço da rede básica.

Entrevistei ao todo doze profissionais: cinco que atuam na rede básica (médicos clínicos gerais e alguns com especialização em medicina de família e comunidade) e sete que atuam nos serviços de saúde mental (três psicólogos, um psiquiatra, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um enfermeiro, que também é psicólogo).

⁴⁴ Como já informei, esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que solicitou que buscasse as autorizações junto às chefias dos serviços antes de entrevistar seus funcionários. Porém, antes de procurar as chefias contatei os próprios funcionários indagando sobre a sua disponibilidade e interesse destes em participar da pesquisa.

Alguns profissionais atuavam em um mesmo serviço, sendo que, ao todo, entrevistei profissionais de cinco serviços de saúde mental vinculados a cinco Gerências Distritais diferentes da SMS e cinco postos de saúde de diferentes Gerências Distritais.

Esclareço ainda que, para não criar constrangimentos pelo fato de estar descrevendo opiniões de colegas, decidi referir todos os entrevistados no masculino, embora tenha entrevistado homens e mulheres. Atribuí, portanto, nomes fictícios aos entrevistados, e pelos mesmos motivos, procurei não personalizar muito o entrevistado e tampouco fornecer indicações muito detalhadas sobre o serviço no qual esse trabalhava (se CAPS ou Equipe de Saúde Mental) de forma a preservar a identificação do entrevistado e manter o anonimato. No entanto, embora tenha procurado omitir algumas informações que poderiam identificar algum serviço ou profissional, em alguns momentos foi importante tornar explícitos aspectos relativos à caracterização de alguma situação ou serviço. Com relação às entrevistas dos profissionais da rede básica, por outro lado, foi possível incluir um maior número de informações por serem os profissionais e os serviços da rede básica mais numerosos (e portanto mais dificilmente identificáveis) do que os serviços e profissionais que atuam nos serviços de saúde mental.

Informo, ainda, que somente um entrevistado (Lauro) pediu para que a entrevista não fosse gravada; além disso, em outra entrevista (com Gabriel), houve problemas técnicos com o aparelho e não foi possível realizar a gravação o que dificultou a transcrição literal das falas. Mas, ressalto que adotei como procedimento padrão, em todas as entrevistas, a anotação de pontos que considerava mais relevantes das falas, além de realizar a gravação. Esse procedimento ajudou-me posteriormente a fazer a leitura das transcrições, permitindo-me fazer complementações e particularizar situações que o profissional que procedeu a transcrição das gravações não conseguira captar.

As entrevistas com profissionais de serviços de saúde mental foram realizadas em diferentes locais - quatro foram procedidas em cafeterias ou bares localizados às vezes junto ao prédio da SMS ou próximo à residência da pessoa, e outras três foram realizadas no próprio local de trabalho do entrevistado. A maioria delas foi realizada após o horário de trabalho e apenas uma foi encaixada entre as consultas de pacientes durante o expediente. Estas entrevistas duraram entre trinta e cinco minutos e uma hora (e essa foi a entrevista realizada em conjunto com os profissionais Milton e Mário), tendo todos os participantes mostrado envolvimento com o tema ou com o seu trabalho

e às vezes até uma certa empolgação com a descrição da atividade de Interconsulta ou Matriciamento e seus resultados, tal como a entrevista dos psicólogos André e Norton. Em relação às entrevistas com os profissionais médicos que atuam na rede básica, essas foram realizadas, geralmente, no seu próprio local de trabalho, ao final de seu expediente ou entre consultas agendadas, por escolha deles. Apenas em uma situação, a entrevista foi realizada no intervalo de um curso sobre Matriciamento, já citado anteriormente, no qual eu e o entrevistado estávamos participando. Registro que, de um modo geral, este segundo grupo de entrevistas desenrolou-se em um tempo menor - uma média de 15 minutos, tendo a mais longa delas durado 37 minutos -, sendo as respostas mais concisas e diretas do que as obtidas no outro grupo. Pode-se pensar que isto se relaciona com as várias subjetivações do profissional médico que atuam no sentido da rapidez e da objetividade na forma de ver, dizer e julgar (LARROSA, 2002). Pode-se citar desde a própria formação médica que ensina uma linguagem e uma prática da objetividade, como observou Clavreul (1983), até as normatizações da Prefeitura de Porto Alegre, que regulam que a consulta médica deva durar em média quinze minutos, como voltaremos a abordar nas entrevistas, mais adiante. Estas subjetivações podem influenciar a própria organização do tempo na vida dessas pessoas.

Realizo a seguir, no próximo sub-item, uma breve descrição dos entrevistados, incluindo sua formação e experiência profissional, bem como indicando os laços de relacionamento que com eles mantenho - observando as situações antes colocadas de sigilo -, e levando em conta as observações feitas por Silveira (2002) relativamente às posições/localizações ocupadas pelo entrevistador assim como pelo entrevistado, bem como as circunstâncias em que a entrevista foi realizada. Esta contextualização visa não reificar os dados, bem como observar o que Foucault (2007a) indicou acerca da importância de não se homogeneizar a diversidade e a complexidade dos dados, quando da realização de um estudo.

8.1 APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Decidi apresentar os entrevistados reunindo-os por serviço e por região, iniciando pela apresentação dos profissionais da rede básica e, posteriormente, dos que atuam nos serviços de saúde mental.

Foram os seguintes os profissionais da rede básica entrevistados:

José – médico que trabalha com medicina de família em PSF, já tendo também trabalhado em US durante a sua residência. Concluiu a graduação em medicina há menos de dez anos e está na faixa de idade de 30 anos. Sua entrevista foi realizada no intervalo do curso de Matriciamento realizado pela SMS, já citado, e no próprio local do curso no qual participamos, tendo a duração de 17 minutos. Já nos conhecíamos, pois o entrevistado participa das reuniões de Interconsulta dos serviços de saúde mental de sua região.

Aurélio – trabalha atualmente em Unidade Sanitária na SMS e em um hospital não pertencente à Prefeitura. Está na faixa etária dos 50 anos de idade já atuando há 28 anos na área pública, tendo trabalhado, anteriormente, na rede hospitalar privada, estando, portanto, próximo à aposentadoria. Conhecemo-nos das reuniões de Interconsulta realizadas no meu serviço. Sua entrevista ocorreu no ambiente de trabalho, após o término do atendimento, durou 37 minutos, tendo sido uma das mais longas entre os clínicos.

Fernando – é médico de família e comunidade e trabalha em Unidade Sanitária na SMS e também em PSF não vinculado à SMS. Está na faixa etária de 40 anos. Conhecíamos-nos de reuniões na SMS em que participamos há uns cinco anos atrás e meu interesse em entrevistá-lo decorreu de ter ele participado da mesa do II Seminário de Saúde Mental da Gerência Distrital Centro, realizado pela SMS em 2008, que abordou o tema da Interconsulta, evento no qual ele defendeu esta prática. A entrevista durou 30 minutos e se realizou no posto de saúde onde ele atua. Ele participa da Interconsulta nos dois postos de saúde onde trabalha, em duas regiões diferentes da cidade e em sua entrevista fez comparações entre os dois serviços e as duas práticas de Interconsulta.

Lauro - trabalha na saúde pública há pelo menos 14 anos e, atualmente, em Unidade Sanitária, já tendo atuado como médico de família e comunidade em PSF, tendo formação para tal. Está na faixa etária de 40 anos e não nos conhecíamos anteriormente. Convidei-o a participar da entrevista por indicação de um outro entrevistado que me informou participar ele das reuniões de Interconsulta que ocorrem no posto de saúde que sedia o serviço de saúde mental. Não quis que a entrevista fosse gravada por dizer que não se sente a vontade, mas me permitiu fazer anotações. Sua entrevista ocorreu na US, no horário de trabalho, e durou aproximadamente vinte minutos. Ressalto que, apesar de sua agenda estar lotada para os dois meses que se seguiam à data da entrevista, ele conseguiu um horário para me atender.

Carlos – Atua na mesma região que o entrevistado referido anteriormente, é médico clínico geral e trabalha numa US. Está na faixa dos 30 anos e já trabalhou também em PSF - embora não tenha formação em medicina de família e comunidade -, já tendo também trabalhado em US's em outros municípios. Da mesma forma que o profissional anteriormente apresentado, também me foi indicado por um profissional da saúde mental por ele participar da Interconsulta na sua região. Também ele atua no mesmo serviço que outro entrevistado. Sua entrevista ocorreu no final do expediente de trabalho na US e durou quinze minutos.

Entrevistei, também, profissionais da saúde mental que trabalhavam com Interconsulta ou Matriciamento, sendo que, dos sete entrevistados, três duplas pertenciam a um mesmo serviço ou uma mesma região. Apenas o profissional enfermeiro foi o único entrevistado de seu serviço de saúde mental e da sua região. Foram os seguintes os profissionais entrevistados:

André – psicólogo que trabalha há dez anos na saúde mental do município e trabalha neste novo serviço que realiza Matriciamento há quatro meses, desde que este serviço foi criado. Anteriormente trabalhava em outro serviço de saúde mental, onde já realizava este trabalho com a rede básica. Esse serviço em que se encontra atualmente não realiza tratamento dos casos, até o momento da entrevista realizava somente a atividade de Matriciamento junto à rede básica e o atendimento conjunto dos casos nos serviços da própria rede básica. Está na faixa dos 40 anos e já nos conhecíamos há, aproximadamente, nove anos, tendo sido a entrevista realizada em cafeteria próxima a sua residência. Convidei-o a participar da entrevista durante o curso de Matriciamento em que participei e no qual ele era um dos organizadores. Sua entrevista durou 38 minutos.

Dalton – este profissional é terapeuta ocupacional e trabalha no mesmo serviço que o psicólogo André. Ele está na faixa dos quarenta anos e atua há dezessete anos em saúde mental, além de ter experiência em clínica e em consultório particular. Também já o conhecia de reuniões na SMS, tendo sua entrevista sido realizada após uma destas reuniões, em um bar perto da SMS. Ele também trabalha em um outro serviço de saúde mental (há mais de uma década) e atua há três meses na equipe que realiza apenas Matriciamento. Sua entrevista durou 35 minutos.

Gabriel – este profissional é assistente social, está na faixa dos 40 anos, com 20 anos de experiência em saúde mental, não só na Secretaria Municipal da Saúde. Conheço-o de

reuniões da saúde mental na SMS. Sua entrevista ocorreu em cafeteria próxima de sua residência com duração de 40 minutos.

Norton – este profissional é psicólogo e trabalha na mesma região que o assistente social, só que em um serviço que atende à infância e adolescência. Ele está na faixa dos 50 anos e concluiu sua graduação há 30 anos. Também já nos conhecíamos de reuniões da saúde mental na SMS e a entrevista se deu em um bar perto da SMS, após uma reunião, com a duração de 37 minutos.

Milton – este profissional é psiquiatra e solicitou que a entrevista fosse feita em conjunto com o psicólogo Mário em função do pouco tempo que dispunham e de compromissos após o trabalho. A entrevista foi realizada ao final dos seus expedientes de trabalho com duração de uma hora. Ambos atuam em uma mesma Equipe de Interconsulta. O psiquiatra encontra-se na faixa etária de quarenta anos. Possuía formação em pediatria, já tendo trabalhado em uma US como pediatra, onde participava e gostava da Interconsulta, depois fez formação em psiquiatria e começou a trabalhar na Interconsulta na saúde mental, também tem experiência de consultório privado.

Mário – é psicólogo e também está na faixa etária dos quarenta anos, sempre trabalhou na saúde mental e saúde pública, inclusive em cargos de gestão, não tem experiência privada. Trabalha no mesmo serviço do psiquiatra anteriormente descrito.

Celso – na Prefeitura está contratado como enfermeiro mas exerce também a função de psicólogo já que também é formado nesta área. Ele encontra-se na faixa etária dos quarenta anos e atua há quinze anos na saúde mental, já trabalhou em hospital na área da saúde fora da Prefeitura. Sua entrevista se deu no serviço de saúde mental, entre horários de pacientes e durou quarenta e três minutos.

Passo, a seguir, a discutir o conteúdo das entrevistas realizadas a partir de algumas categorizações das quais me vali para focalizar os muitos aspectos nelas levantados. São elas: o objeto da Interconsulta / Matriciamento e seu *modus operandi* – um aprendizado; algumas indicações sobre a interdisciplinaridade; estratégias, críticas e dificuldades no Matriciamento e na Interconsulta.

8.2 O OBJETO DA INTERCONSULTA / MATRICIAMENTO E SEU *MODUS OPERANDI* – UM APRENDIZADO

Neste ítem abordo aspectos relativos à Interconsulta e ao Matriciamento, argumentando que esses atuam enquanto uma prática pedagógica e de governamento – que inclui discursos e práticas que procuram atuar sobre os sujeitos a ela direta ou indiretamente associados, os profissionais e os pacientes. Procurarei indicar o que através delas o Estado se propõe a “ensinar” – aquilo que está enunciado nos textos oficiais e nas propostas referidas pelos profissionais que atuam nessa prática - e os profissionais entrevistados consideraram aprender com ela. A Interconsulta e o Matriciamento são um modo de subjetivar tais grupos neste modelo e isso implica a aprendizagem de novas identidades e práticas, daí a dimensão de ensino referida. Ressalto que busquei ter sempre presente a idéia de que o objeto sobre o qual trabalham as práticas da Interconsulta/Matricramento é também produzido no próprio exercício da prática, assim como os sujeitos que as realizam, conforme Larrosa (2002) propõe pensar quando discute que as teorias e práticas terapêuticas e pedagógicas não são meras mediadoras que dispõem os recursos para o desenvolvimento do sujeito, mas elas são constituidoras das subjetividades, da relação do sujeito consigo e com os outros.

Parto, para tal, da apresentação de situações, casos, questões, eleitos pelos profissionais da saúde mental para atuar com o Matriciamento/Interconsulta, ou seja, focalizo aspectos que têm sido objeto da Interconsulta/Matricramento, a “matéria-prima” com a qual os profissionais aludem trabalhar. Focalizo, também, o *modus operandi* da Interconsulta/Matricramento, ou seja, a forma como os profissionais da saúde mental referem trabalhar com a rede básica e as intervenções realizadas. Destaco que considero difícil separar os dados em categorias, pois uma mesma situação pode ser encaixada em várias categorias, tal como um trecho de entrevista, que igualmente pode servir para embasar argumentos apresentados em vários momentos da Tese.

Ao falar do objeto da Interconsulta/Matricramento e de seu *modus operandi*, ao mesmo tempo, também buscarei mostrar como se produzem certas formas de agir e pensar dos sujeitos profissionais nela envolvidos; ou seja, como se procura governar (e educar) tais profissionais para operarem de um determinado modo, em uma determinada direção, com um determinado foco.

Como já indiquei, esta prática é realizada de diferentes formas nos diferentes serviços de saúde, variando, inclusive, o nome a ela atribuído, que sempre procurei preservar ao trazer a fala dos entrevistados. Passo, então, a incluir neste texto as considerações que busquei nas entrevistas.

Compartilhar o caso e a responsabilidade é um dos pontos apontados pelo clínico comunitário José como uma exigência ligada à Consultoria⁴⁵. Ele fez residência em medicina de família e comunidade e frequenta duas Interconsultas, que acontecem em dois diferentes serviços de saúde mental, que atendem usuários com problemas em saúde mental diferentes na sua região. Vejamos como ele relata de forma crítica a ação de “Consultoria” realizada em um dos serviços de saúde mental:

[...] Então, se tem alguma coisa que a gente não tá fazendo ainda [para ajudar o paciente], eles sugerem, senão é ‘ou fica comigo ou fica com vocês’, não tem um compartilhamento total do paciente assim.

Este comentário em relação a este mesmo serviço se deve a que José considerou que “tem essa dificuldade da rigidez, um pouco, do psiquiatra do serviço”, pois uma vez ele relata ter levado um paciente à reunião de Consultoria deste serviço de saúde mental e esses profissionais, apesar de terem avaliado o paciente a seu pedido, registraram não ter gostado dessa sua iniciativa, além de não terem aprovado a idéia de realização de uma consulta conjunta proposta por ele.

Cabe esclarecer, novamente, que este serviço de saúde mental não realiza Matriciamento na rede básica e não realiza consultas conjuntas, tal como propõem os documentos do Ministério da Saúde que tematizam o Matriciamento. Este serviço realiza reuniões de “Consultoria” no próprio serviço de saúde mental, que não incluem, no entanto, a realização de consulta conjunta, decorrendo daí, talvez, a dificuldade apontada. O termo “Consultoria” que aparece na fala deste entrevistado, consta no documento da Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social (SMSSS)⁴⁶ de 1991 (PORTO ALEGRE, 1991) para referir esta ação de colaboração do serviço especializado em saúde mental com a rede básica, sendo este termo ainda utilizado por alguns serviços de saúde mental até o momento de realização desta pesquisa. E, como vimos, a noção de Interconsulta proposta no documento da Secretaria Municipal da

⁴⁵ Ele assim se referiu à prática realizada num dos serviços de saúde mental.

⁴⁶ Antes de ser denominada Secretaria Municipal da Saúde, esta era denominada Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social.

Saúde (SMS) de 2005 (PORTO ALEGRE, 2005), também não prevê a realização de consulta conjunta, mas, somente a discussão e a orientação sobre os casos, talvez decorrendo disso o estranhamento do profissional de saúde mental em relação à proposta do clínico para a realização de uma consulta conjunta com o paciente.

Quanto ao compartilhamento, explica o mesmo entrevistado:

...Então assim, eu quero a minha responsabilidade, mas eu quero também que o [nome do serviço de saúde mental] assuma... abrace o caso comigo, é isso, né. E aí talvez assim, os outros profissionais participem do Matriciamento do [serviço], aí sim, aí a gente consegue fazer uma interação maior do que com os psiquiatras.

A fala enfática do entrevistado a respeito de cada profissional de cada serviço cumprir a sua parte indica que ele acredita na proposta, e parece estar nela subjetivado. E, ainda segundo o clínico, neste serviço, a Consultoria é realizada pelo psiquiatra e pelo assistente social, mediante pedido de agendamento do profissional da rede básica, estando presente apenas um profissional da rede básica de cada vez. Ele ressalta que a troca e o compartilhamento de experiências sobre pacientes com outros profissionais deste serviço especializado ocorre, mais intensamente, quando ele telefona para este mesmo serviço para receber esclarecimentos sobre um caso, pois, nesses momentos, o assistente social, os psicólogos ou terapeutas ocupacionais atendem o telefone e dão orientações e informações sobre o caso. Ele ainda referiu que os psiquiatras raramente atendem o telefone, sendo interessante ressaltar, que ele considera também essas conversas por telefone como uma atividade de “Matriciamento”. Como ele referiu, às vezes, inclusive, o serviço de saúde mental liga para ele para dizer, por exemplo, que um paciente está em risco de suicídio, solicitando que a rede básica ajude a acompanhar mais de perto o caso, realizando uma visita domiciliar, por exemplo. Às vezes é a rede básica que liga para o serviço de saúde mental para ter informação sobre como ou para onde encaminhar um caso intersetorialmente (para instituições que não são da SMS).

Perguntado acerca de qual forma de funcionamento da Interconsulta lhe parece ser melhor, ele considerou ser interessante haver mais opções de tratamento ou diferentes visões de diferentes profissionais da saúde mental sobre o caso na reunião de Interconsulta. Também afirmou ser “muito bom” quando há outros profissionais da rede básica participando de um mesmo encontro, pois, no serviço citado, a Consultoria é individual, só participando um profissional da rede básica e o profissional da saúde mental. Como ele referiu, quando há outros profissionais da rede básica é bom

...pra ver outros matriciamentos também, né,...a gente pode aprender também com os outros casos, como manejar os nossos, né?

Além disso, ele se refere, também, a outros profissionais tais como os agentes comunitários e enfermeiras, não só a médicos. Esta percepção de que se aprende também com o caso do colega da rede básica, não só com os profissionais da saúde mental, aparece também em outras entrevistas com clínicos e com um psicólogo, como veremos a seguir.

Mas antes, inspirando-me em Fairclough (2001), poderia dizer que, em sua narrativa, o clínico José parece produzir de si uma identidade, como sujeito e como profissional, que aponta para uma adesão à prática da Interconsulta; e isso está posto, na idéia de que ele se educa para atender e para poder acompanhar casos na rede básica, ainda que reivindique a contrapartida do serviço de saúde mental. Ou seja, ele procura governar seu eu no sentido de tornar-se um agente da proposta do Matriciamento, considerada como ideal no interior do Programa do Governo, e oferece resistência às práticas que não se enquadram totalmente no discurso da Saúde que propõe o Matriciamento, tal como sucede em situações em que não se atende conjuntamente o paciente, ou em que se hierarquizam os saberes – situação que ele implicitamente refere acontecer, como será relatado mais adiante.

Já o clínico Lauro declarou que nas reuniões de Interconsulta das quais participa na sua região (que não é a mesma em que participa José) os clínicos e os pediatras costumam opinar sobre todos os casos, havendo um compartilhamento de experiências. Salientou o clínico Lauro: “A gente faz perguntas para o colega para tentar entender o caso, como é essa família, com quem vive...”.

Argumento, então, a partir de Larrosa (2002) e de Foucault (1997), que, nesse exemplo, atuam na manutenção, fixação ou transformação das identidades enquanto profissionais que atendem a saúde mental, as ações de *governo de si*, que se relacionam com os outros. Ou seja, a subjetivação e o governmento procedidos no sentido de atender à saúde mental não seriam apenas operados a partir de ações dos profissionais de saúde mental sobre os profissionais da rede básica ou pelo próprio profissional da rede básica sobre si mesmo, mas, também, pelos colegas ou pares da rede básica, que, ao interagirem na Interconsulta, promovem subjetivações e “se educam” uns aos outros nesta perspectiva de atender a saúde mental na rede básica. Isso também foi referido em

outros depoimentos, tal como no de Carlos, que, ao fazer perguntas aos colegas na reunião de Interconsulta, ou ao relatar suas experiências com determinados tipos de pacientes, direcionam o olhar para certos pontos, procedendo desse modo à educação da sua percepção e dos colegas.

O terapeuta ocupacional Dalton, bem como o psicólogo André, participam de uma equipe que realiza apenas o Matriciamento, e não realiza o tratamento no serviço especializado. Na equipe desses entrevistados, o Matriciamento é realizado em duplas de profissionais de diferentes profissões (psicólogo e assistente social ou terapeuta ocupacional, não havendo psiquiatra na equipe), que se dirigem à rede básica para discutir casos, atender conjuntamente, participar de reuniões e outras atividades como a realização de oficina de acolhimento com os profissionais, oficina terapêutica na comunidade, etc. Como referiu o terapeuta ocupacional Dalton, ele trabalha no sentido de “co-responsabilizar” o posto de saúde e o profissional. Ao realizar atividades conjuntas e ao auxiliar seus colegas da rede básica a respeito das dificuldades de alguns pacientes para aderirem ao tratamento, ou ao induzir um determinado colega da rede básica para reconhecer que o atendimento que já realiza focaliza a saúde mental, torna-se possível estabelecer um “vínculo” entre ele e o profissional do posto de saúde, que possibilita uma co-responsabilização relativamente aos casos. O mesmo profissional (Dalton) indicou, ainda, utilizar a estratégia de focalizar questões práticas para atuar na direção da co-responsabilização. Entre as perguntas que relatou dirigir aos colegas da rede básica estão as seguintes: o serviço tem cadastro de saúde mental? Há grupo de saúde mental no serviço? Como se processa o atendimento à saúde mental neste serviço? Registro que outros profissionais da saúde mental como Norton, ou da rede básica como Fernando, também propõem que os profissionais da rede básica compartilhem, se envolvam com os casos e dividam responsabilidades com os outros profissionais da sua equipe e da saúde mental, como veremos a seguir. Ou seja, para eles, o compartilhamento dos casos relaciona-se também com o envolvimento e com o compromisso de troca entre os profissionais da rede básica com o caso e com as equipes, tanto da rede básica, quanto do serviço especializado.

Nas considerações feitas pelo clínico Fernando, por exemplo, que trabalha em Programa de Saúde da Família (PSF) e em uma Unidade Sanitária (US), ele inclusive compara o grau de envolvimento existente nessas duas equipes. Considera que no PSF a Consultoria, que acontece com a ida de um psiquiatra quinzenalmente ao próprio posto, gera envolvimento da equipe para discutir o caso, pois cada profissional que conhece o

caso faz, usualmente, comentários sobre o mesmo, trazendo sua colaboração no entendimento da situação em que se encontra o paciente. Nessa Consultoria, segundo Fernando, se “discutem as situações e são definidos os encaminhamentos e as condutas, bem como os planos de tratamento”. Como ele referiu: “acho positivo quando há profissionais de diferentes áreas da rede básica nas reuniões - a visão de várias pessoas que trabalham diferente é bom”. Quanto à experiência desta Consultoria ele acrescenta:

[...] eu acho que as pessoas têm se disposto a trazer situações, e que a discussão tem sido rica e tem ajudado a gente a pensar diferente, a fazer um pouco de educação continuada [...] acho que tem conseguido envolver as pessoas da equipe

Segundo Fernando, são também objeto de discussão na Interconsulta/Matriciamiento, a angústia, os preconceitos, as dificuldades relativas ao tratamento dos casos, além de se proceder a um “fechamento” de tudo isso. O profissional é incentivado a falar visando à troca e à busca do que mais possa fazer pelo caso discutido. Além disso, ainda segundo Fernando, trabalha-se, também, com os preconceitos das pessoas que acham que o doente mental não pode conviver com os outros, que deve ser segregado. Fernando acha que se deve valorizar as atividades de ocupação do doente mental na própria comunidade, utilizando-se recursos como grupos, oficinas, clube de mães, centro comunitário.

Fernando parece ter narrado como subjetivou-se neste modelo - proposto pela Reforma Sanitária e também pela Reforma Psiquiátrica - e nele se fixou, relatando durante a Consultoria sua experiência em relação aos casos de saúde mental, em conjunto com os colegas, para o *expert* em saúde mental. Aliás, a partir do relatado pode-se dizer que a experiência de Consultoria possibilita, tal como considera Larrosa (2002), que se possa constituir um novo campo de visibilidade, dizibilidade e julgamento, já que permite a Fernando “pensar diferente” os casos de saúde mental e abordá-los, também, de forma diferente, através de discussões interdisciplinares que envolvem a equipe. E tudo isso implica possibilitar que os participantes da prática do Matriciamiento/Interconsulta possam interagir com outros na equipe, educando-se de maneira “continuada”, que possam passar a perceber, pensar e agir, desfazendo-se de seus preconceitos relativamente aos casos de saúde mental, o que lhes permitiria organizar novas formas de lidar com tais casos. Fernando vale-se, inclusive, da linguagem e das idéias da Reforma Psiquiátrica, que propõe a inserção do doente mental em atividades na comunidade, demonstrando familiaridade com esta gramática que hoje

faz parte dos discursos de Verdade na Saúde. A Consultoria, o Matriciamento ou a Interconsulta produzem e mediam formas de subjetivação em sujeitos profissionais e usuários na saúde, que implicam aprendizados de inúmeras ordens. Ou seja, todas essas práticas correspondem a estratégias que procuram atuar no governmentação desses grupos.

Ao lidar com os preconceitos com as pessoas portadoras de problemas na área de saúde mental ou com o doente mental, a Interconsulta/Matriciamento/Consultoria também opera e educa em relação a não segregação de determinados tipos de sujeitos, bem como na direção da inclusão social dos pacientes, conforme indicou Fernando, o psicólogo André e outros entrevistados.

Cabe registrar que a realização de oficinas terapêuticas, uma das tarefas previstas no Matriciamento, também se volta à busca da inclusão ou do acesso dos pacientes de saúde mental às comunidades em que vivem. O terapeuta ocupacional Dalton realiza oficinas, sendo que esse utiliza para tal, doações de sobras de tecidos, bem como sobras de papel e de outros materiais. Este terapeuta ocupacional pretende realizar futuramente uma capacitação em oficina terapêutica na comunidade, voltada para os moradores da comunidade onde estão os postos de saúde, capacitando para que a própria comunidade possa realizar oficinas terapêuticas e que estas sejam acessíveis à população da região e aos pacientes de saúde mental. O propósito desta iniciativa corresponderia a ampliar o número de oficinas terapêuticas oferecidas para a comunidade, propiciando “acessibilidade” a este tipo de atividade. Assim, o terapeuta ocupacional Dalton pensa ser esta ação, tal como seu colega de equipe, o psicólogo André, uma forma de praticar a “atenção integral” e mesmo de proceder a uma “inclusão”, uma inserção social do paciente em saúde mental, auxiliando-o, assim, a circular em seu território, incluindo-o em atividades na comunidade em que vive. Dalton, também pensa ser esse um modo de propiciar a “desmistificação da doença mental”. Ele cita existir entre esses grupos na comunidade os que se dedicam a trabalhos manuais, o grupo de costureiras, o grupo de doceiras, os grupos fitoterápicos (em regiões mais rurais onde se cultivam plantas para chás). Ou seja, ele considera que a organização e a participação em grupos, ou em oficinas terapêuticas pode habilitar o paciente de saúde mental a “ocupar um lugar [...] que não seja esse da doença ou do louco”.

Caberia salientar, aqui, que também esse profissional parece aderir aos princípios e Verdades propugnados pela Reforma Psiquiátrica, e que ele também se acha subjetivado no modelo proposto pelo SUS de atenção integral, ao valorizar a inserção social e ao

promover a desmistificação da doença mental. Por outro lado, pode-se vislumbrar nas declarações do terapeuta ocupacional Dalton aspectos que indicam ter sido esse subjetivado, também, nas idéias e no jargão psicanalítico, no qual figuram com frequência expressões tais como “escuta” e “lugar”, que registram o propósito de que o sujeito possa se experimentar em “outros lugares”, em sua comunidade, diferentes daqueles usualmente ligados ao “lugar” de doente mental. Então, seria possível dizer que além da subjetivação profissional desse sujeito para se instituir/produzir como terapeuta ocupacional, cuja tarefa é definida como voltada à realização de atividades e oficinas terapêuticas, esse profissional também parece se subjetivar nas práticas propostas na Interconsulta/Matriciamiento, sendo, então, múltiplas as subjetivações e as práticas de governmentamento que atravessam e orientam a sua ação profissional. E, como estou pretendendo mostrar, algumas ações que procuram realizar o governmentamento nessas práticas operam subjetivações orientadas por um discurso que coloca a integralidade em destaque, que prevê profissionais que dediquem atenções de diferentes ordens aos pacientes.

O psicólogo André, que trabalha no mesmo serviço de saúde mental que Dalton, relata formular perguntas que dirigem a atenção e educam o olhar para a saúde mental, como veremos. Ele conta que o seu serviço de saúde mental está investindo na realização de um mapeamento da saúde mental em cada posto de saúde, e por isso, ele se vale de algumas perguntas visando abordar os seguintes tópicos:

Como é feita a renovação de receitas [psiquiátricas]? Como é feito o acompanhamento desses usuários? Eles consultam para renovar receita? A consulta é de quanto tempo? Como é que tá as reavaliações desses pacientes? Tentar mapear pra gente poder organizar isso, [...] poder conhecer bem a realidade local de cada unidade [de saúde]. [...]
--

Faço um breve comentário relativamente ao que foi dito por André, para referir que, como destacou Foucault (1993), para governar e controlar as populações é preciso conhecê-las e isso se faz pelo inventariamento de suas ações. Nessa direção, indagações como essas, explicitadas por André, permitiriam não apenas que se explicitasse o funcionamento de cada serviço da rede básica em relação à saúde mental, mas, também, que “novas” medidas passassem a ser tomadas para garantir o seu mais efetivo funcionamento. As perguntas indicadas por André funcionariam, então, na direção de diagnosticar a situação dos Postos de Saúde em relação à atenção que neles é dada à saúde mental, possibilitando, ao mesmo tempo, a regulação dessas práticas. Como

André indicou, acontece, algumas vezes, inclusive, de o médico renovar a receita de um paciente sem vê-lo, somente a partir do depoimento de familiares ou até sem ver nenhum familiar ou paciente, ocorrendo renovações mensais da receita para que os pacientes possam adquirir as medicações. André também relatou que, como o serviço em que atualmente atua não realiza tratamentos, o trabalho de sua equipe tem se voltado todo para o Matriciamento na rede básica, sendo a sua função ir aos postos de saúde para mapear o que lá ocorre e intervir. Valho-me da expressão “bateria interrogativa”, utilizada por Larrosa (2002, p. 46), para indicar que este profissional da saúde mental realiza um verdadeiro cercamento das situações que acompanha valendo-se para tal da formulação dessas perguntas. Como já indiquei, nessa ação, ele não apenas esclarece situações, mas, também, regula práticas, tendo como proposta norteadora a de que o profissional da rede básica possa construir uma experiência de si como profissional que também atende a saúde mental.

Um outro propósito em curso desta equipe de Matriciamento, citado pelo psicólogo André, e que me parece direcionar-se a propósitos semelhantes, inclui o mapeamento dos recursos existentes na comunidade, para que se constituam o que ele chamou de “dispositivos terapêuticos na comunidade”, estando, entre esses, as “oficinas de geração de renda”, as chamadas “oficinas terapêuticas”, ou a reorganização de “grupos” já existentes no território, em associações comunitárias, por exemplo, pois os postos de saúde geralmente não têm estrutura física para receber muitas pessoas e realizar grupos. André considera importante estar ligado à rede não só de serviços de saúde, mas também à rede de recursos da comunidade em geral, considerando terem estes “dispositivos” efeitos importantes sobre a saúde mental das populações.

Também este profissional demonstra, tanto através do vocabulário utilizado, quanto dos procedimentos que relata executar, estar em consonância com os ideais que se estabelecem como verdades no discurso da Reforma Psiquiátrica, também expressos no Anexo sobre o CAPS, analisado neste estudo. Cabe assinalar que tais ideais de inserção na comunidade procuram atuar na produção de formas de governmentação das comunidades onde atuam os serviços de saúde, delineando modelos nos quais são localizados explicitamente os gestores, os trabalhadores do campo da saúde pública e a população em geral. Como estou também argumentando, considero serem as práticas postas em ação, tanto terapêuticas quanto pedagógicas, por operarem essas na direção de definir o que se considera saudável - estar incluído na comunidade, não ser segregado, nem ligado ao rótulo e estigma de doente mental - bem como por atuarem no

estabelecimento de condições que possam reger a inclusão de determinados sujeitos na comunidade. Mas tudo dependerá dos procedimentos assumidos pelos profissionais que lidam com tais sujeitos para que tal reinserção se concretize.

Lembro que em épocas anteriores a norma era trancafiar o doente mental em instituições e que as representações veiculadas sobre o doente mental o posicionavam como sujeito perigoso e incapaz de gerir a sua própria vida. Como Palombini (2007) registrou, antes de Pinel lidava-se com a loucura numa relação de poder veiculada através da violência – a loucura era aprisionada, acorrentada, colocada em cela -, sendo a loucura definida, na Idade Clássica, como um erro de juízo. Posteriormente, essa passa a ser entendida como um excesso de vontade, que precisa ser dominada pela psiquiatria, campo a que se atribui o poder disciplinar sobre a loucura e a competência de assujeitamento do louco, de domar a sua vontade submetendo-o à disciplina do poder médico. Palombini (2007) refere, a partir de idéias foucaultianas, que se Pinel libertou os loucos das correntes – mas não do internamento - inaugurando o marco da psiquiatria moderna, o preço que o louco precisou pagar por essa libertação foi o de se submeter à disciplina do poder médico e de curar-se. A Reforma Psiquiátrica, por outro lado, veio propugnar a libertação do internamento a partir do projeto de inserção do louco ou do doente mental no contexto social.

Um outro aspecto referido pelo psicólogo André refere-se à idéia de trabalho institucional realizado no Matriciamento. Ele considerou que em cada Unidade de Saúde, o trabalho a ser realizado tem peculiaridades e está “em um momento” específico. Então, alguns postos trabalham questões do “processo de trabalho” e “questões da equipe”. Ele refere que em sua equipe de Matriciamento realizam-se, junto a algumas equipes da rede básica, quatro oficinas sobre “acolhimento de saúde mental” e “acolhimento de saúde em geral”, momentos nos quais trabalha-se “o que dificulta um bom acolhimento” ao paciente, como por exemplo “as condições do ambiente”, ou “a falta de trabalhadores”. O psicólogo André diz serem estes pontos que acabam “[...] influenciando para que esse acolhimento aconteça adequadamente [...]”. Por isso refere como relevante colocar a pergunta “ ‘quem acolhe o trabalhador?’ ” Pois, considera que o acolhimento ao trabalhador e suas dificuldades devem ser configurados como um trabalho institucional.

Dessa forma, ele considerou que faz parte de seu trabalho em nível institucional acolher essas dificuldades, mas ele sublinha que essa

É uma mudança de modelo, né, então eu acho que trabalhar com essas resistências, com essas dificuldades, faz parte também do nosso trabalho.

Ou seja, André refere trabalhar respeitando o “momento” de cada equipe ou profissional na constituição do processo de Matriciamento, ou seja, nos serviços que há aceitação realiza um trabalho institucional, abordando as dificuldades das equipes para um atendimento mais humanizado. Ele diz trabalhar de forma sutil e não coercitiva, verificando quais as dificuldades dos colegas para realizarem o acolhimento aos pacientes, se aproximando daqueles que propiciam abertura para tal e respeitando a distância onde não há abertura.

Segundo essa entrevista de André, para conduzir condutas no sentido de que os profissionais acolham de uma forma mais qualificada, não basta ajudá-los a desenvolverem novas competências e habilidades, é preciso, antes, escutar também as dificuldades daqueles que devem realizar este acolhimento – o trabalhador e as equipes em seu funcionamento, em seus “processos de trabalho”. Deve-se, portanto, antes de tudo, conhecer e levantar os entraves organizacionais. Lembro que os dois documentos analisados do Ministério – o Anexo (BRASIL, 2004a) e a Cartilha (BRASIL, 2004b) - propõem ser o Matriciamento um “arranjo organizacional”, que busca ter efeitos nas organizações como um todo, bem como nas relações procedidas no interior das organizações e também entre as diferentes organizações da saúde. Lembro, também, que o acolhimento, tal como o Apoio Matricial, é outra prática proposta pelo Ministério da Saúde em uma Cartilha do HumanizaSUS intitulada “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” (BRASIL, 2006a), e cuja função primeira seria a de atuar como um instrumento para a humanização das práticas em saúde. Aliás, ao fazer tais referências André mostra estar situado nas políticas de Saúde do Estado propostas pelo Ministério, bem como subjetivado no “novo” modelo de ação.

Dando prosseguimento às considerações feitas pelos entrevistados, registro que o enfermeiro Celso e o psicólogo Mário também referem realizar um trabalho institucional. O serviço em que trabalha o enfermeiro Celso foi criado, segundo ele, já com a intenção de realizar a Interconsulta, isso há bastante tempo, antes mesmo deste profissional começar a trabalhar ali, há cinco anos. Quanto ao procedimento da Interconsulta, ele referiu que os profissionais do seu serviço de saúde mental vão em duplas a cada posto da rede básica - geralmente uma vez por mês⁴⁷ - onde sempre

⁴⁷ Mas em alguns postos de saúde vão duas vezes por mês.

discutem os casos, sendo que a partir desta discussão, se houver necessidade, podem ser marcadas entrevistas conjuntas ou proceder-se ao encaminhamento do caso para tratamento em seu serviço de saúde mental, ou continuar o atendimento na rede básica. A dupla de Matriciamento é composta por um médico psiquiatra e outro profissional da equipe (psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social). Na equipe há um psiquiatra além de residentes em psiquiatria, que também atuam nestas duplas, o que determina que a cada ano se inicie um novo trabalho conjunto, em função do rodízio de residentes.

Celso também participa da reunião de equipe nos PSF's, onde os casos são trazidos pelos diferentes profissionais, estando entre esses, inclusive, agentes comunitários. Ele dá destaque ao objetivo que sua equipe tem de incluir esses agentes nessas reuniões, no caso de ainda nelas não terem sido incluídos. Quanto às US's, ele refere ser comum não realizarem reuniões de equipe e restringir-se o trabalho de Interconsulta a ser realizado apenas com o médico. No entanto, ele considera que o objetivo da Interconsulta é ampliar a discussão em equipe e nela incluir outros profissionais. Ele refere, ainda, que, às vezes, sua equipe faz um trabalho com a coordenação da UBS para que os médicos possam ampliar o horário das consultas, quando o paciente necessitar de um pouco mais de tempo, ou para trabalhar a necessidade dos profissionais de reorganização do trabalho ou de suas sugestões. Mas, ele destaca, que se deparam com questões organizacionais importantes, tais como a limitação de pessoal ou de carga horária, tal como foi indicado por André.

O psiquiatra Milton e o psicólogo Mário realizam a Interconsulta desde 2005 e sua ação consiste em irem à rede básica em duplas (este psiquiatra e este psicólogo costumam ir juntos) duas vezes por mês a cada posto de saúde para discutir casos e atender conjuntamente com os profissionais dos postos de saúde. Este serviço não realiza o tratamento especializado, somente a Interconsulta, e quando se faz necessário o tratamento especializado, encaminha-se o paciente para outro serviço de saúde mental na mesma região. Também o psicólogo Mário relata que nas Unidades Sanitárias busca-se trabalhar para que os profissionais reconheçam já estarem prestando atendimento em saúde mental e ele propõe para integrarem-se à nova proposta que procedam a alguma sistematização desses atendimentos. Ele propõe, a partir da ação de Interconsulta, que se assumam estratégias tais como que a equipe “pare para conversar”, que discuta, por exemplo, “[...] como a equipe se enxerga, qual é o nosso papel aqui?” Por isso, justifica ele, é importante que se trabalhe, também, com as equipes, pois muitas equipes têm um

“sofrimento em função do trabalho”. Mário e Milton têm uma preocupação em abordar esse tema com o apoio do setor de Saúde do Trabalhador da SMS e do serviço GeraPoa, que também lida com a saúde do trabalhador, realizando, também, oficinas para trabalhar o modo como a equipe se enxerga.

Mário também indicou que há, na rede básica de saúde, uma grande demanda por parte da população, pois os Postos de Saúde são a “porta de entrada” no SUS, sendo esse local referência para o atendimento de todo tipo de problemas de saúde. Assim, na rede básica, o trabalho é incessante para os clínicos e a equipe e os atendimentos seguem uma dinâmica rápida e “objetiva”. Faz-se então necessário, segundo ele, parar de realizar tarefas para refletir e conversar a respeito do que é feito, proposta que teria muito sentido em tal contexto.

Essas falas dos entrevistados a respeito do trabalho institucional remetem-me a considerar o que Rose (1998) aponta, quando ele refere que, na modernidade, a vida nas organizações passou a ter também um matiz psicológico e que as ações de governo passaram a incidir sobre isso, na busca por aumentar a produtividade e a harmonia, a partir de propostas que visam melhor adaptar os sujeitos às suas práticas de trabalho, levando em conta a intersubjetividade, privilegiando o trabalho com grupos, entre outros procedimentos.

Então, nessa direção, ações que implicam, por exemplo, “fazer junto”, “dar atenção ao trabalhador e às equipes”, bem como a promoção das “reuniões” para discutir casos ganhariam destaque. O psicólogo André considera o Matriciamento, tomado como a ida do profissional da saúde mental à rede básica, mais produtivo do que a Interconsulta realizada no serviço de saúde mental, porque no primeiro se faz o atendimento ao paciente junto com o profissional da rede básica, o que permitiria que a rede básica percebesse que os profissionais da saúde mental vão “pegar junto e fazer junto”. Para ele, esta é uma forma de desfazer a queixa enunciada por profissionais da rede básica em relação à Interconsulta, pois, nesta prática, o profissional da rede básica, vai ao serviço de saúde mental, faz a discussão do caso, e esse continua sendo responsabilidade do profissional da rede básica. Para André, o papel da Interconsulta consistiria, então, bem mais em “reprimir a demanda” de encaminhamentos da rede básica para os serviços de saúde mental; já em relação ao Matriciamento, ele pensa ser esse capaz de mudar a “lógica do modelo assistencial” em prol da integralidade, da troca entre profissionais, sendo esse “articulador dos dispositivos da rede de serviços, da equipe”. Este profissional defendeu a inclusão do Matriciamento também nas reuniões

da SMS, relatando ele que, inclusive, começou a participar do GT de Matriciamento na SMS, quando este se chamava GT de Interconsulta, em 2008, tendo sido o seu ingresso neste GT motivado por sua intenção de criticar a Interconsulta. Ele refere até ter conseguido convencer seus colegas a modificarem o nome do GT que passou a se denominar GT de Matriciamento. Sua fala demonstra empolgação com o tema do Matriciamento e pareceu-me até que ele buscava persuadir a mim, entrevistadora e colega da saúde que realiza a prática de Interconsulta, na direção de ressaltar as vantagens do Apoio Matricial e as desvantagens da Interconsulta.

André acha que a mudança de modelo tem que se dar como uma

estratégia da educação permanente, [oferecendo] muito espaço de discussão, espaço para a equipe reunir, conversar... [realizar] as reuniões de equipe que não sejam só burocráticas [...], às vezes, nem tem reunião de equipe, né, às vezes a equipe não se reúne nunca.

Quero registrar ser este profissional o único a defender o Matriciamento, enquanto prática específica e a entendê-lo como bastante diferente da Interconsulta. Os outros profissionais da saúde mental que entrevistei, não levantaram tal questão, sendo que, inclusive um deles (Celso), misturou as noções de Interconsulta e Matriciamento.

O enfermeiro Celso, cuja equipe vai em duplas até a rede básica, faz uma interessante relação entre os termos Interconsulta e Matriciamento. Disse ele:

eu entendo esse trabalho, o Matriciamento, como, na verdade, uma metodologia de trabalho que acontece nas reuniões que a gente chama de Interconsultas.

Essa corresponde, então, a uma apropriação bem particular destas práticas e noções, que não coincide especificamente com a definição de Matriciamento assumida nos documentos do Ministério da Saúde que examinei e que define esta prática como mais ampla do que a da Interconsulta por incluir consulta conjunta e não só a discussão de casos. Aliás, sua definição também não coincide com a definição de Interconsulta assumida pela SMS, que não prevê, por exemplo, a ida à rede básica ou a consulta conjunta. No entanto, a apropriação específica dessas ações feita por este profissional, pareceu-me ser operativa e produtiva para a sua prática. Como ele ressaltou, ele e sua equipe costumam ir à rede básica para discutir os casos e realizarem consultas conjuntas, sempre que necessário. Pode-se dizer que ao fazer tal apropriação, Celso deixa evidente ter sido perpassado por subjetivações da área psicanalítica, da

enfermagem e da psicologia que ficaram visíveis em sua entrevista, como veremos mais adiante, além das subjetivações conduzidas pelas políticas de governo da saúde pública e saúde mental. Isso mostra que as práticas profissionais e do eu podem dialogar com as práticas de governo e serem relativamente independentes das práticas de governo, tal como aponta Dean (1999), pois a autoridade governamental propõe uma definição de Matriciamento e de Interconsulta, que não é exatamente a utilizada por este profissional no seu trabalho e na sua condução. E tal como Hall (2000) assinalou, o sujeito individual, aqui no caso o profissional enfermeiro, faz apropriações específicas das posições que lhe são demandadas enquanto profissional matriciador da saúde mental, utilizando, inclusive, uma nomeação própria para qualificá-la.

Reunir e conversar são, como André frisou, “estratégias” e táticas para colocar em relação equipes que, às vezes, nem costumam se reunir. Para ele, faz-se necessário, então, realizar a interdisciplina, procurar governar e educar o trabalhador para que transforme suas práticas, mas não só elas, também para modificar a sua maneira de ser e se relacionar com sua equipe, tal como propõe a cartilha do HumanizaSUS, que destaca a importância de se agenciar “novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços” (BRASIL, 2004b, p.5) e, em última instância, de remodelar esferas de atuação profissional e pessoal dos trabalhadores da saúde.

Ressalto, ainda, que as práticas de Interconsulta e Matriciamento procuram governar os profissionais da rede básica para a modificação de suas práticas, o que implica propiciar subjetivações direcionadas aos modos de trabalhar em conjunto, bem como a inclusão da atenção aos casos de saúde mental nas suas ações em saúde. Para isso procuram, nas ações de Matriciamento/Interconsulta, modificar a subjetivação do profissional da saúde. E esse chamamento ao trabalho em conjunto integraria um discurso social mais amplo em circulação no mundo contemporâneo, que propugna que se reforce a participação de todos na coletividade, apesar de vivermos em uma sociedade individualista (LEBRUN, 2009a). Lembro que, ao explicar como isso se processa, Lebrun (2009a) salientou que se passou

de uma autoridade vertical para uma autoridade horizontal, de uma autoridade disciplinar para uma autoridade dialogal, de uma norma prescrita para uma norma construída, de uma autoridade formal para uma autoridade negociada caso a caso, da sanção externa para a sanção interna, [...], de uma autoridade coercitiva para uma autoridade persuasiva, de uma autoridade de puro e simples controle dos subordinados para uma autoridade que deve integrar sua autonomia.[...] (p. 119)

Nessa direção operaria, então, a valorização das parcerias, dos vínculos, bem como da idéia de boa vizinhança entre os serviços de saúde e saúde mental, tal como indicaram alguns dos entrevistados, entre esses Norton, Dalton e André. Como já abordei anteriormente, o terapeuta ocupacional Dalton referiu encontrar dificuldades e considerar serem essas, objeto do trabalho de Matriciamento: as resistências associadas à enunciação da incapacidade manifestada por profissionais da rede básica para lidarem com a saúde mental, o fato de alguns se sentiam “espionados” pelos profissionais de saúde mental. Então, em função disso, ele refere ir aos poucos “estabelecendo o vínculo” e ir realizando um “trabalho de parceria”, destacando que esta parceria se refere, também, à realização de oficinas terapêuticas na comunidade, tomando-as como parte da atividade de Matriciamento. “Afinidade” e “sintonia” são citados pelo psicólogo André como importantes neste trabalho, que é por ele realizado na mesma equipe em que atua o terapeuta ocupacional Dalton.

O psicólogo Norton trabalha num serviço que atende infância e adolescência e que realiza a Interconsulta junto com o serviço que atende adultos na sua região. Antigamente, ambos os serviços compunham uma só equipe, mas, posteriormente, foi feita a separação em duas equipes, uma para atender adultos e outra para atender crianças e adolescentes. Os profissionais dos dois novos serviços decidiram não separar as Interconsultas para fomentar a troca entre os profissionais da rede básica com os dois serviços, ou seja, na Interconsulta da região sempre há profissionais das duas equipes. Também Norton expressou bastante empolgação ao descrever seu trabalho de Interconsulta, que é realizado há aproximadamente cinco anos. Nas reuniões se discute infância, adolescência e casos de adultos, e se reúne o pediatra e o clínico, por exemplo, o que Norton considera incentivar a troca interprofissional. Segundo seu relato, as reuniões acontecem nos serviços de saúde mental, cada reunião agrega um grupo diferente de postos de saúde (sua região tem um total de 19 PSF's e 4 US's), somando 6 grupos de Interconsulta. Também o psicólogo Norton foi outro entrevistado a referir a importância de se promover nesta atividade, uma “política de boa vizinhança”. Ele referiu, inclusive, que, quando a Interconsulta ainda não estava implementada em sua região, os profissionais da saúde mental visitaram os postos da rede básica falando da proposta da Interconsulta e convidando os profissionais da rede básica para que participassem das reuniões realizadas no serviço de saúde mental.

Pode-se dizer que o vínculo, a parceria, a política da “boa vizinhança”, bem como o fazer junto, o trabalho com as equipes visando seu entrosamento, bem-estar, e outras práticas aqui citadas, diriam respeito às “racionalidades práticas” e às tecnologias que as disciplinas *psi* - e as outras que lidam com esta área - criam, tal como Rose (2001b) indicou, para agenciar subjetividades e governá-las. Aliás, cabe registrar que independente do valor educativo, prático e terapêutico que essas práticas possam ter – como de fato têm – essas se configuram como tentativas de conduzir condutas.

8.2.1 É preciso atentar para a “dor na alma”

Abordo agora como se processa na prática da Interconsulta/Matriciamto a construção dos casos abordados. O enfermeiro Celso considera depender a Interconsulta da disponibilidade dos profissionais e, inclusive, da “condição subjetiva” desses profissionais. Como ele referiu:

Vai muito da gente poder escutar também o limite do profissional [...] Têm profissionais que se encarregam de um paciente grave, outro [se encarrega] com o aporte da Interconsulta, outro não. Isso é variável. Tem unidades que o paciente grave fica um pouco perdido no cotidiano do trabalho. Então um pouco o nosso papel é puxar esse paciente. É uma situação grave, precisa de acompanhamento, vamos puxar, vamos trazer pro serviço de saúde mental, ver se ele consegue vir, vamos fazer visita domiciliar. [...] A gente ajuda a montar o paciente, digamos.

Segundo ele, o caso “vai-se constituindo de forma a poder trazer elementos para a discussão e aí possibilitar um encaminhamento da situação.” Ocorre também, ao longo da Interconsulta, de serem trazidos de volta à discussão casos já trabalhados anteriormente para que não se perca de vista o desenrolar da evolução do mesmo e nem o envolvimento do serviço no acompanhamento do caso. Para ele, tais discussões ajudam a rede básica a planejar e a se organizar no atendimento desses casos. E, no caso do Posto de Saúde não conseguir se organizar, isso também é abordado na Interconsulta, de forma a trabalhar as dificuldades que eles têm.

Para ele, é importante “puxar” o caso e levar a equipe para o paciente, pois os postos atendem a muitas demandas diversificadas na área da saúde e os profissionais da saúde tendem a priorizar aquilo com o qual estão familiarizados, a partir de sua formação, que são as questões da saúde física/orgânica. Decorreria disso, a idéia de

ajudar a “puxar” o paciente, porque se os profissionais dos serviços de saúde mental não ajudarem a fazer isso, como ele sublinha, talvez o caso fique esquecido ou perdido na diversidade de outras demandas em saúde.

Tomar como objeto de trabalho as dificuldades, o que falha, os lapsos, o que tropeça no atendimento faz parte do *modus operandi* da formação em psicanálise. O enfermeiro Celso considera que seu papel é ajudar a construir o caso, a “puxar” e “montar” o paciente, tal como já foi indicado anteriormente. Pode-se dizer, então, que este profissional parece ter clareza a respeito de não estar o caso dado, mas que é preciso constituí-lo enquanto caso e enquanto paciente, a partir da conjunção dos discursos e das práticas, assim como o sujeito profissional da saúde mental e o sujeito profissional da rede básica também se constituem no mesmo movimento. Pode-se dizer, assim, que a prática da Interconsulta produz o objeto dessa atividade, o caso de saúde mental, e que também reitera a posição daqueles que a praticam. É possível pensar que esse é um processo educativo que orienta os sujeitos/profissionais a enxergar, a expressar, a julgar e a tecer os fios que vão constituir o caso, bem como o envolvimento dos profissionais da equipe, corroborando, ao mesmo tempo, para o estabelecimento do lugar dos que conhecem e que são, portanto, configurados como capazes de solucionar as questões examinadas. Pode-se considerar, também, que esse trabalho pode conduzir os profissionais a se interessarem pelo paciente e sua vida, buscando conhecê-lo mais e construindo com ele vínculos mais estreitos, sendo esse outro aspecto que a Interconsulta tem indicado ser importante no atendimento à saúde mental.

Cabe comentar aqui, que, segundo Rose (1998), na sociedade moderna aspectos subjetivos das vidas dos indivíduos passaram a ter um papel central, na medida em que eles conduzem a trocas com o mundo, com os outros e dos próprios indivíduos consigo mesmos. O conhecimento sobre a subjetividade instala novos regimes de verdade, novas formas de dizer coisas plausíveis sobre outros seres humanos e sobre nós, novas formas de pensar o que pode ser feito a eles e a nós. A *expertise* moderna estimula a subjetividade, promove a auto inspeção e a auto-consciência, busca maximizar as capacidades intelectuais, sendo isto incentivado na Interconsulta/Matricramento.

Dou prosseguimento a apresentação das considerações feitas nas entrevistas, indicando aspectos relacionados a como se dá a construção de critérios para o encaminhamento aos serviços especializados em saúde mental, na Interconsulta/Matricramento. Dou destaque às considerações feitas pelo clínico Lauro que, por já participar da reunião de Interconsulta há mais de seis anos e ser hoje

completamente engajado nesta proposta, relatou como se processou, inicialmente, a sua participação nessa prática. Como eu solicitei que ele também falasse acerca de como se processaram mudanças em sua prática, ele comparou sua prática atual com os atendimentos que assumia antes de começar a participar da Interconsulta, considerando que, a partir de sua participação nessa prática, ele passou a definir melhor os casos que precisariam de atendimento em serviço especializado de saúde mental e quais casos o clínico mesmo poderia manejar, considerando estarem entre esses, os casos de transtorno bipolar, transtornos obsessivo-compulsivos e síndrome do pânico. Disse ele que, anteriormente, ele apenas se dispunha a tratar os casos de depressão. Ele indicou, também, como busca tratar de todos esses casos hoje: primeiro, ele tenta manejar as situações-problema e depois, se perceber que os casos não vão melhorar sem psicoterapia, ele conversa com os pacientes encaminhando-os a atendimento especializado. Ele afirmou perceber que os pacientes aderem mais ao tratamento especializado em saúde mental hoje, do que anteriormente, e afirma conseguir motivar melhor os pacientes para o tratamento, hoje. Ele afirmou também acompanhar com medicação alguns casos que estão sendo tratados com psicoterapia no serviço de saúde mental.

Já o clínico Carlos afirma atender casos de saúde mental – apenas os “problemas passageiros” - e só levar para a “Consultoria” (como ela chama) os casos que considera graves e crônicos, para ir “mais a fundo” e ver a “origem” daquilo. Como ele afirmou:

Se não é um caso grave, assim, e pode esperar esse período [de tempo que leva para conseguir vaga no serviço de saúde mental], a gente dá a medicação pra ele usar, conversa. Às vezes a gente dá uma de psicólogo também.
--

Quando lhe perguntei o que significaria “dar uma de psicólogo”, ele explicou que isso significa dar “um apoio”, “uma atenção”, e salientou:

Quanta gente senta na nossa frente e começa a chorar. Eles não vêm com o problema de estar com uma dor. A dor deles é dor na alma.
--

Então, nesses casos, ele relata tentar conversar com a pessoa e buscar averiguar o que sucede. Costuma perguntar: “ah, mas o que houve, por que tu tá assim?” Acha que assume tal conduta, em parte, devido ao “treinamento” na Interconsulta, mas, em parte, também, em função de sua “humanidade”, de seu “lado humano”. Sobre a população

que recebe na US, ele assim se manifestou: “Hoje em dia, a maior parte dos problemas têm origem na parte psicológica. Muitas dores que a pessoa tem, tu vai olhar ‘não, mas não tinha essa dor antes, o que aconteceu de lá pra cá?’ Então a gente tem que relacionar isso, não é.”

Este clínico ainda diz que aprendeu com a Interconsulta a não passar rapidamente os casos ao serviço especializado, a motivar o paciente para o tratamento especializado, a definir os casos que podem ficar com a rede básica e os que não podem, a ampliar sua capacidade de atendimento em saúde mental, a manejar e medicar quando necessário. Mas, como ele destaca, não foi sempre assim, tendo sido esse um processo de aprendizado que demandou algum tempo; afinal, como ele relatou, já participa há seis anos da reunião de Interconsulta.

Então, nesta Tese, estou argumentando funcionar a Interconsulta/Matriciamiento como uma estratégia que tem uma dimensão pedagógica do qual fazem parte “tecnologias óticas de reflexão”, tal como indicou Larrosa (2002, p.38). No presente caso de Lauro, essas tecnologias operam, inclusive, na direção de conduzir esse profissional a realizar reflexões examinando a sua prática e as transformações nela processadas ao longo do tempo com as aprendizagens da Interconsulta. Como ele referiu, ao transformar-se (e ao transformar a sua prática), Lauro desenvolveu novas habilidades, que lhe permitiram mudar sua forma de ver os casos de saúde mental – é possível dizer que ele se subjetivou nessa prática ao assumir ser necessário proceder a uma abordagem mais integral, e ao posicionar-se como um profissional que se alinha ao discurso do Programa de Saúde da Família.

O clínico Lauro e o clínico Cristiano demonstraram, a partir da sua adesão à prática da Interconsulta, terem sido disciplinados e subjetivados nesse modelo de atendimento à saúde mental, o que se expressa, por exemplo, quando Carlos diz ser sensível à dor que não é orgânica, mas a “dor na alma”. Como se pode ver, ele relaciona alguns casos de dores orgânicas a algo que não é da ordem do estritamente biológico, como seria o caso de questões ligadas, por exemplo, aos afetos e a vivências da vida atual das pessoas. Aliás, é por ter sido subjetivado por essas novas propostas para a saúde, que ele passou a se propor a dar atenção, apoio, bem como a escutar e a conversar tanto com seus colegas relativamente aos casos examinados, quanto com os pacientes. Como ele também indicou essas são sensibilidades que ele considera ter desenvolvido, em parte, na Consultoria e, em parte, já integrarem a sua personalidade – o seu “lado humano”. Referências à humanização ou ao humano também foram feitas pelo psicólogo Norton,

que considerou que, a partir da Interconsulta, se tornou maior a atenção prestada pelos profissionais da rede básica para os casos, de um modo geral, bem como para a coleta mais cuidadosa de dados sobre o paciente e sua família, características que ele relaciona a uma forma de “humanismo”, que se estaria instaurando nos atendimentos.

Um outro aprendizado do Matriciamento diz respeito a novas formas de ver, enxergar e lidar com os casos de saúde mental. Vou trazer excertos das entrevistas para indicar como isso se deu.

O terapeuta ocupacional Dalton considera importante trabalhar o fato do pessoal da rede básica se assustar com a saúde mental no intuito de que se eduquem para não se assustar ou ansiar e se familiarizarem com estes problemas. Como ele referiu:

[...] o pessoal da rede básica sempre fica muito assustado com essa questão da saúde mental. E saúde mental é um assunto delicado para qualquer profissional da rede básica. Eles se dizem não sendo capacitados pra identificar, pra acompanhar, né. [...]

O psicólogo André considera que o Matriciamento ensina os profissionais da rede básica a desenvolverem e ampliarem a escuta do caso. Como ele destacou:

Como aquele usuário que está lá [no posto de saúde] três vezes por semana, uma vez por semana. Se tu parar e escutar ele melhor, uma meia hora num dia, bom, ele não vai precisar falar toda semana e vai ter repercussão.

Ele acrescentou ainda, que “é isso que a gente vai trabalhando com os trabalhadores para eles poderem parar e escutar”. Além disso, ele ressalta que após o atendimento conjunto com algum profissional da rede básica, ele costuma discutir este atendimento sendo comum que os profissionais da rede básica digam “ah, tu fez tal pergunta que eu não iria perguntar”, o que seria indicativo de como eles aprendem a averiguar outras questões, aprendendo, também a averiguar porque os pacientes, às vezes, não aderem aos tratamentos.

O terapeuta ocupacional Dalton considerou como um dos efeitos do Matriciamento a modificação do

olhar para o paciente. Eles começam a enxergar a pessoa ali, né, eles enxergam a família.

Dalton comenta que foi uma médica clínica que lhe disse isso. Dalton acrescenta também que, antes do Matriciamento, muitas vezes, o paciente da saúde mental era visto como

[...] a doença, o fulano, o chato, aquele que não sai do posto, que está ali todos os dias. Então, aí quando consegue [...] situar quem é essa família, quem é essa pessoa que está vindo ali, a coisa passa a ser mais individual e mais humana também.

Mas acrescenta ele, no entanto:

[...] ninguém parou pra escutar o que ele tá pedindo ali [...] vamos escutar de um outro jeito.

Ou seja, fica indicada na fala deste profissional que há um trabalho a ser feito: o de educar o profissional da rede básica na direção de que ele realize *experiências de si*, como diria Larrosa (2002), no sentido de se deixar sensibilizar com os casos, o que envolve a aceitação do outro e da sua subjetividade, bem como um modo diferenciado de ver a saúde mental, que difere do rechaço. Dessa forma, Dalton indica a necessidade de alterarem-se não só as técnicas e procedimentos em curso, mas também a atitude, a disposição e os afetos do profissional da rede básica, relativamente aos modos de atenção, pois isso tem efeitos no atendimento ao usuário, permitindo uma melhoria na sua aceitação e uma forma de vê-lo de outra maneira.

Outro aspecto em relação ao qual o Matriciamento/ Interconsulta pretende educar os profissionais da rede básica implica reforçar o reconhecimento de que eles já realizam algum atendimento em saúde mental. Isso diz respeito, especialmente, aos clínicos gerais, que renovam receitas, mas que não reconhecem ser este um atendimento em saúde mental, até, talvez, porque, muitas vezes, este seja mesmo apenas um ato mecânico de copiar uma receita que não se faz acompanhar por uma avaliação do caso, ou pela averiguação mais detida da situação do paciente, tal como indica o clínico Aurélio que se afirma um “copiador” de receita de saúde mental, como veremos mais adiante. Aliás, o terapeuta ocupacional Dalton e o psicólogo André afirmaram se propor, inclusive, a fazer o clínico que não quer atender saúde mental reconhecer que já faz tal atendimento, pois renova receitas de medicações psiquiátricas, bem como propor a qualificação deste trabalho.

Ainda outro aprendizado ou efeito produtivo indicado na fala dos clínicos relativamente ao Matriciamento, diz respeito a alguns profissionais sentirem-se mais

seguros e capacitados para atender saúde mental. O clínico comunitário Fernando considera que o objetivo da consultoria (assim ele a denomina) de saúde mental seria, então:

dar um suporte e fazer com que a gente se sinta mais seguro pra atender casos que a gente imagina que não é capaz ou que não é possível atender [...]

Fernando ressalta, ao fazer tal comentário, que a Consultoria pode funcionar como uma prática pedagógica que transforma o clínico geral fazendo-o sentir-se em condições de acompanhar casos de saúde mental, desenvolvendo, ao mesmo tempo, aptidões e habilidades para tal. Ou seja, uma tal prática incide, inclusive, na construção de uma nova imagem de si como sujeito profissional – de alguém que se considerava incapaz de atender casos da saúde mental para alguém que se sente capaz de atualmente fazê-lo. Outros clínicos também referiram sentirem-se mais seguros para atender a saúde mental, após a experiência da Interconsulta, tal como Lauro. Este aspecto foi também referido por profissionais da saúde mental, como já indiquei anteriormente, o que mostra que a Interconsulta é uma estratégia de governo e auto-governo que procura disciplinar os profissionais no atendimento da saúde mental.

O assistente social Gabriel⁴⁸ trabalha em um serviço que faz o tratamento em saúde mental de adultos e que realiza reuniões de Interconsulta em suas dependências. A atividade de Interconsulta é realizada por ele, juntamente com um psicólogo e um psiquiatra de sua equipe, e também com profissionais da outra equipe da sua região que atende infância e adolescência. Diz que este formato de reunião interdisciplinar acontece, assim, desde o início das realizações desta atividade em seu serviço em 2003, quando a Interconsulta era ainda chamada de Consultoria. As US's da sua região, por terem área de atuação maior, participam da Interconsulta duas vezes por mês e os PSF's só uma. O assistente social Gabriel comenta que uma das questões para as quais a Interconsulta educa diz respeito à abordagem medicamentosa e à realização de uma “hipótese diagnóstica psiquiátrica” (nos casos de adultos). Ele afirmou que, assim, os médicos ficam “mais tranquilos” e “mais seguros” para atender a saúde mental, quando se valem de medicamentos e de diagnósticos. Ele também referiu que, na Interconsulta, todos os profissionais da saúde mental enunciam hipóteses sobre os casos comentados e orientam sobre os cuidados a serem tomados em relação ao caso.

⁴⁸ Esta entrevista teve problemas técnicos para a gravação e seu registro foi por escrito. Por isso tem poucas transcrições literais.

Conhecer o paciente, averiguar mais os dados, trazer mais informações para a Interconsulta e acompanhar o caso por várias consultas são outros pontos para os quais aponta a contribuição do Matriciamento. Muitas vezes o profissional da rede básica traz poucas informações sobre o caso na Interconsulta, mostrando, com isso, que não procedeu a uma investigação mais detalhada, tendo atendido de forma rápida casos que necessitam uma atenção mais particularizada, como é comum acontecer na área de saúde mental. Entre as perguntas que o psicólogo André diz remeter aos clínicos, uma delas diz respeito a como estão acontecendo o acompanhamento e à reavaliação dos pacientes, bem como a renovação de receitas psiquiátricas, qual o tempo da consulta, entre outras questões.

O psiquiatra Milton e o psicólogo Mário afirmaram que ao iniciarem sua participação na Interconsulta trabalhavam muito com as equipes, para que trouxessem mais informações sobre os casos, conhecessem como era a vida da pessoa e vinculassem mais o paciente. Diziam para os profissionais

Olha, tem que conhecer mesmo aquela pessoa, não tem mágica.

E orientavam para os clínicos reverem os pacientes, remarcarem consultas, chamarem de novo o paciente, prática que não é comum de acontecer na rede básica e que os casos de saúde mental muitas vezes necessitam. Com a Interconsulta, segundo Mário e Milton, os profissionais passaram a trazer mais informações sobre os casos e os pacientes a serem mais vinculados a estes profissionais.

O enfermeiro Celso também considerou que a Interconsulta ajuda na construção de critérios que permitem a indicação de quais pacientes devem permanecer sendo atendidos no posto de saúde e quais deverão ser encaminhados para um serviço especializado. O assistente social Gabriel também emitiu opinião semelhante acerca da construção de tais critérios de encaminhamento, além de observar a possibilidade de cada profissional da rede básica acompanhar tais casos de doença ou sofrimento mental. Ele relatou que sua equipe estabelece o critério da gravidade do caso para propor o encaminhamento ao serviço de saúde mental, levando em conta, também, se o profissional da rede básica está com dificuldades para lidar com aquele determinado paciente. Então, nestes casos, também se faz o agendamento para o serviço especializado, visando estabelecer uma “parceria”, ou mesmo “ganhar” o profissional da rede básica”, como ressaltou Gabriel. Assim, ele esclarece não ser somente os

profissionais da saúde mental que decidem o que vai ser agendado ou não. Algumas vezes, na reunião de Interconsulta, decide-se acolher, inclusive, um caso menos grave mas, nestas situações, se ressalta para o profissional envolvido com o caso, que, ao agendar um caso menos grave, talvez não haja vaga para o acolhimento de um caso “mais grave”, salientando-se, também, algumas vezes, a dificuldade do profissional da rede básica de escutar determinado paciente ou a sua resistência a um determinado atendimento.

Quero lembrar que um critério como a gravidade produz o paciente como mais grave ou menos grave e, também, os sujeitos que fazem este julgamento, os especialistas da saúde mental como habilitados a julgar. E, para utilizar o critério sobre o caso mais grave, invoca-se o que é considerado “estar dentro” ou “fora” do normal, ato classificatório que envolve a mobilização de saberes, além das diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde. Como indiquei, outro critério assumido em relação às definições de encaminhamentos implica verificar as dificuldades para o atendimento – a consideração sobre estar o profissional da rede básica tendo dificuldades para lidar com um paciente - além do objetivo de buscar “ganhar” o profissional da rede básica para a prática da Interconsulta e para o atendimento em saúde mental. Ou seja, exercita-se, nessa prática, tal como em outras tantas conduzidas nas ações de saúde e educativas, por exemplo, um poder sutil, não repressivo, que objetiva envolver os sujeitos para a realização das propostas oficiais, proporcionando-lhes algum grau de satisfação relativamente à sua participação nas mesmas. Gabriel afirma usualmente explicar para os participantes que integram a rede básica, que a marcação de consulta, de alguns casos, não deixará de ser feita, mas que essa ocorrerá mais adiante. Desse modo, como se pode ver, exercem-se muitas negociações que objetivam a implantação e a adesão a essa prática.

8.2.2 Complexificando a visão dos casos e ampliando as práticas de assistência à saúde mental

Outro aspecto para o qual pareceu-me importante dar destaque, a partir do que foi levantado nas entrevistas, diz respeito a como o Matriciamento/Interconsulta mostraram atuar na ampliação da complexidade da discussão e inclusive das práticas de atenção à

saúde mental, tanto nos serviços especializados como na rede básica. Assim, a referência à capacitação foi outra ação relatada pelos entrevistados. Ela está incluída nas propostas de ação do Matriciamento e da Interconsulta, tal como foi possível ver nos documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, que examinei. Dois profissionais (Norton e Celso), de diferentes serviços de saúde mental, referiram que nesses realizaram-se ações de capacitação para a rede básica, sendo que, nessas capacitações, duas versaram sobre saúde mental no adulto, incluindo questões de diagnóstico e de tratamento medicamentoso. Também foi realizada uma capacitação focalizando o tema infância, sendo que essa abordou temas como etapas do desenvolvimento, as chamadas fases normais da adolescência, além da identificação de hiperatividade na infância.

Alguns profissionais consideraram o Matriciamento e a Interconsulta como uma prática de educação continuada, sendo essa a posição do clínico Fernando, que chama de educação continuada ao trabalho de Consultoria, como já foi citado anteriormente. Aliás, tal posição é compartilhada pelo psicólogo André, que também se referiu ao Matriciamento como “educação permanente”.

Considero importante ressaltar, ainda, a forma como o psicólogo Mário considera atuar na Interconsulta, objetivando marcar para os profissionais da rede básica que “o paciente é da rede básica”, que o vínculo do paciente é com a rede básica e não com os profissionais que realizam a Interconsulta. Segundo ele, há casos graves, que até deveriam estar em CAPS, mas que, por diferentes razões, não estão, cabendo, nesse formato, cabendo, então, à rede básica acompanhá-los.

O clínico Fernando pareceu-me concordar com tal posicionamento, ao afirmar que:

Tem que ir nessa lógica assim de que o paciente ele é daqui, assim, da comunidade e do posto de saúde, né?
--

Poderia-se perguntar, então, por que o paciente precisaria ser necessariamente de um serviço ou de outro, se ele circula por diferentes serviços da rede de saúde, sendo que em algum momento ele está mais ligado a um serviço do que a outro? Podemos pensar que o paciente pode se vincular tanto a um profissional de saúde mental, quanto a um profissional da rede básica e, que, então, não haveria necessidade de determinar-se a vinculação a um ou a outro. A afirmação vinda de um profissional de saúde mental, que realiza a Interconsulta, mas cujo serviço não realiza o tratamento especializado, visa

ênfatizar a importância da rede básica se vincular e se responsabilizar pelos casos, apesar disso não excluir a possibilidade de uma vinculação aos profissionais da saúde mental. Ao que parece, a afirmação do clínico Fernando buscou também mostrar, para a entrevistadora, o quanto ele estaria envolvido e subjetivado nesta forma de pensar, ao repetir com convicção o argumento que os profissionais de saúde mental da sua região utilizam para engajar os profissionais da rede básica nos atendimentos.

Outra forma de pensar a Interconsulta foi explicitado pela Gerente Distrital da região onde atua o assistente social Gabriel. Segundo Gabriel, ela considerou a Interconsulta um “programa de gestão” e determinou que os profissionais da rede básica participassem da Interconsulta. Isso, segundo o relato desse assistente social, ajudou a implementar a Interconsulta. Porém, o mesmo tipo de apoio não teria sucedido em outra região da cidade, segundo depoimento de outro profissional da saúde mental, que não julgo oportuno especificar.

Uma ampliação da prática de Interconsulta parece ter-se processado na direção da promoção de diálogo entre serviços de saúde e intersetorialidade com serviços de fora da saúde, tendo essa ação sido referida tanto pelo psiquiatra Milton, quanto pelo psicólogo Mário, que relataram ter passado a convidar outros serviços, que estariam fora da área da saúde para discutir alguns casos, além da rede básica. Quando a situação envolvia crianças, por exemplo, eles ampliaram o leque de serviços e relações para além da saúde, chamando a escola, o Conselho Tutelar e a família para pensar encaminhamentos conjuntos. Parece-lhes que, se isso não for feito, o encaminhamento da criança seguirá comumente na direção de um pedido de “avaliação neurológica e psicológica”⁴⁹, parecendo-lhes, no entanto, que a questão “vai além disso”, como frisou o psicólogo Mário. Aliás, eles também relataram ter passado a chamar os serviços de saúde mental da região (CAPS, ambulatórios de psiquiatria, internação) para conversar, negociar possibilidades, em algumas situações, parecendo-lhes ser essa a forma de “construir a rede”, bem como de melhorar o “diálogo” com outros serviços, tal como destacou o psiquiatra Milton.

O psicólogo Norton refere ter a Interconsulta levado o clínico de seu serviço a se interessar por outras questões, tais como a “atenção à história da criança”, referindo ele que os médicos que participam das Interconsultas reconhecem e dizem:

⁴⁹ É muito comum as escolas encaminharem para avaliação neurológica e psicológica os alunos que apresentem comportamentos considerados não compatíveis com o que a escola espera.

‘puxa, como foi bom isso, como eu aprendi a ter uma escuta maior, né, mais focada no desenvolvimento todo da criança.’

Também acredita que os clínicos aprenderam a não ouvir apenas a queixa da mãe e fazer o encaminhamento a partir disso, mas, também, a observar a criança. E isso inclui, por exemplo, dar uma folha para a criança desenhar, enquanto a mãe está falando, para ver se o desenho está adequado para a idade e, também, observar o comportamento da díade mãe/filho na consulta. O entrevistado qualificou tal ação como “humanismo”, indicando, também, ter promovido a construção de um saber.

Afirmou ele ser importante:

[...] de elas [as pediatras] poderem trazer mais dados assim, de saber qual é a escola da criança, como que a criança está de fato na escola. Não ser só aquela visão assim, né, da doença, e sim do contexto da criança no seu espaço.

Norton também indicou que os pediatras passaram também a trazer mais informações sobre os adultos que acompanham a criança ao atendimento para: aprofundar as queixas feitas por estes, verificar com que familiar a criança conta, se tem alguém que possa ser chamado para conversar no momento da consulta, entre outros pontos.

Então, vê-se aqui, em ação, as já referidas tecnologias de exame voltadas a individualizar e também a disciplinar os corpos infantis e os de seus pais: a observação, a escuta, a avaliação das manifestações das crianças bem como dos próprios encaminhamentos da escola, como veremos abaixo. Ao indicar serem essas as tecnologias que atuam no disciplinamento desses sujeitos, Foucault (2004) ressaltou que isso não anula o valor científico ou a eficácia terapêutica destas intervenções, pois, ao atentar para um maior número de aspectos da infância, a visão dos profissionais se amplia e suas possibilidades de intervenção também. O exame tenta fazer a objetivação do sujeito, tomar o sujeito como objeto, o que, ao mesmo tempo, tem efeitos sobre sua subjetivação, sobre a forma como a criança é apreendida e se apreende, e sobre como ela passa a ser vista como alguém que tem algo a dizer e que é importante ser escutado, não só pela escuta do que os adultos falam a seu respeito. Conforme Foucault (2006b, p. 154) no exame ocorre “a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam”. Então, ao mesmo tempo em que o exame permite a extração de um saber do corpo examinado (a criança, a relação com a mãe), permite, também, a

transmissão do saber do profissional que está examinando, estabelecendo um campo de conhecimento, ao mesmo tempo que também realiza a sujeição do examinado. Registro, ainda, que, segundo Foucault (2006b), a prática do exame está na fundação das ciências como a psicologia e a psiquiatria.

Estendendo-me um pouco mais sobre este tema, saliento, ainda, que, segundo Rose (1998), o exame combinou o exercício da vigilância (observar a criança e sua relação com a mãe), a aplicação do julgamento normalizador (o que é normal para sua idade), a técnica da inscrição material (registro no desenho, no prontuário), a fim de produzir traços calculáveis de individualidade.

Segundo indicou o entrevistado Norton, os pediatras aprenderam na Interconsulta também a avaliar melhor os encaminhamentos feitos pela escola. Ele exemplificou sua afirmação do seguinte modo: uma escola solicitou que o Posto de Saúde encaminhasse uma criança para um neurologista. O pediatra avaliou e, como ele participa da Interconsulta, pareceu-lhe que não haveria necessidade de encaminhamento a um neurologista, pois pareceu-lhe que o caso tratava-se de uma situação em que a mãe não estaria sabendo lidar com a criança, estabelecendo-lhe limites. A solução dada à solicitação foi, então, a de encaminhar tanto a criança, quanto a sua mãe para um acompanhamento psicológico.

Cabe supor que, talvez, se os profissionais possuíssem subjetivações fundadas unicamente no modelo biomédico, que caracteriza o modo positivista de ciência, provavelmente a solicitação feita pela escola teria sido atendida sem nenhum questionamento. No entanto, por participarem os profissionais da prática da Interconsulta, na qual se promove, tal como já indiquei diversas vezes nesta Tese, a discussão dos casos de uma forma mais ampla, tornou-se possível pensar em outras soluções, não centradas apenas nos sintomas, ou nas queixas maternas ou da escola, mas que buscaram considerar uma série de outros aspectos, incluindo-se, entre esses, as relações mãe e filho, as manifestações da criança na escola, entre outras. Ou seja, a Interconsulta subjetivou o pediatra, permitindo-lhe olhar de outro modo para o sintoma infantil. Como Norton buscou destacar, através da narração deste caso, os encaminhamentos a “especialistas”, por parte da rede básica, têm passado a ser pautados por referenciais que incluem uma visão mais complexa dos casos.

André também salientou que a prática da Interconsulta/Matriciação ensina aos profissionais sobre a importância de dar-se uma atenção integral ao paciente. O psicólogo André reafirma que seu trabalho no Matriciamento volta-se a marcar a

importância da rede básica vir a dar uma atenção integral aos pacientes, tal como ocorre, em seu ponto de vista, no PSF.

A este respeito, ele referiu que atenção integral é:

atender o usuário como um todo, que não é cada um atender o seu, não precisa se impor, né, enquanto é um trabalho de equipe.

Ao referir-se a práticas ainda vigentes, ele reitera que “essa lógica tem que mudar”, as pessoas precisam entender que “a saúde tem que funcionar de um outro jeito e não desta forma fragmentada”. André refere que na Unidade Sanitária, que segue tal modelo, muitas vezes o profissional do turno da manhã não conhece o profissional do turno da tarde, o que é diferente no PSF. Parece-me possível indicar que a forma como ele reafirma a necessidade de mudança configura-se quase como um imperativo: “tem que mudar”. Mas a sua prática não é imperativa, pois usualmente ele respeita “o momento”, “o processo” dos participantes, porque não seria estratégico nem produtivo se assim não fosse, tal como indicou ele e o profissional Celso.

Como já indiquei anteriormente, a governamentalidade inclui ações de análise e reflexão sobre as situações, bem como a busca de novos procedimentos para melhor lidar com as situações; ou seja, ela não se caracteriza por propostas impositivas. E isso me parece estar ficando bastante bem demonstrado nos casos que venho aqui relatando.

Prosseguindo com a apresentação dos aspectos indicados pelos entrevistados, indico que o psiquiatra Milton foi o único a comentar como, na Interconsulta, ele lida com a noção de cura. Pode-se até dizer que ele se propõe a ensinar o profissional da rede básica a relativizar o uso valorativo da noção de cura, ao reiterar que na área de saúde mental não se cura de modo assemelhado à área orgânica, sendo necessário auxiliar o outro a resolver seu próprio problema. Ele ressaltou, ainda, que alguns sujeitos não mudarão, por ser aquele o “jeito da pessoa”, e que o profissional da rede básica não deve “se crucificar” por causa disso.

Foi registrado, ainda, que o Matriciamento/Interconsulta amplia o trabalho da rede básica ao apontar para outras atividades tais como os grupos de acolhimento, por exemplo. O enfermeiro Celso trouxe o exemplo de uma UBS que antes empilhava documentos de encaminhamento ao serviço especializado de saúde mental – o formulário Documento de Referência e Contra-referência - e que conseguiu, com o acompanhamento da Interconsulta, montar grupos de acolhimento desses casos para

avaliar se ainda tinham necessidade deste atendimento especializado. Ou seja, a Interconsulta gerou uma “ampliação do trabalho” da própria UBS, que passou a realizar atividades que anteriormente não realizava. Também aprenderam a lidar e a se apropriar dos casos de saúde mental, o trabalho se ampliou, também, no sentido de alguns Postos de Saúde passarem a discutir os casos em equipe pelo incentivo do Matriciamento/Interconsulta.

Conforme André, os profissionais da rede básica aprendem, através da prática da Interconsulta, que não se vai conseguir agendar todos os casos para o serviço especializado de saúde mental e que nem é esta a proposta do modelo atual, pois nela se visa muito mais entender que “a saúde mental está em tudo, em todas as situações”, afirmação que consta também no Anexo do Ministério da Saúde, analisado anteriormente. Às vezes, como referiu ainda André, o profissional da rede básica trata uma questão orgânica, mas isso, apenas, não adianta, pois o paciente continua indo ao posto por haver uma outra questão ali a ser tratada.

8.3 ALGUMAS POSIÇÕES REFERIDAS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

Outro aspecto que me levou a reunir algumas considerações feitas pelos entrevistados diz respeito a como esses lidam com a proposta de interdisciplinaridade, tão destacada nos documentos que analisei e que é uma das proposições centrais das práticas de Matriciamento e Interconsulta. Como as diferentes áreas profissionais na saúde subjetivam-se a partir de diferentes formas de ver, dizer e julgar a doença, a saúde, o doente, o sintoma, isso torna, bastante importante abordar tal tema. Detive-me, assim, na consideração de aspectos que envolveram pensar sobre: como se dá a interlocução e articulação interdisciplinar entre as diferentes áreas que participam do Matriciamento e da Interconsulta? Como foram produzidos a partir dessa prática elementos que possibilitam ações em comum? Que estratégias de integração e convivência foram utilizadas para a realização de trabalhos conjuntos? Foram formuladas ações que possam ser configuradas como voltadas a uma apreensão integral da saúde e que leve em conta a recomendação de lidar-se com as dimensões *bio psico sociais*? Ou, ainda, como as equipes e os profissionais indicam terem buscado articular estes aspectos? Como estes profissionais, com seus diferentes olhares, narram as

negociações encetadas sobre seus saberes, poderes e o ensino/aprendizagem na Interconsulta e no Matriciamento?

Alguns trechos das entrevistas já apresentados nos itens anteriores serão novamente focalizados para dar destaque a esse discurso da interdisciplinaridade que, como já indiquei anteriormente, se constitui num aspecto destacado pela proposta de Matriciamento/Interconsulta, que estou examinando nesta Tese. Início focalizando, então, como os participantes da Interconsulta/Matricramento vêm as relações/vínculos estabelecidos entre os profissionais da saúde mental e da rede básica.

Começo indicando situações relatadas pelo psicólogo André como difíceis, relativamente à realização de ações interdisciplinares entre profissionais da saúde mental e da rede básica. Ele relatou, por exemplo, que, em uma situação por ele vivida, um médico disse que “não falava com psicólogo”, referindo-se ao psicólogo que visitava seu Posto de Saúde para realizar o Matricramento; ele afirmava “só falar com médico”. Entretanto, André refere que, com o tempo, este médico passou a ver com frequência o profissional da saúde mental que circulava e conversava com outros profissionais na sua Unidade de Saúde, em função do Matricramento, tendo ele, também começado a com ele se relacionar. André sublinhou que tal atitude revela/ expressa resistência a todo um modelo novo de “integralidade”, que é bastante diferente das situações de atendimento até então realizadas e que corresponderia a um modelo “não integral” de atendimento, por ele caracterizado na seguinte declaração:

[...] cada profissional faz o seu trabalho no seu consultório, na sua salinha, o gineco atende lá, o clínico atende lá no seu compartimento. Então é romper com essa lógica. E são profissionais que estão há anos nesta lógica.
--

André relatou, ainda, que, para tentar romper com esta lógica de cada profissional da rede básica trabalhar isoladamente e no seu “compartimento”, ele vai “compondo” o trabalho, vai buscando encontrar a “estratégia de como funciona com cada pessoa” e também com cada equipe.

Ou seja, ele trabalha levando em conta as circunstâncias particulares de cada equipe/serviço e postula o respeito ao “momento” de cada equipe ou profissional, ou da constituição do processo do trabalho de Matricramento. Poderia-se pensar, também, que ele busca evitar confrontos e, também, granjear adesões, aproximando-se daqueles que ele avalia disporem de uma certa abertura para a aceitação da proposta de trabalho conjunto, e respeitando, ao mesmo tempo, aqueles que não lhe parecem abrir tal

possibilidade. Dessa forma, esse profissional da saúde mental parece colocar em ação estratégias capilares de poder (FOUCAULT, 1995) para conduzir condutas, agindo de forma não coercitiva e, colocando, ao mesmo tempo, em circulação argumentos disseminados através do Matriciamento e da Interconsulta. Ele busca, de certa forma, maximizar as ações em saúde ao reunir em torno dos atendimentos diferentes profissionais, e o clínico, no exemplo dado, resiste a se encaixar neste modelo de troca interdisciplinar com outras profissões da saúde. Então, se por um lado, há tentativas de agir sobre as ações, no sentido da implementação do Matriciamento, por outro lado, há também resistências a sua implementação.

André não é o único profissional a utilizar a expressão “ir compondo”, esta foi utilizada também por outros profissionais, para indicar que a implantação destas práticas não envolvem uma simples aplicação de princípios determinados *a priori* por um Programa governamental, mas muito mais o ajustamento de ações entre os profissionais (e desses próprios profissionais) a uma tarefa nova que propõe estruturar as relações profissionais de um modo mais intenso – o Matriciamento. A expressão “ir compondo” também é referida por André em relação ao trabalho da dupla de profissionais da saúde mental que é feito no Matriciamento.

Como ele referiu:

são diferentes olhares, diferentes abordagens, diferentes formas de intervir, às vezes tu lá [na rede básica] faria isso e o companheiro que está junto faz outra coisa, mas bom, tem que ir compondo junto.
--

Como o verbo “compor” aparece no vocabulário de mais de um profissional de serviços de saúde mental, vou me deter um pouco mais sobre ele. O verbete do Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008, p. 154) apresenta vários significados para este verbo, que tem a ver com o que foi enunciado pelos entrevistados. Apresento aqui alguns deles: 1) “formar ou construir de diferentes partes, ou de várias coisas”; 2) “produzir, inventar”; 3) “dispor com certa ordem ou arranjo”; 4) “pôr em ordem”; 5) “reconciliar, harmonizar”; 6) “fazer de comum acordo”. “Compor”, nos casos relatados, tem a ver, então, com *fazer de comum acordo, harmonizando* diferentes olhares e *colocando ordem* na aparente *desordem* de um caso de saúde mental. Como Larrosa (2002) afirmou ao tratar das práticas pedagógicas e da transformação das subjetividades, saber o que se deve olhar e como se deve nomear as coisas reduz as indeterminações e as dispersões, fazendo com que essas se tornem inteligíveis. Assim, o verbo “compor”,

na forma como foi utilizado, parece invocar a idéia de poder dar nomes comuns a diferentes situações da saúde mental, e de unificar procedimentos relativamente ao atendimento a ser ministrado.

André também referiu ser importante, quando da realização de consultas conjuntas com o profissional da rede básica, ir construindo uma “afinidade” entre as pessoas, uma “sintonia”, ter um “bom vínculo”. Ele indicou, também, deixar que o profissional da rede básica “conduza a intervenção” com o paciente, destacando ser importante:

Poder perceber o outro, perceber porque a pessoa está fazendo aquela intervenção ou está indo por aquele caminho e não atropelar...

É possível dizer, também, que se trata de colocar em ação uma prática que está “centrada na aquisição”, e não no ensino, invocando, novamente, observações feitas por Larrosa (2002, p.45). Este autor discute atividades de educação moral tais como “clarificação de valores”, “discussão de caso” (p. 45), e outras, que não fazem uma doutrinação direta de valores, não ensinam explicitamente nada, mas que fazem as crianças falarem e produzirem seus textos, de forma a aprenderem muitas coisas. Utilizo esta idéia para tratar da situação particular que focalizo: André relatou ter incitado o clínico a conduzir a consulta conjunta com o paciente, em vez de explicar a ele como isso deveria ser feito; ou seja, o psicólogo o incita a aprender “fazendo”, sob o acompanhamento do profissional de saúde mental. Esse seria um trabalho interdisciplinar, segundo este profissional, e, também, um exercício de intersubjetivação, que envolve o se deixar permear pelo outro e não só querer influenciá-lo. Vê-se que o saber da psicologia sobre a questão da construção do vínculo terapeuta/paciente foi utilizado no trabalho feito por este profissional com seus colegas da rede básica, priorizando estabelecer o vínculo com seu colega para somente depois passar a trabalhar as questões consideradas importantes, pois, na psicologia costuma-se considerar que se não há vínculo, não se impõe nem se inicia um trabalho, nem um tratamento. André referiu, ainda, as dificuldades que vê existir na pretendida interdisciplinaridade – na ação conjunta com o profissional de outra área - tanto da saúde mental quanto da rede básica, tendo em vista o estranhamento que se procede, nessa ação, relativamente a uma outra forma de intervir e a necessidade de entender a lógica do outro e de “não atropelar” as etapas, visando “compor” um trabalho conjunto.

Este profissional psicólogo fala, assim, em “sintonia”, em poder perceber “como o outro profissional está conduzindo”, em “poder perceber o outro” e em “não atropelar”.

Como apontou Veiga-Neto (2006), relativamente a outras situações, para produzir sujeitos disciplinares e disciplinados no Matriciamento, André procurou agir de forma a ordenar a conduta dos profissionais da rede básica, respeitando a condução que os mesmos realizam dos casos de saúde mental, assim como respeitando as diferentes abordagens dos colegas profissionais da saúde mental. Tal como referiu Foucault (1995) em *O Sujeito e o poder*, nas relações de poder o outro é reconhecido e respeitado como sujeito de ações e não é coagido. Assim, André parece realizar um auto-governamento e um auto-controle, no sentido de conduzir sua própria conduta de modo a “não atropelar” o profissional da outra área, ou seja, ele se esforça para tentar compreender a intervenção do outro de forma a não polemizar, mesmo que o processo se desenvolva de forma diferente da que ele próprio gostaria realizar. Ou seja, também esse profissional da saúde mental realiza uma prática de si, no sentido de buscar se tornar uma pessoa e um profissional paciente, que seja capaz de articular as pessoas e os saberes entre si, além de ser capaz de perceber e respeitar as diferenças, assim como “os momentos” de cada um. Além disso, ele demonstra estar em perfeita sintonia com os propósitos da “prática” que as políticas de saúde inseridas nos Documentos que analisei lhe ensinaram. Seu modo de agir sobre a ação dos outros é, então, refletido e calculado, podendo ser entendido a partir do que Foucault (1995) aborda ao tratar dos micropoderes exercidos na nossa sociedade de forma capilar e produtiva.

O terapeuta ocupacional Dalton, do mesmo serviço de saúde mental, comentou que usualmente ocorre, ao iniciarem-se ações de Matriciamento, de a equipe da rede básica requerer somente o psiquiatra para lhe dar orientações. No entanto, como ele ressalta, há poucos desses profissionais na rede de serviços, não havendo, inclusive, nenhum psiquiatra em sua equipe de saúde mental. Mas Dalton também comentou, que, “no momento que a gente começa a mostrar que a saúde mental não é só medicação, a coisa se dilui”. Caso seja necessário, o médico clínico da US/PSF pode discutir a medicação com o psiquiatra de um outro serviço de saúde mental da sua mesma região, que tem o profissional psiquiatra. Então, Dalton diz que não medica, mas que já aprendeu muito sobre medicação, pois trabalha também em outro serviço de saúde mental em que a psiquiatra gosta de trabalhar em equipe e discutir os casos, inclusive a medicação, gostando Dalton de conversar com os médicos clínicos no Matriciamento sobre tal questão.

Acho oportuno comentar, então, que tanto na referência do clínico, que diz só falar com o outro médico, quanto na fala dos profissionais da rede básica, que inicialmente

dão ênfase apenas ao papel atribuído ao psiquiatra, pode-se perceber estar em jogo, no Matriciamento, uma afirmação profissional ou uma forma de valorização profissional estabelecida a partir de uma hierarquia de saberes e profissões, que passou a ser processada a partir da modernidade, que se estende ao campo da saúde; ou seja, parece-me que estes profissionais orientavam inicialmente suas ações e estavam predominantemente subjetivados em um modelo biomédico.

Mas, o assistente social Gabriel também citou algumas dificuldades por ele encontradas na necessária troca que deve ser procedida entre os profissionais da rede básica e os profissionais da saúde mental nas reuniões de Interconsulta. Gabriel relatou que um médico se queixou na reunião de Interconsulta que o psiquiatra do serviço de saúde mental não queria agendar o paciente no serviço de saúde mental. Este clínico havia começado a medicar indevidamente, segundo o psiquiatra, colega de Gabriel, pois não seguiu o algoritmo (esquema com indicações de como proceder com pacientes com determinado diagnóstico), que deveria primeiro tentar uma medicação anti-depressiva e só depois entrar com um estabilizador de humor. Aliás, esse clínico buscara assessoria com um parente psiquiatra e as orientações que recebia diferiam da orientação do psiquiatra do serviço de saúde mental que realiza a Interconsulta, decorrendo daí o impasse ocorrido, segundo o entrevistado. Ou seja, no caso relatado, o conflito ou a dificuldade na troca interdisciplinar ocorreu dentro da própria área médica, entre profissionais subjetivados dentro de um modelo de formação médica e um modelo psiquiátrico - entre clínico geral e psiquiatra - e, especialmente, em função da opção por diferentes orientações em psiquiatria.

Outra dificuldade apontada por profissionais que realizam a Interconsulta, também foi trazida pelo assistente social Gabriel, tendo essa ocorrido, quando um clínico trouxe para discussão um caso, em um dia em que o psiquiatra não estava presente a esta reunião, mas apenas os dois psicólogos. O psicólogo da equipe de Gabriel considerou ser adequado tratar o caso através de psicoterapia, tendo avaliado e diagnosticado o caso como uma histeria e não como uma depressão grave. O clínico presente questionou a ausência do psiquiatra na Interconsulta, bem como o fato dos psicólogos estarem fazendo diagnóstico, além de questionar, também, a orientação dada pelo psicólogo. Segundo Gabriel, essa foi uma situação “estressante”, na qual os psicólogos precisaram afirmar que tinham condições de fazer diagnóstico nosográfico, bem como de dar orientação para tratamento. Depois, Gabriel e sua equipe souberam que este clínico se queixou para a Gerência Distrital a respeito do ocorrido. Apesar disso, não decorreram

problemas maiores ao serviço, em função da Gerência não ter tecido comentários com o serviço de saúde mental envolvido na denúncia.

Mas, é importante registrar que, novamente, nessa situação foram colocadas em jogo questões relacionadas a competências profissionais – quem pode falar o quê, sobre qual coisa e para quem. Além disso, nela invocou-se aspectos relacionados a hierarquização dos saberes, ao conferir-se ao psiquiatra legitimidade para a tomada de decisões, negando-se essa competência aos demais profissionais não médicos. É visível, neste caso, a disputa pela legitimidade das orientações, pelo estabelecimento de atribuições a determinados segmentos, além de este episódio indicar como diferentes disciplinas se organizam em diferentes esquemas de percepção e ação, tal como destacou Bourdieu (1977, apud LENOIR, 1997), ou como elas constituem regimes de verdade para os profissionais que as adotam, conforme destacou Veiga-Neto (1996b). É possível dizer, assim, que os diagnósticos mostram diferentes referenciais nosográficos praticados pelas diferentes disciplinas (histeria é uma nomenclatura utilizada pela psicanálise), que conformam diferentes formas de olhar, dizer e julgar. Talvez, por isso, o profissional médico tenha rechaçado o diagnóstico realizado pelo psicólogo, pois esse não faz parte da nomenclatura dos manuais de psiquiatria, atualmente. Lembro que a subjetivação procedida na medicina educou o clínico sobre a maneira “correta” de falar, de ver e de proceder, decorrendo daí o seu rechaço às orientações do colega de outra área. Novamente considero oportuno ressaltar que estas diferentes percepções, pautadas pelas subjetivações operadas em diferentes disciplinas, implicam lutas para o estabelecimento de discursos com estatuto de verdade, bem como pela legitimidade dos saberes e profissões, sendo tais relações sempre processadas entre o saber, o poder e a verdade (FOUCAULT, 1993).

Voltando às entrevistas, salientou que o enfermeiro Celso referiu que o trabalho que realiza junto à rede básica é um processo que se contrói passo a passo, sendo necessário, portanto, “ter paciência”. Celso refere que em algumas Unidades de Saúde de Porto Alegre, passados cinco anos de trabalho de Interconsulta, ainda não foi possível garantir a participação de outros profissionais, além do médico. Às vezes Celso e o psiquiatra, que faz parte da sua dupla do serviço de saúde mental que realiza Interconsulta, sugerem aos profissionais da rede básica que conversem com a enfermeira sobre o paciente e/ou com o agente comunitário, além do médico. “A gente vai compondo aí pelo caso [...]”, sendo talvez esse o motivo que leva o entrevistado a considerar a Interconsulta como um trabalho “desafiador e difícil” para a saúde mental.

Vê-se, então, que os atendimentos de saúde e de saúde mental, mesmo nessa prática que é definida e pensada como interdisciplinar, ainda ficam mais centrados na figura do médico, o que novamente me leva a registrar a importância que o modelo biomédico ainda possui na Saúde no município de Porto Alegre.

O clínico José foi outro entrevistado que criticou a forma como ocorre a prática que ele refere como “Consultoria”, realizada em um dos serviços de saúde mental da sua região, a partir do agendamento do profissional do Posto de Saúde. Comentou ele:

No [serviço de saúde mental tal] a discussão é, principalmente, assim com... com os psiquiatras, né, é mais médico com médico.
--

E, nesta Consultoria citada, só é agendada a participação de um profissional da rede básica por vez, não sendo essa uma reunião com profissionais de diferentes serviços da rede básica, tal como sucede no caso da Interconsulta realizada no serviço em que atuam Gabriel e Norton. Após um questionamento da entrevistadora, o entrevistado José lembrou que o assistente social deste serviço até participa dessa atividade, mesmo não sabendo ele aquilatar se suas sugestões são muito valorizadas na reunião de Consultoria. Aliás, em seu relato, pareceu-me que ele mesmo atribui um papel secundário às intervenções deste profissional na Consultoria, ao ponto de ele ter esquecido da participação do assistente social ao relatá-la, lembrando apenas da participação do psiquiatra. Segundo o clínico José, nesta citada Consultoria, o assistente social deste serviço traz mais informações a respeito dos serviços de saúde e da assistência social, informações que dizem respeito a aspectos intersetoriais, enquanto a discussão do caso fica mais ao encargo da psiquiatra.

Novamente nos relatos aqui considerados fica registrada a atribuição de uma maior credibilidade a alguns saberes e a alguns profissionais do que a outros, o que se refere as já abordadas lutas em torno da atribuição de credibilidade. Como referido por Lenoir (1997), ao surgirem as disciplinas científicas criaram-se também os *locus* de poder, as hierarquias entre saberes, e essas distribuíram *status*, estabeleceram limites e hierarquias entre os especialistas. Tais disputas de saber e poder processadas entre sujeitos e jogos de verdade, tal como Foucault (1993) indicou em *Microfísica do Poder*, atuam na construção da legitimidade e do que passou a ser considerado verdadeiro e valorizado relativamente às contribuições dos profissionais de diferentes áreas, que atuam na saúde pública e se relacionam no Matriciamento/Interconsulta/Consultoria.

O clínico Fernando considera que na US há uma “compartimentalização”, registrada e visível na própria existência das profissões de clínico geral, ginecologista e pediatra (profissionais que normalmente compõem as equipes das US’s e que não fazem parte da equipe do PSF), indicam também existir entre estes profissionais a compreensão de que

só quem é da saúde mental pode atender saúde mental, há divisão entre corpo e mente.

Fernando refere que na US onde trabalha, o ginecologista sempre encaminha a ele, clínico, qualquer paciente mulher que chora ou que apresente qualquer manifestação não ginecológica. Como registrou o mesmo entrevistado, até mesmo mulheres com depressão pós-parto não são atendidas pelo ginecologista, que parece não ver ou não identificar tais situações. Tal postura é, então, bastante diferente da adotada no PSF, segundo o mesmo clínico Fernando, que também trabalha em PSF, pois, segundo ele, no PSF o médico de família e comunidade atende à infância, ao adulto, à saúde mental e a todas as áreas. Fernando considera que no PSF não há a compartimentalização que ele anteriormente referira, pois, segundo ele, o médico de família e comunidade⁵⁰

vê a pessoa como um todo, o contexto familiar, comunitário, atende depressão pós-parto, paciente psicótico crônico, agudo, bipolar, luto, ansiedade, idoso deprimido.

Ele acrescentou, ainda, que as divergências que eventualmente ocorrem entre profissionais durante a reunião de Consultoria no PSF são “saudáveis” e não se constituem em um “impasse”, acarretando, apenas, necessidade de mais tempo na discussão dos casos.

E, como já foi citado na seção anterior, esse entrevistado valoriza, ainda, na Consultoria realizada no PSF, a possibilidade e a oportunidade que todos têm de falar ao destacar que:

não existe nenhum tipo de cerceamento nem de hiper-valorização de uma área profissional em cima de outra [...] o que está em jogo é o que cada um, dentro da sua especificidade, consegue viver com aquela pessoa, seja no atendimento num consultório, seja num domicílio, seja num grupo, seja nas diversas situações que a pessoa chega como profissional. [...]

⁵⁰ Denominação dada aos clínicos gerais que trabalham nos PSF e que realizaram Especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Vê-se como este profissional médico, Fernando, diferente do médico Aurélio, que veremos mais adiante, tem uma atenção com o que o profissional “vive” com o paciente, e não apenas com os aspectos biológicos de sua enfermidade, valorizando a troca entre áreas de saberes diferentes - aspecto que também integra o discurso e a Verdade veiculada no Matriciamento.

Já na US, Fernando acha que não há o mesmo envolvimento dos profissionais que ele vivencia na equipe do PSF. Afirma ele: “as pessoas não querem nada com nada”, pois, como afirmou, ele até já viu algum profissional participar na Interconsulta, mas frequentemente isso se dá “pra passar o paciente pra instituição de saúde mental”. Ele considera, ainda, haver pouco envolvimento com os casos de saúde mental, sendo que esses profissionais da US parecem não querer atender e ter pouco

compromisso com o que fazem, [além do fato de que] os profissionais não se conversam.

Uma abordagem semelhante dessa situação foi focalizada pelo clínico Lauro, que também possui formação em medicina de família e comunidade. Para ele, “o médico de família é geriatra, pediatra, gineco”, por atender a todas essas áreas no Posto de Saúde da rede básica. Como referiu Lauro, o médico de família e comunidade aprende em sua formação que o PSF deve suprir as necessidades de 90% dos casos e só encaminhar 10%. Assim, é interessante registrar que a formação recebida pelos profissionais Fernando e Lauro inclui uma peculiaridade: ambos são médicos clínicos gerais e também têm formação especializada como médico de família e comunidade. Poderia-se pensar, então, que estes se mostraram subjetivados em dois modos de proceder o trabalho na saúde, o da US e do PSF/ESF – pois, pensando-se a partir de Foucault (1995), as formas de subjetivação e governo dos sujeitos, no caso os médicos, podem se entrecruzar e até se anular. O médico de família e comunidade, na opinião de Fernando, “vê” as questões subjetivas e sociais dos usuários e as atende e julga de outra forma, até porque faz parte da proposta do PSF tentar resolver a maior parte dos problemas de saúde no âmbito da rede básica e só encaminhar para especialistas os casos que não se consiga resolver na Atenção Primária à Saúde. Ou seja, na opinião deste entrevistado, o médico de família e comunidade parece enxergar um número mais amplo de problemas da saúde como sendo de sua competência, considerando-as como pertinentes ao seu campo profissional e como seu objeto de trabalho. Cabe registrar que se incluem entre

essas, inclusive, algumas competências tradicionalmente definidas como próprias ou exclusivas à saúde mental. Então, por ele enxergar estas questões, bem como por julgá-las como pertinentes a seu trabalho, incluindo a saúde mental dentro das suas ações de saúde, isso permite inscrevê-lo em outro modelo de subjetivação enquanto profissional da saúde – o modelo do médico de família e comunidade que é praticado no PSF, o modelo que também é proposto pelo Ministério da Saúde na prática de Matriciamento, o modelo da Saúde Coletiva, alinhado à Reforma Sanitária, aos princípios do SUS e à Reforma Psiquiátrica. Já o clínico geral da US é subjetivado principalmente nos parâmetros da ciência moderna e suas especialidades, que reproduz as dualidades mente/corpo, sujeito/objeto, compartimentalizando o paciente em diferentes saberes e encaminhando-o para diferentes profissões. Entretanto, Fernando situa sua identidade profissional e se identifica com a perspectiva mais ampliada das ações em saúde, que é associada à formação dos médicos de família e comunidade e à prática em PSF, bem como à proposta de Matriciamento do Ministério da Saúde, que, por sua vez, se alinha ao modelo de integralidade discutido por autores da Saúde Coletiva e ligados à Reforma Sanitária, assim como a princípios do SUS, que utilizam um conceito ampliado de saúde e da Reforma Psiquiátrica de atender o paciente prioritariamente no seu território de moradia em vez de segregá-lo em internações hospitalares. Tal alinhamento se estrutura em discursos que conformam jogos de verdade que posicionam o clínico Fernando como sujeito e como profissional que assume como verdades o discurso da integralidade e da interdisciplinaridade que orienta os Documentos deste período histórico na Saúde. Sua forma de perceber e refletir sobre as questões relativas à saúde, bem como seu vocabulário e sua forma de proceder indicam ter ele se subjetivado nesses discursos que orientam e são colocados em circulação nas propostas do SUS, da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica.

Como venho indicando, vários clínicos estabeleceram diferenças entre US e PSF/ESF, tendo também o psiquiatra Milton considerado tratar-se de dois tipos de atendimento diferentes, de “dois paradigmas de atenção”, que caracterizam estes dois serviços. Segundo ele, o paradigma que orienta uma US é fundado na consulta médica, sendo esse voltado ao tratamento do sintoma, da “doença”, e da “queixa”. Na Interconsulta na US, geralmente participa o médico, às vezes a enfermeira, mas a equipe não assume o paciente como seu, ou, como indicou o psicólogo Mário, esses “não se sentem parte dessa equipe que dá conta de um usuário”, sendo essa uma “estrutura diferente de responsabilização e de conhecimento”. Aliás, segundo ele, esse é o modelo

do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), onde até a arquitetura denotava a natureza da organização do trabalho: os consultórios no meio do prédio com saída para os dois lados indicam uma saída por onde passam os profissionais e a outra por onde passam os pacientes, disposição que, segundo Mário, serviria para que o paciente não visse o horário de entrada e saída do profissional.

Já o PSF/ESF, que tem uma área de atuação e uma população menor, para a qual é referência, ofereceria melhores possibilidades de conhecimento dos usuários, atuando ainda, nesse sentido, o agente comunitário, que auxilia muito nessa abordagem, segundo o psicólogo Mário. No PSF, assume-se um paradigma voltado ao tratamento de pessoas - do doente, da família - bem como do ambiente e da comunidade onde esses vivem, tal como afirmou o psiquiatra Milton. Estes profissionais dos PSF's, quando participam na Interconsulta, trazem mais informações sobre os casos, os conhecem melhor, sendo esse um atendimento mais "personalizado", conforme ressaltou Milton. Ele referiu ainda, que o agente comunitário costuma participar na Interconsulta e ajudar muito nessa abordagem mais próxima do paciente. No PSF, segundo ele, a dificuldade é a troca de pessoal, pois os profissionais são contratados, não concursados, sendo comum a saída e entrada de profissionais.

O psicólogo André, da mesma forma que outros profissionais já referidos, também considera que as Unidades Sanitárias, diferentemente dos PSF's, não são constituídas dentro da lógica da "integralidade", que implicaria:

atender o usuário como um todo, que não é cada um atender o seu, não precisa se impor, né, enquanto é um trabalho de equipe.
--

O assistente social Gabriel igualmente referiu haver essa diferença, achando ele ser bem mais difícil trabalhar na Interconsulta com os profissionais mais antigos e com os das US's, do que com os dos PSF's. Considera que com os PSFs "é diferente", pois eles têm na sua rotina procedimentos como visitas domiciliares e a busca de pacientes, o que os coloca mais próximo dos pacientes.

Essa diferença entre o modelo do PSF e o modelo das US's - que são a forma tradicional de funcionamento da rede básica - aparece na fala de vários entrevistados, estando também presente no documento do Ministério da Saúde "Guia prático do Programa de Saúde da Família" (BRASIL, 2001), que refere ter nascido a implantação do PSF da decisão política de "reorganizar o sistema de saúde do município" (p. 61).

Este documento faz a crítica do modelo de funcionamento vigente na rede básica, ao nele se afirmar que:

[...] o modelo de saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças, a promoção de hábitos saudáveis. Por esse modelo, os serviços básicos de saúde não têm profissionais nem equipamentos capazes de dar solução para os problemas mais comuns da população. Não se criam, de fato, vínculos entre a população e os serviços de saúde. Não há, igualmente, articulação entre a rede básica e os demais setores ligados à saúde, o que impede um diagnóstico preciso para se traçar o combate efetivo às causas dos problemas. (ibid, p. 61)

Voltando a abordar o Matriciamento, os profissionais relataram ter este auxiliado a aumentar o envolvimento do profissional com os casos de saúde mental e com o trabalho em equipe. Assim como o psicólogo Norton relatou, que no início da Interconsulta os profissionais da rede básica compareciam à reunião apenas para “passar o caso”, sem se envolverem com ele, também o clínico Lauro, da mesma região do psicólogo Norton, admitiu que, no início das reuniões de “Consultoria”⁵¹, há seis anos atrás, ele também só queria “passar o caso” para o serviço especializado. No entanto, hoje, ele considera que a Consultoria “promove o crescimento dos profissionais [da rede básica]” em relação à saúde mental. Como ele declarou, a troca que ocorre nessas reuniões conta também com a contribuição do clínico: “o clínico busca conhecimento e leva conhecimento clínico”, pois o clínico aborda as comorbidades, tem uma visão das complicações, tem uma visão mais ampla do paciente, conhece todos os remédios que o paciente toma e ajuda ele a se organizar nesta rotina.

Em relação ao envolvimento com o caso e com a equipe, o terapeuta ocupacional Dalton acha que com o Matriciamento

...a equipe toda se envolve com o paciente. Então eles sabem de quem a gente tá tratando, eles sabem porque que é, como é. Quando o paciente chega no posto, a conduta terapêutica, o acompanhamento terapêutico, toda a equipe consegue ter o mesmo manejo e isso facilita muito.

Na avaliação deste profissional, que como já registrei, anteriormente, atua tanto em US, quanto em PSF ou ESF, este último serviço, bem como a formação em Medicina de Família e Comunidade subjetivam os profissionais médicos em outro modelo e em outra

⁵¹ Este clínico chama esta atividade de Consultoria que era o nome utilizado no início. Mas os profissionais da saúde mental da sua região, também entrevistados, chamam de Interconsulta hoje em dia.

forma de trabalho, modelo esse que ele considera estar incluído no trabalho do clínico de família e comunidade a assistência a manifestações na área de saúde mental, bem como à troca interdisciplinar.

Abordo, a seguir, algumas indicações apontadas nas entrevistas sobre a relação interdisciplinar entre os profissionais dos serviços de saúde mental. O terapeuta ocupacional Dalton relatou que em um dos serviços de saúde mental em que trabalha considera ocorrerem dificuldades para o desenvolvimento da ação, quando a equipe centra a discussão na área clínica, ou quando a discussão se estagna, a partir de observações dos colegas tais como: “isso que tu tá dizendo eu já fiz há muito tempo”, ou “eu já tentei aquilo com o paciente”. Para Dalton, nessas situações, os participantes não parecem perceber que há diferentes abordagens em pauta e que, às vezes, uma abordagem diferente, assumida por um profissional de uma outra área, pode ter bons efeitos para um paciente. Ele considera ser comum que o profissional da psicologia não encaminhe seu paciente para a terapia ocupacional, percebendo ele ocorrer uma certa busca de preservar somente para si o atendimento de determinados pacientes. Segundo este entrevistado, é necessário, inclusive, fazer um trabalho junto ao psicólogo para que o encaminhamento aconteça, apontando que o paciente está pronto para um trabalho em oficina terapêutica, e que, quem sabe, a marcação de um horário com o terapeuta ocupacional possa, também, auxiliá-lo. Já o profissional da psiquiatria, da mesma equipe citada por Dalton, costuma encaminhar mais rapidamente seus pacientes para a terapia ocupacional. O entrevistado atribuiu esta dificuldade, que vê acontecer com o profissional da área da psicologia, ao fato de trabalharem ambos com a subjetividade das pessoas, embora a terapia ocupacional esteja mais voltada para uma atividade prática, segundo ele.

O assistente social Gabriel considera ser mais complicada a troca de saberes entre os profissionais do serviço de saúde mental do que entre os profissionais da rede básica e os da saúde mental. Na reunião de Interconsulta, segundo ele, convivem pensamentos diferentes acerca de como encaminhar as situações que se apresentam nas discussões, mas os profissionais da saúde mental não costumam entrar em conflito, segundo ele, pois cada um dá sua sugestão e alguém cede; ou seja, há o acatamento de uma decisão que, mesmo sem ser consensual, busca evitar o conflito aberto frente aos profissionais da rede básica.

Lembro que autores como Japiassu (2006) vêem a interdisciplinaridade como uma prática política, uma negociação entre pontos de vista, projetos e interesses

diferentes – que não utilizam os mesmos critérios nem os mesmos pressupostos - em vista de uma ação comum e convergente. Na Interconsulta aqui referida, a ação comum a ser realizada é o atendimento do paciente da área de saúde mental. Segundo Japiassu (2006) nas tomadas de decisão, há confrontos de distintos pontos de vista, pois as decisões decorrem de opções éticas e políticas, sendo esse o aspecto que leva a considerar o projeto interdisciplinar não como um processo neutro, objetivo e universal. A interdisciplinaridade, segundo este autor, permite a circulação de conceitos e esquemas cognitivos; além da emergência de novos esquemas cognitivos e hipóteses explicativas; de interferências, interfecundações, fusões; da articulação de domínios disciplinares num sistema teórico comum. No serviço citado, realiza-se um trabalho interdisciplinar entre os profissionais do serviço de saúde mental e os clínicos já há alguns anos, mas, em certos momentos não ocorre a esperada articulação entre profissionais com diferentes formações no sentido das interfecundações, citadas por Japiassu (2006). Ao invés disso, ocorre a cedência de pontos de vista para evitar-se o conflito com o outro. Aliás, ceder também pode representar em alguns momentos uma estratégia para estabelecer negociação entre sujeitos profissionais de diferentes saberes e para permitir que a prática da Interconsulta continue a ser realizada.

Mas, diferente da idéia de ceder, há profissionais da saúde mental que dizem encontrar-se em uma situação de complementaridade no trabalho. No caso da dupla constituída pelo psiquiatra Milton e pelo psicólogo Mário, os únicos componentes de uma das equipes que integraram a amostra deste estudo, ambos dizem que se “complementam” no trabalho: o psiquiatra diz que o psicólogo tem uma “penetrância boa em todos os setores”, que “articula bem”, vê o “interjogo com as outras instâncias” (diferentes serviços e instituições) e trabalha o coletivo; já ele, que é psiquiatra, não lida bem com isso e se foca mais no caso. Em seus depoimentos, ambos atribuem essas diferentes formas de trabalhar a suas experiências profissionais específicas, uma procedida mais no campo privado e, outra, no campo público.

O enfermeiro e psicólogo Celso refere, ainda, que os profissionais do serviço de saúde mental trabalham com referenciais teóricos variados, que se vai “afinando o entendimento de um, o entendimento de outro”. Como exemplo disso, traz o caso de um paciente delirante e com alucinações, que não saía de casa e que não tinha familiares. Ele relatou que tanto ele próprio quanto o psiquiatra concordaram que esse paciente precisaria ser medicado.

No entanto, ressaltou ele:

[...] mas até chegar nisso tem uma série de coisas a serem feitas. E aí? Bom, tem que mobilizar quem [da equipe do posto de saúde] pode ir na casa dessa pessoa, quem pode fazer um primeiro contato, quem pode fazer uma primeira abordagem. Que ali possa se estabelecer um laço transferencial [...]

A tática que ele propõe seja seguida implica primeiro em se aproximar do paciente e, também, poder se “articular com a comunidade” para, a partir daí, poder-se pensar no ato médico da prescrição e na diminuição da paranóia, para que o paciente possa chegar no Posto de Saúde. Celso também referiu que a medicação é o “recurso” que os médicos têm, sendo preciso, no entanto, muitas vezes, pensar o momento certo de prescrevê-la. Então, segundo ele, quando a dupla já tem um trabalho conjunto e afinado há algum tempo, acontece de o profissional médico poder pensar a prescrição e o momento da prescrição num outro formato. Celso ainda considerou que, nesses casos, é importante lidar com as “diferenças” sem desconsiderar nenhum dos saberes presentes.

Vê-se como este profissional integra os aspectos sociais (da situação em que vive o paciente, sem amparo familiar, em certas condições ambientais), com os psíquicos (os sintomas psicóticos de alucinação e delírio, a importância de estabelecer um laço com ele) e físicos (utilização da medicação e também os sintomas), pensando-os articuladamente, a partir da especificidade do caso abordado. Percebi, também, no entrevistado, que ele se propunha a “ensinar” o profissional da rede básica a passar a ver o entrelaçamento existente entre esses aspectos, a partir do caso particular focalizado no atendimento, bem como a compartilhar com os profissionais da rede básica e do serviço de saúde mental a realização da avaliação e a reflexão a respeito do momento mais indicado para realizar cada intervenção, ou para construir as intervenções.

Essa atenção à particularidade do caso, presente em seu depoimento, traz, também, uma subjetivação com viés da psicanálise, pois a psicanálise faz uma clínica do “cada caso é um caso” (PEREIRA, 2001). Além disso, a referência ao conceito de transferência ou “laço transferencial”, a idéia de trabalhar com as dificuldades das equipes (tanto para fazerem os atendimentos em saúde mental como para trabalharem com a equipe de Interconsulta), bem como toda a orientação discursiva de sua entrevista, mostra que uma das subjetivações desse profissional operou-se na área da psicanálise, além de outras subjetivações procedidas na sua formação como enfermeiro e psicólogo.

Em função de uma pergunta da entrevistadora, Celso referiu que a psicanálise o auxilia, também, a considerar o limite do profissional que está atendendo, pois alguns necessitam de um respaldo para seguir atendendo um caso, enquanto outros, nem tanto. Além disso, alguns não conseguem escutar um paciente em uma situação de grande vulnerabilidade. Segundo o entrevistado relata, acontece, ainda, de a própria equipe de saúde mental atender casos muito difíceis que a levam a buscar ajuda na rede básica.

O psiquiatra Milton referiu ter formação em psicanálise, ressaltando, no entanto, não trabalhar de forma analítica. Ele afirma usar este conhecimento apenas para a “escuta” e para “poder entender os casos”, sendo essa uma formação que, segundo ele, ajuda a “desmedicalizar”. Ele ressaltou, ainda, que não é porque está receitando que a pessoa vai tomar a medicação; então, ele considera importante investigar o que o paciente pensa sobre tomá-la.

8.4 ESTRATÉGIAS, CRÍTICAS E DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DO MATRICIAMENTO E DA INTERCONSULTA

A decisão de entrevistar os profissionais dos serviços que realizam a Consultoria, Interconsulta ou o Apoio Matricial, e não entrevistar profissionais que não a realizam, poderia ser vista como operando uma certa parcialidade relativamente às possibilidades de encontro de discursos divergentes, já que atualmente ainda há serviços de saúde mental que não realizam estas práticas. Entretanto, seria bastante difícil entrevistar profissionais que declaradamente se opusessem a realizar essas práticas, já que este se constitui no modelo oficial assumido tanto pela Secretaria Municipal de Saúde, quanto pelo Ministério da Saúde. Cabe registrar, no entanto, que por atuar no sistema de saúde pública, muitas vezes me defronto com posições contrárias a esta prática. No entanto, em uma situação formal de investigação, pareceu-me que dificilmente tais posições seriam enunciadas abertamente.

Entre as críticas que mais frequentemente escuto, informalmente, de colegas estão algumas tais como: a questão de que a Interconsulta permite que um profissional não especialista em saúde mental acompanhe e até trate casos que necessitariam de atenção especializada. Também as críticas se referem a não realização de concursos públicos para a contratação suficiente de profissionais especialistas tais como psiquiatras,

psicólogos e outros, tornando assim mais difícil o acesso da população aos serviços de saúde mental já que os serviços não são em grande número e as equipes são reduzidas. Outras críticas referem ser a Interconsulta e o Matriciamento práticas que servem para “peneirar” e reprimir a demanda para os serviços de saúde mental, já que não há possibilidade de todos serem tratados, tendo, então, a rede básica que se responsabilizar pelo atendimento de tais casos, após a orientação recebida. Tais críticas direcionam-se, assim, ao gestor da saúde que estaria compactuando com as carências do sistema. Aliás, com frequência, esta crítica é dirigida também à própria Reforma Psiquiátrica que propõe os CAPS e o Apoio Matricial e que, desse modo, centraria a atenção em saúde mental apenas nos casos mais graves, diferentemente do que sucederia em outras políticas de saúde (saúde da mulher, saúde do idoso, entre outras), que propõem atendimento não apenas aos casos de maior gravidade, mas, também, ao que é mais prevalente na população⁵². Enfim, tal crítica considera que os serviços de saúde mental propostos hoje pelo Ministério, que são os CAPS, não atendem os casos epidemiologicamente mais comuns e prevalentes (as depressões e as ansiedades que seriam vistas como casos não tão graves). Esclareço, então, que esses casos não são atendidos pelos CAPS, nem pelos Residenciais Terapêuticos e Oficinas Terapêuticas, mas por outros serviços de saúde mental, em Porto Alegre - os Ambulatórios em saúde mental – que não são propostos pela Reforma Psiquiátrica e não recebem investimentos financeiros do Ministério da Saúde, tal como acontece com os CAPS. Registro, então, que estes casos mais frequentes e menos graves ficam também, em boa parte, aos cuidados dos profissionais da rede básica, servindo a Interconsulta e o Matriciamento para orientá-los neste cuidado – outro aspecto que é alvo da crítica destes profissionais.

Início a abordagem das entrevistas indicando que Aurélio foi o único clínico entrevistado que criticou a Interconsulta, formulando algumas das críticas, entre as quais as que referi, que circulam principalmente entre os profissionais que trabalham nas Unidades Sanitárias (US's), tal como ele, mas não só entre eles. Um dos aspectos por ele criticado refere-se à demora para que o paciente inicie o tratamento, quando o encaminhamento se dá via Interconsulta e não por encaminhamento direto da rede básica para o serviço de saúde mental, via Documento de Referência e Contra-referência.

⁵² O documento do Ministério indica que os CAPS devem atender “transtornos mentais severos e persistentes” (BRASIL, 2004 a, p. 15). Também a rede de serviços proposta pela Reforma Psiquiátrica como CAPS, Residenciais Terapêuticos ou Oficinas Terapêuticas são também voltados para os casos mais graves, aqueles que antes freqüentavam os manicômios.

Disse ele:

Eu só acho que [...] não deveria ter esse tempo pra se esperar [...] Identificou o paciente aqui [na rede básica], que ele quer se tratar...ó vou te dar um papelzinho, vou te encaminhar direto pra lá [serviço especializado], tu vai lá agora...E aí já bota ele no sistema. Porque se ficar pra ir pra lá, [...] ir na reunião [de Interconsulta], decidir que vai marcar um dia da consulta, a secretária daqui ligar pra ele para poder agendar a consulta, tu já não localiza e ele já não quer mais se tratar. [Referindo-se em especial ao paciente dependente de drogas]

É interessante registrar que nesta fala, que citava um caso de drogadição, o paciente de saúde mental só é considerado como tendo dado entrada “no sistema”, ao ser atendido por um serviço especializado de saúde mental; ou seja, o atendimento prestado na rede básica não foi por ele considerado como estando dentro do sistema. Este profissional também explicou que, ao falar em sistema, ele não se referia, necessariamente, ao atendimento pelo psiquiatra, mas pelo serviço de saúde mental. Ele também criticou o tempo que considerou insuficiente da reunião de Interconsulta, num dos CAPS que frequenta, pois lhe parece que não se possibilita a discussão de todos os casos que lhe necessitariam ser encaminhados ao serviço. Referiu considerar que o paciente deveria comparecer junto com o profissional da rede básica na reunião de Interconsulta com o serviço especializado, inclusive para que o profissional do serviço de saúde mental diga ao paciente que não há vaga para ele ser atendido, no momento, e não o clínico geral. Ele criticou a situação de os pacientes nem sempre conseguirem vaga para serem tratados nos serviços de saúde mental, necessitando, muitas vezes, apelar para ordem judicial para tanto, ou sendo atendidos, somente, quando estão muito “descompensados”.

Ele também criticou o fato dos clínicos ficarem renovando receitas de medicação psiquiátrica de pacientes que já se trataram em serviços de saúde mental, ou que ainda não conseguiram vaga pra tratar-se.

Disse ele:

[...] porque às vezes tu fica com um paciente de psiquiatria copiando receita...o clínico fica copiador de receita [...] porque a gente não vê o dia a dia [do paciente], não conversa, não temos tempo pra saber como é que é a vida dele, né.

Ele afirmou, inclusive, que renova a receita sem saber ao certo como está o paciente, já que considera que não é função do clínico conhecer o paciente com problemas na

área de saúde mental, nem perguntar como ele está. Ele observou que o psiquiatra tem uma visão

que é mais subjetiva. Vai ter que conversar, perder tempo, por isso que a consulta do psiquiatra é demorada, né?

Segundo ele, a psiquiatria “não é palpável” como a área clínica, pois registrou ele, “as coisas mais objetivas é fácil de se tratar”. E completou:

Eu acho que é isso aí... o clínico na verdade, ele deixa de fazer a parte clínica dele que é ver como está o fígado, como é que tá o rim, se tem alguma infecção. Na verdade tu fica só passando a receita do medicamento que tu não pode retirar também.

Ele sugeriu, ainda, que aconteçam revisões de alguns pacientes com o serviço de saúde mental e que não seja o clínico que fique com esta tarefa da renovação de receita, pois informa sentir-se inseguro para fazer isso... Ele também considera que “precisaria um monte de psiquiatra [na rede de serviços]” e referiu que, muitas vezes, não é o serviço de saúde mental que encaminha o paciente para a rede básica, mas os próprios pacientes que vêm pedir “só uma receitinha” de medicação psiquiátrica. Como ele referiu: “no momento que tu deu a receitinha tu é responsável”, diz ele, sendo que, mais da metade dos pacientes que ele atende ali na Unidade Sanitária “são psiquiátricos”.

Penso ser possível considerar que este clínico, com vários anos de atuação profissional, está subjetivado no modelo biomédico, ou no que Clavreul (1983) chamou de “a ordem médica”, que entifica o órgão e a doença como um ser, discurso que é constituído sobre a anatomia patológica, como traz Foucault (2001), discurso que se elabora sobre o cadáver, não o corpo vivo com suas reações e emoções. Quero argumentar que os recortes das falas deste profissional podem ser tomados como referindo posições assumidas também por outros profissionais que atuam na rede pública de saúde, notadamente, em relação ao modo como ele refere entender que não deva ser tarefa do clínico e da rede básica atender situações de saúde mental, ou conhecer a subjetividade dos pacientes ou sua situação de vida pessoal, nem tampouco prescrever medicação específica do campo da saúde mental, por não se sentir seguro para tal. Seu argumento é centrado na idéia de especialização profissional: assim, ao considerar os pacientes como “psiquiátricos”, ele delimita qual profissional deva tratá-lo, embora as equipes dos serviços de saúde mental sejam multiprofissionais e procurem

trabalhar de forma interdisciplinar. Ele informou acompanhar alguns casos, até por não conseguir que seja feito de outra forma, embora considere que não deva se responsabilizar por eles. Em suas declarações e em sua forma de ver, dizer e julgar, para usar, novamente, expressões de Larrosa (2002), está claramente indicado que aspectos cabem ao clínico: as dimensões biológica, anatômica, fisiológica, bem como o procedimento de solicitação de exames. Ficar conversando com o paciente sobre aspectos “não palpáveis” seria “perder tempo”, e função do psiquiatra. Assim, também está expressa em suas declarações um modelo cartesiano da ciência que, como Capra (1982) salientou, dividiu a prática da assistência à saúde em dois campos distintos com pouca comunicação: os médicos ocupam-se do tratamento do corpo, os psiquiatras e psicólogos da cura da mente.

Cabe lembrar que na proposta da Interconsulta está incluído o trabalho de orientação quanto à prescrição de medicação e o auxílio aos clínicos para o manejo da medicação. No entanto, o clínico entrevistado se declarou “impotente” para realizar tal ação, em especial no atendimento aos casos de drogadição. Aliás, como vou buscar mostrar a seguir, é recorrente, nas entrevistas, que os profissionais da rede básica refiram aos profissionais da saúde mental não se sentirem capacitados a realizar atendimento em saúde mental. O clínico Aurélio, por exemplo, ainda fez referência aos muitos pacientes que não estão conseguindo trabalhar em função de problemas psíquicos, sendo que esses solicitam afastamento do trabalho e benefício ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão encarregado da manutenção da Previdência Social, encaminhamento de aposentadorias, entre outros procedimentos. Para tal, faz-se necessário que os pacientes obtenham junto aos profissionais que dele tratam, atestado sobre o seu diagnóstico e tratamento. Portanto, quando um clínico o estiver tratando, será ele o encarregado de fornecer tal atestado. O clínico Aurélio discorda de tal atribuição, por entender ser um atestado relativo à saúde mental necessariamente atribuição do psiquiatra. Registro, ainda, a partir de minha experiência profissional, que os peritos do INSS responsáveis pelo afastamento dos pacientes das atividades laborais, muitas vezes, inclusive, não aceitam atestados de clínicos gerais e exigem atestados de psiquiatras, os “especialistas”, situação que cria problemas para o paciente que não está sendo atendido pelo serviço de saúde mental devido a essa organização atual. E, muitas vezes, inclusive, a perícia do INSS não aceita atestados de outros profissionais de serviços especializados de saúde mental (como psicólogo, terapeuta ocupacional, etc),

somente do psiquiatra, invalidando, desse modo, a contribuição das outras áreas que não a médica.

Poderia-se pensar, a partir dos comentários feitos, na existência de contradições entre as proposições gerenciais do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Previdência Social, pois o Sistema de Saúde mantém muitos de seus pacientes da saúde mental sendo acompanhados por clínicos gerais ou por profissionais de saúde mental, que não são da área médica, situação que a Previdência comumente não reconhece. É possível pensar, a partir do que foi comentado, na ampla valorização social de certos saberes médicos especializados, procedida, por exemplo, no campo da saúde bem como da previdência social, em detrimento da valorização dos saberes de outros profissionais da saúde e saúde mental, mesmo que sejam esses, algumas vezes, os profissionais que acompanhem mais proximamente os pacientes.

Capra (1982)⁵³ referiu a existência de um modelo patriarcal na saúde, onde se dá excessiva ênfase à tecnologia médica, sendo esse considerado o único caminho para melhorar a saúde. O pessoal de enfermagem, os terapeutas e sanitaristas embora sejam bem qualificados, não são, com frequência, reconhecidos como competentes, segundo ele, são considerados auxiliares dos médicos devido ao modelo biomédico e aos padrões patriarcais de poder ainda vigentes no sistema de assistência à saúde. O autor (ibid) refere, ainda, que as enfermeiras adquirem frequentemente um conhecimento mais amplo do estado físico e psicológico dos pacientes do que os médicos, sendo, no entanto, esse conhecimento considerado usualmente como menos importante do que a avaliação científica do médico, baseada em testes de laboratório, valorização baseada no modelo positivista de ciência na saúde que é o que se pauta em uma organização do trabalho parcelar, vertical e hierárquico na saúde, bastante diferente, portanto, do modelo horizontal proposto pelo Apoio Matricial.

Cabe registrar que Aurélio fez referências positivas à Interconsulta realizada por um dos serviços especializados em saúde mental da sua região, pois a partir dela passou-se a dar retorno sobre pacientes encaminhados pela rede básica e sobre a situação de seu tratamento no serviço especializado, referindo ser esse retorno uma forma de incentivo ao trabalho do clínico.

Feitas essas considerações, que envolveram uma dimensão mais crítica da prática em análise, passo a focalizar outras narrativas que tratam das dificuldades encontradas

⁵³ Utilizo-me deste autor por perceber que suas afirmações parecem pautar bastante o pensamento de vários autores da área de Saúde Coletiva e que fazem a crítica das práticas em saúde tradicionais.

para estabelecer a prática do Matriciamento e da Interconsulta, bem como a forma como os profissionais da saúde mental lidam com elas.

Relato, agora, considerações feitas pelo terapeuta ocupacional Dalton, acerca de seu trabalho no Matriciamento. Disse ele:

[...] Quebradas algumas resistências iniciais, porque tem, né, o pessoal da rede básica sempre fica muito assustado com essa questão da saúde mental. E saúde mental é um assunto delicado para qualquer profissional da rede básica. Eles se dizem não sendo capacitados pra identificar, pra acompanhar, né. [...]

Também neste excerto, tal como sucedeu nas considerações feitas pelo clínico Aurélio, pode-se encontrar referência ao receio que alguns profissionais têm de lidar com a saúde mental – às vezes invocam não se sentirem preparados (tal como foi registrado por Aurélio e pelo clínico Fernando) - ou por alegarem não dispor de tempo. Ou seja, o terapeuta Dalton faz o escrutínio dos argumentos utilizados pela rede básica, considerados resistências em relação à saúde mental, para melhor trabalhar com eles e envolver os profissionais no modelo do Matriciamento. Processa-se, nessas ações, uma espécie de combate, uma luta para o estabelecimento de modelos de referência relativamente à condução do trabalho, ao lidar-se com resistências, tal como referiu André.

Segundo o terapeuta ocupacional Dalton, no início da ida dos profissionais da saúde mental à rede básica, é comum, às vezes, a equipe do posto achar que estão “espionando”, vendo o que eles estão fazendo, “se eles estão fazendo bem ou não”. Dalton também enfatizou que quando a equipe começa a “estabelecer um vínculo” e a entender o propósito da proposta de trabalho do matriciamento, “eles começam a dividir e ter um outro olhar”. Dalton referiu, ainda, existirem mais dificuldades nas Unidades Sanitárias, onde atuam os clínicos gerais, do que nos PSF, onde atuam os clínicos comunitários, apesar de ter referido haver variações relativamente a essa situação. Entre as dificuldades por ele citadas é comum acontecer de um profissional “não querer saber [do Matriciamento e de atender casos de saúde mental] ou de dizer que não entendem disso”. Além disso, alguns dizem que, como atendem muitos outros programas, “não tem tempo” para a saúde mental. Nessas situações, Dalton referiu valer-se do seguinte argumento:

[...] entendendo ou não entendendo, tu está recebendo esta pessoa. Como é que tu tá lidando com isso? [...] O que tu tem feito? Tá encaminhando para onde?

Ou seja, ele questiona os colegas da rede básica, no sentido de que reconheçam que já atendem saúde mental. Como já assinalei anteriormente, ele também referiu ser comum os clínicos receberem os pacientes para renovarem receitas de medicação psiquiátrica, mas não entenderem ser tal prática um atendimento na área de saúde mental. Disse ele: “se o profissional está renovando a receita, está atendendo, não pode dizer que não está”. Então, ele se propõe a conversar com o colega da rede básica sobre este atendimento para qualificá-lo. Sua argumentação visa o convencimento, a cooptação para uma outra forma de ver um determinado tipo de ação e de com ela trabalhar. Aliás, para realizar este trabalho de cooptação para o novo modelo, ele mobiliza racionalidades práticas, saberes e suas respectivas tecnologias, tal como a noção de “vínculo” utilizada na psicologia, a busca de ações de “parceria” e, ainda, de interação entre diferentes ordens de saberes. Seria possível indicar, então, que se processam, no movimento de implementação de tal prática, muitas formas de exercício de poder, que implicam a condução de condutas privilegiando a argumentação e não a imposição.

Nas considerações feitas pelo psicólogo André, que trabalha no mesmo serviço, ele destaca que, muitas vezes, os profissionais da rede básica argumentam que, por necessitarem atender um número grande de pacientes, não dispõem de tempo para a discussão de casos, proposta pela equipe do serviço de saúde mental na Interconsulta ou no Matriciamento. Novamente, esboça-se o que André considera ser um “discurso de resistência” ao atendimento da área de saúde mental e à discussão de casos, tal como propõe a prática do Matriciamento. Mas, de forma semelhante ao profissional Dalton, também André costuma ir até os serviços da rede básica realizar matriciamento, propondo-se a sentar junto e a conversar, tanto com os profissionais da rede básica, quanto com os da saúde mental. Ele propõe, então, para a implantação da discussão dos casos que se utilizem “espaços de encontro, de troca, de reunião...”.

Cabe registrar, no entanto, que a rede básica tem uma demanda muito grande de atendimentos, em diversas áreas, não só em saúde mental, advindo daí o argumento da falta de tempo para atender a saúde mental. Pois, no tempo existente, os profissionais da rede básica priorizam o atendimento ao problema orgânico, que lhes é mais familiar, do que as questões relacionadas à subjetividade, tal como ficou explicitado na entrevista de Aurélio e também de Fernando.

Processam-se diferentes reações entre os sujeitos profissionais que vivem a ação de governo do Matriciamento: algumas se configuram como práticas de reação à sua implementação, que se configuraria como resistência às ações de governo pelo matriciamento, outras refletem adesões. Se o profissional da saúde mental (André) aqui representa a adesão à política do Matriciamento encontrada nos Documentos que contêm a proposta do Estado para gerenciar os atendimentos em saúde mental, o clínico Aurélio representa a resistência a subjetivar-se a esse “novo” modelo. E, como sabemos, faz parte das relações de poder o conflito com a resistência. O psicólogo Norton lembra que, no início da implementação da Interconsulta, os profissionais da rede básica participavam da reunião de Interconsulta para “passar o caso” ao serviço de saúde mental, “não com a visão aquela que ali a gente vai construir um espaço de estudo e de pensar junto, né?!” Ele descreve o momento da Interconsulta da seguinte forma: é um “momento de troca”, de interação, inclusive entre os médicos da rede básica, que dão sugestões uns aos outros e compartilham experiências. Então, para ele, a Interconsulta é um espaço de “troca e aprendizado contínuo”, apesar de alguns poucos profissionais ainda irem à reunião, apenas para passar o caso, deixando de ouvir o que os outros colegas estão falando, ou não participando da discussão.

Segundo Norton, eles não se dão conta que

[...] aquele espaço é de troca. Ouvindo o outro tu tem também uma condição de aprendizado.
--

Ou seja, este profissional percebe que as subjetivações e experiências de si dos profissionais da rede básica nesses jogos de verdade que propõem atendimento à saúde mental na Atenção Primária não são homogêneas, variam conforme a adesão do profissional à Interconsulta, variando, também, em relação ao momento e ao tempo de participação desses profissionais nas reuniões (se neófitos, ou participantes há mais tempo). Parece-lhe que nem todos adotam essa proposta da troca interdisciplinar, pois participam da reunião com objetivos bastante imediatistas – apenas para “passar os casos”-, como já salientei, tantas vezes, mas não para compartilhar responsabilidades. Ele ainda frisou que os profissionais que já se subjetivaram no procedimento da Interconsulta, algumas vezes auxiliam os iniciantes a se familiarizarem com essa prática. Más, De outra forma, o psicólogo André, bem como o psicólogo Mário e o

psiquiatra Milton revelam sua adesão à prática: eles disseram inclusive fornecer o telefone celular para os profissionais da rede básica contatá-los em casos de urgência.

O psiquiatra Milton e o psicólogo Mário relataram ter tido dificuldades com algumas US's, pois os profissionais mostravam-se “arredios”: achavam, por exemplo, que os profissionais de saúde mental deveriam “resolver os problemas de saúde mental que eles tinham” e não queriam se envolver com o paciente, nem tampouco acolhê-lo e realizar o atendimento em conjunto. Eles revelaram, então, que algumas US's (três das nove que existem na sua região) não procuram mais a Interconsulta e que os profissionais da saúde mental não vão ao posto de saúde se não forem chamados, como referiu o psiquiatra: “com quem não quer tu não consegues fazer”.

Nestes casos em que os Postos de Saúde mostram não ter vontade de realizar a Interconsulta, a melhor estratégia é o recuo, segundo Milton. Ele ressaltou a importância de não impor-se essa prática à rede básica, considerando ser a melhor estratégia mostrar-se complacente e compreensivo. É interessante ressaltar a observação feita por Milton sobre esperarem os profissionais da rede básica, que os profissionais da saúde mental resolvam os problemas de saúde mental, que surgem no Posto de Saúde, ao invés de entenderem que a resolução se dará em conjunto entre estes profissionais. Novamente vislumbra-se neles a convicção de que caberia unicamente aos profissionais dos serviços especializados a resolução dos problemas dos pacientes da área de saúde mental. Em sua entrevista, o psiquiatra Milton referiu que há uma “cultura”, entre usuários e profissionais da rede básica, que entende que o “tratamento” é só individual: “eles não vêm o atendimento em família ou em grupo como sendo outros tipos de cuidado que não sejam a consulta médica”. Refere que, em casos de crianças e adolescentes, por exemplo, é preciso abordar a família, também, mas os pacientes, assim como os profissionais, ainda querem e valorizam, principalmente, a consulta com o neurologista, o psiquiatra, o que também faz parte desta “cultura”, segundo Milton.

Na formação profissional em medicina e também em psicologia, ainda prevalece um modelo que privilegia a ação individual, sendo este o modelo de subjetivação aprendido na cultura, conforme salientou Foucault (2006b) e Rose (1998). Aliás, a própria população também espera que isso ocorra dessa forma, como assinalou o psiquiatra entrevistado. Mas, a proposta da Interconsulta/Matriciamiento propõe outras formas de tratamento, que não as centradas no indivíduo ou no profissional do médico, sendo esta dificuldade de aceitação do novo modelo que está sendo trazida por este entrevistado. O aspecto salientado pelo assistente social Gabriel refere-se às queixas dos

profissionais da rede básica sobre o excessivo tempo dispendido, nas reuniões de Interconsulta, na discussão de um caso, o que determina falta de tempo para a discussão de todos os casos, pelos quais são responsáveis os demais profissionais presentes. Isso sucede embora haja uma orientação para que todos sejam objetivos quanto às informações trazidas sobre os casos, segundo Gabriel.

Outra queixa dos profissionais da rede básica, referida pelo assistente social Gabriel, diz respeito ao agendamento feito no serviço de saúde mental. Segundo ele, ocorrem menos agendamentos de pacientes do que é demandado pela rede básica. Este entrevistado considera ser essa uma situação difícil, pois, para ele, há, nas sessões de Interconsulta, uma “pressão cara a cara”, sendo necessário escolher os casos a serem marcados para o serviço especializado, porque não se consegue marcar todos os casos. Segundo ele, o serviço de saúde mental só consegue agendar e acolher 40% do que é discutido na reunião de Interconsulta, pois, como ele refere, há poucos profissionais e a agenda disponível não é grande. Os profissionais da saúde mental tentam explicar na Interconsulta que alguns casos, naquele momento, não poderão ser agendados, argumentando que talvez mais adiante isso possa ocorrer. O critério mais frequentemente assumido é o de acolher primeiro o caso mais grave, mas, se o profissional da rede básica estiver com dificuldade com um determinado paciente, então, costuma-se acolher a sua indicação para se “fazer uma parceria, ganhar o profissional da rede básica”, diz Gabriel.

É interessante comentar que a queixa da rede básica referida por esse profissional (assistente social Gabriel), em relação à Interconsulta nessa região, não diz respeito, apenas, à importância de agendarem-se mais pacientes para a saúde mental, queixa apresentada, por exemplo, pelo clínico Aurélio anteriormente, mas, também, para que se amplie o número de casos a serem discutidos, o que poderia ser tomado como um indicador de que, nessa região, os clínicos já internalizaram a proposta da Interconsulta solicitando, inclusive, mais tempo para essa ação, o que foi confirmado nas entrevistas dos clínicos Lauro e Carlos, que fizeram referência a esta situação.

Nessa mesma direção está a dificuldade para realizar o atendimento em saúde mental, referida pelo clínico Lauro, que considera ser o tempo de consulta de quinze minutos, convencionado pela Prefeitura para atendimento do clínico geral, um fator que “complica para uma abordagem mais integral [do paciente]”, que incluiria também, uma abordagem dos aspectos psicológicos do paciente.

Cabe esclarecer que os 15 minutos indicados pela Prefeitura não são fixos, mas uma média de tempo para atender quatro pacientes por hora. Como o clínico Carlos declarou, um paciente pode precisar de uma consulta de apenas dez minutos, enquanto outro pode precisar de vinte ou quarenta minutos. Com isso quero ressaltar, que as diretrizes organizacionais da Prefeitura e da SMS, quanto à normatização do tempo da consulta, também subjetivam o profissional da rede básica, da mesma forma que a prática da Interconsulta e a proposta de atendimento da saúde mental na rede básica também é proposta pela mesma SMS, mostrando as contradições do Sistema. Como o clínico Lauro salientou, a delimitação do tempo de atendimento do clínico geral em 15 minutos dificulta a consecução do modelo da integralidade e a manutenção de uma prática sensível à área de saúde mental.

Um outra estratégia utilizada por profissionais da saúde mental como Gabriel no trabalho de Interconsulta/Matriciamiento diz respeito a orientar os clínicos gerais nos aspectos que solicitam. Tanto os clínicos gerais quanto os profissionais de saúde mental relatam que o trabalho no Matriciamiento e na Interconsulta também se dá sobre a abordagem medicamentosa, os diagnósticos, o manejo dos casos, a conduta a ser implementada. O assistente social Gabriel referiu que a “abordagem medicamentosa” e a formulação de uma “hipótese diagnóstica psiquiátrica” deixa os clínicos gerais mais “seguros” e “tranqüilos” para atenderem casos de saúde mental. E, a partir daí, se organizam na reunião, as indicações sobre o que observar no paciente, como proceder ao seu acompanhamento, com que periodicidade se deve chamar, ou não, um familiar, entre outras.

Vê-se que aqui foi definida uma estratégia bastante clara que implica focalizar as discussões na Interconsulta a partir de temas que deixem os clínicos mais seguros, estando, entre esses, a proposição de um diagnóstico psiquiátrico, bem como o foco no tratamento medicamentoso, ações usualmente mais associadas a condutas na área médica, se assentando inicialmente em um caminho mais conhecido e familiar para os clínicos, para depois trabalharem-se assuntos com os quais o clínico geral tem menos familiaridade, tais como a saúde mental e a subjetividade. Assim, a partir do diagnóstico, indicam-se caminhos a seguir, o que observar, que cuidados e condutas a tomar. Cabe indicar, que apontar o nome da doença, fazer o diagnóstico, assim como prescrever a droga/medicação constituem-se, em parte, nos instrumentos em que se baseia o poder psiquiátrico até hoje, e que outrora fornecia, inclusive, a “prova psiquiátrica”, permitindo que a psiquiatria se legitimasse enquanto saber médico

(Foucault, 2006b). E, como o saber psiquiátrico faz parte da formação da medicina geral, os profissionais clínicos gerais norteiam sua prática a partir desta racionalidade. Lembro que, o diagnóstico psiquiátrico, assim como a avaliação psicológica, segundo Rose (1998), fazem parte dos mecanismos examinadores que permitem tornar a subjetividade calculável e governável - são formas de medir e calcular os comportamentos, prever suas reações e organizar ações para lidar com elas, conduzindo condutas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fizeram parte do domínio empírico deste estudo documentos de esferas municipais, nacionais e internacionais, produzidos por instituições como a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, o Ministério da Saúde do Brasil, a Organização Mundial da Saúde, bem como algumas Declarações internacionais. Embora não tenha feito uma procura extensiva por documentos, localizei em nível internacional, o que estava referido desde a Constituição da OMS, de 1948, como sendo um conceito ampliado de saúde que incorpora determinantes sociais e psíquicos e não só os biológicos – ou a idéia de saúde apenas como ausência de enfermidades. Nacionalmente, a criação do SUS, na década de 1980, com a diretriz de “atendimento integral”, assim como a produção da Lei 8080, que o regulamentou, reiteram esse conceito ampliado de saúde. O “Relatório sobre saúde mental no mundo: nova concepção, nova esperança”, da Organização Mundial da Saúde de 2001 (OMS, 2001), também reafirmou o conceito ampliado de saúde, assinalando que não só a doença física, mas também as doenças mentais são influenciadas por determinantes biológicos, psíquicos e sociais. Este documento da OMS, de 2001, juntamente com um documento mais recente da OMS, de 2008 (WHO, 2008b), enfatizam a necessidade de não dissociar-se a saúde mental e a saúde física considerando que essas se influenciam reciprocamente. Cabe assinalar que o discurso que propugna integrá-las está presente no contexto internacional desde os anos de 1990, pois este discurso, a que me refiro, por vezes, como o discurso da integração, circulou na Declaração de Caracas (1990), que defende a atenção psiquiátrica na Atenção Primária à Saúde, assim como também nos Documentos do Ministério da Saúde, da primeira década de 2000, sobre Matriciamento, e nos documentos produzidos pela Secretaria Municipal da Saúde sobre Interconsulta, bem como no documento sobre NASF’s, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), que propõe qualificar a atenção à saúde mental na Atenção Primária a Saúde. Além disso, este discurso de integração entre saúde mental e saúde também se relaciona com a proposta da Reforma Psiquiátrica, sendo essa referendada internacionalmente, pela

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), além de se integrar à Política de Saúde Mental nacional (BRASIL, 2005c), que valoriza a saúde mental na comunidade, ao invés da centralização na assistência especializada e hospitalar. Aliás, a insistência na temática de integração destes aspectos da saúde nos últimos anos, em nível internacional e nacional, é um indicativo de que se considera que ainda não se alcançou tal objetivo.

Ressalto, então, que nos documentos indicados, a proposta de não se levar em conta, somente, determinantes biológicos da saúde, mas de utilizar-se um conceito ampliado de saúde, que inclua determinantes sociais e psíquicos, está posta há mais de meio século em nível internacional, continuando a vigorar nos documentos brasileiros desde a década de 1980 até os dias de hoje, além de circular no campo da Saúde Coletiva, que tem embasado os documentos analisados. Destaca-se, também, que a própria OMS enfatiza, na atualidade, não somente os diferentes determinantes da saúde, mas, principalmente, a indissociabilidade e a necessidade de articulação entre eles, atribuindo em especial destaque à indissociabilidade entre o mental e o físico ou entre a saúde mental e a saúde física. Nesta Tese, vali-me da noção de construcionismo cultural (HALL, 1997b) para indicar que tanto a dissociação entre saúde mental e saúde quanto a necessidade de promover-se a sua articulação são construções sociais. Também dei ênfase à necessidade de integração, contida no conceito de integralidade, que está associado à segunda diretriz do SUS, que propõe atendimento integral, princípio esse que é usado na direção de integrar assistência e prevenção, de integrar práticas, integrar áreas profissionais associando, nestes casos, à ideia de interdisciplina, bem como de integrar serviços de saúde entre si com instituições externas à saúde (que é a noção de intersetorialidade), além da integração das políticas de saúde entre si (como, por exemplo, a Política de Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Mental, entre outras). Aliás, quero ressaltar que vários autores, nas últimas duas décadas, citados no capítulo 2, vinculam a expressão integralidade ao atendimento que leva em conta os aspectos *bio psico social*. Ressaltei, ainda, na Tese, que esse discurso da integralidade, enunciado em diferentes épocas por instâncias que envolvem órgãos cuja amplitude de ação é diferenciada – municipal, nacional e internacional –, bem como a literatura na área de Saúde Coletiva compõem as contingências, ou o contexto de produção dos documentos e dos discursos específicos sobre Matriciamento e Interconsulta, que propõem, como já indiquei muitas vezes neste estudo, a integração das práticas da Atenção Primária e do

serviço especializado em saúde mental⁵⁴, em outros termos, a integração entre saúde mental e saúde tomada em uma dimensão mais ampla.

Pretendi, também, incursionar à história de algumas situações que me pareceram estar implicadas na emergência, tal como indicou Foucault (2007a), da classificação que separou a saúde mental da saúde mais ampla, o psíquico do físico e também do social, bem como a emergência do discurso da integralidade e da expressão *bio psico social*, que postulam a integração dessas áreas. Para operar esse estranhamento em relação à construção social das divisões processadas no campo da saúde, bem como para proceder a uma incursão a situações relativas à sua emergência, retomei aspectos referentes ao surgimento da ciência moderna, momento delineado como correspondendo ao início do processo de multiplicação e criação de diferentes disciplinas e saberes, bem como das dicotomias entre mente/corpo, sujeito/objeto (LUZ, 1988). Também neste intuito mapeei documentos e discursos que constituem propostas para o campo da saúde – a Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva, a Reforma Psiquiátrica, a proposta de fortalecimento da Atenção Primária –, que dão destaque à necessidade de promover-se a integração de ações e que formam o contexto social a partir do qual emerge o discurso que quer articular saúde mental e saúde (em especial os discursos do Apoio Matricial e da Interconsulta). Considerarei, então, serem estas práticas propostas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre estratégias voltadas à busca de integração entre saberes, áreas de conhecimento, serviços especializados com a rede básica, e integrar saúde mental à saúde mais ampla.

Tomei de empréstimo de Veiga-Neto (1996b) e de Foucault (2000a) formulações sobre disciplina tanto do ponto de vista do conhecimento, quanto da disciplina voltada para o corpo, já que essas são duas faces da mesma moeda, pois a disciplina conhecimento fornece as condições mentais para submeter o corpo e em ambas há vontade de saber e vontade de poder. Aliás, o próprio nascimento das diversas disciplinas e saberes ocorreu, também, por uma necessidade de repartir poderes dentro de uma contingência histórica, segundo Veiga-Neto (1995). Como Veiga-Neto (1996b) também salientou, as disciplinas científicas conferem identidades profissionais, *status*, regulam as relações, definem problemas e meios para resolvê-los.

Busquei em Foucault (1995) inspiração para indicar a ocorrência dos jogos de verdade procedidos nas ações em saúde, e em Hall (2000) a indicação desses jogos

⁵⁴ O Matriciamento propõe integrar a rede básica e o serviço especializado em qualquer área, mas aqui estamos abordando em específico a área de saúde mental.

incluïrem a possibilidade de resistênciã dos sujeitos em ocuparem as posições para os quais são convocados – no caso, os sujeitos profissionais da saúde. Além disso, também utilizei a noção de condução de condutas, buscando averiguar como os sujeitos profissionais da saúde são governados e se auto-governam (FOUCAULT, 1993; DEAN; 1999) para indicar que isso se dá não somente a partir de uma racionalidade que se dirige pelos ideais propostos no Matriciamento e na Interconsulta, mas pela instituição de novos jogos de poder/saber que implicam novas estruturas, dando destaque a como se ensinam e como se aprendem estas novas práticas, que, por sua vez, pretendem produzir novas subjetivações.

Considero que foi importante associar as noções de governo e disciplina de Foucault com as enunciações de Norbert Elias (1993) e Lebrun (2009a). Ambos destacam o papel constituinte das coerções na vida social, sendo que Lebrun (2009a), inclusive, situa a língua como a primeira coerção sob a qual estamos submetidos na vida coletiva. E Elias (1993) situa o processo civilizatório de controle de impulsos como algo que se iniciou quando as sociedades se complexificaram e as pessoas passaram a precisar mais umas das outras, levando ao auto-controle dos impulsos, embora ele também ressalve que sempre existiram coerções de diferentes impactos nas diferentes sociedades. Ou seja, esses autores indicam que para possibilitar a coexistência social sempre existiu algum tipo de disciplina.

Considerarei que ocorrem diferentes subjetivações, no sentido foucaultiano do termo, nas diversas áreas profissionais - cada qual com sua peculiar ética, postura, formas de ver, dizer e julgar (LARROSA, 2002) a saúde, o sintoma, a doença, o tratamento –, que dificultam as ações integrativas propostas nos documentos já citados e que normatizam e regulam as ações procedidas na saúde. Apontei algumas dessas subjetivações na medicina, psiquiatria, psicologia e psicanálise, bem como a relação entre elas, pois estas são áreas que promovem subjetivações entre os profissionais que entrevistei neste estudo. Considerarei, tal como Larrosa (2002), que as teorias e as práticas, sejam estas terapêuticas ou pedagógicas, não constituem apenas o objeto sobre o qual trabalham, mas, também, os sujeitos que as operam, conformando a relação do sujeito profissional consigo e com os outros dentro de certos jogos de verdade.

Analisei três documentos - dois do Ministério da Saúde sobre o Apoio Matricial e um da Secretaria Municipal da Saúde sobre a Interconsulta – e procedi à realização de doze entrevistas com profissionais da saúde, que trabalham na SMS – sete em serviços de saúde mental e cinco na rede básica. A partir do que encontrei na análise, passei a

pensar a Interconsulta e o Matriciamento como práticas e discursos que se validam como legítimas e que colocam em operação estratégias para ensinar aos profissionais da saúde novas formas de verem, dizerem e julgarem (LARROSA, 2002) a saúde mental, bem como a construção de novas relações organizacionais. Em relação aos profissionais da rede básica os documentos e as práticas pretendem governar e ensinar principalmente para que incluam a atenção à saúde mental em suas ações. E em relação aos trabalhadores da saúde mental pretendem governar, fundamentalmente, para que realizem interdisciplina com os profissionais da rede básica e compartilhem responsabilidades sobre os pacientes. Ou seja, ao dar destaque à integração, as práticas de Matriciamento e da Interconsulta reorganizam as ações das profissões que atuam nas duas áreas e ressaltam dois discursos principais: o da integralidade e o da interdisciplinaridade. Estas novas formas de subjetivar os profissionais, os gestores e a própria população se baseiam em variados discursos, como o da Reforma Psiquiátrica, da Saúde Coletiva, bem como na psicanálise, ou no discurso biomédico, entre outros.

Como ressaltai, a Interconsulta e o Apoio Matricial pretendem operar como estratégias de governo (FOUCAULT, 1993) das condutas tanto dos profissionais, quanto dos usuários do SUS, apoiadas em discursos tais como o da integralidade, associando-a à humanização, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a outras noções da área de Saúde Coletiva presentes no SUS. Também com frequência adotam como verdade o discurso de inserção social e não segregação dos doentes mentais ou pessoas com sofrimento psíquico, tal como prevê a Reforma Psiquiátrica, que é a política de saúde mental nacional atual, e que também faz parte de discursos e documentos internacionais.

Busquei ressaltar que a Interconsulta e o Matriciamento também buscam gerar indicadores, informações sobre prevalência e outros dados que auxiliam a conhecer a população e as práticas profissionais a serem governadas. Tanto a Interconsulta quanto o Matriciamento mobilizam outras estratégias como a discussão de caso, a realização de capacitações, a realização de interdisciplina, o trabalho com equipes. E em especial o Apoio Matricial (BRASIL, 2004c), proposto pelo Ministério da Saúde, tem um caráter mais amplo, de intentar produzir um novo “arranjo organizacional”, voltando-se para modificar processos de organização do trabalho tidos como fragmentados e alienados, propondo a horizontalização das relações. O Matriciamento enfoca a mudança dentro das organizações de saúde e entre elas, as relações entre os profissionais, os processos de trabalho. Pretende ser uma forma de governo na saúde que tem na democracia

uma referência de valor para ordenar as relações entre saberes, profissões, serviços, gestão e práticas assistenciais. Já a Interconsulta, proposta pela Secretaria Municipal da Saúde (PORTO ALEGRE, 2005), está mais dirigida às questões técnicas a respeito do manejo da medicação, do diagnóstico, da conduta técnica, etc. Embora ambos, Apoio Matricial e Interconsulta, se preocupem com todos estes elementos. Outra diferença entre ambos, encontrada nos documentos analisados, é que o Matriciamento inclui entre suas ações a consulta conjunta, a participação em reunião de equipe na rede básica, a visita domiciliar, além da discussão de caso, da capacitação e da disponibilização de contato para situações de emergência. Enquanto a Interconsulta inclui principalmente em suas ações a discussão de caso e a capacitação. O Documento da SMS está permeado pela noção de “evidências” e também pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A noção de evidências (CASTIEL; DIAZ, 2007) exclui da compreensão da situação de saúde informações que não sejam obtidas pela experimentação, considerando como secundárias ou até mesmo desconsiderando informações qualitativas de caráter sociocultural, psicológico e sociopolítico. Embora a crença nas evidências vincule-se mais ao discurso biomédico, no Documento da Secretaria Municipal da Saúde ele coexiste e está associado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, embora sejam discursos de diferentes ordens. Já os documentos do Ministério da Saúde estão visivelmente alinhados às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e às noções da Saúde Coletiva, como a idéia de integralidade, de reafirmação do SUS e de inclusão social do doente mental.

Nos Documentos do Ministério da Saúde, em especial no Anexo “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2004a), a forma de apresentação dos dados sobre a prevalência em saúde mental - não somente a partir dos transtornos psiquiátricos mas a partir da forma de cuidado que a população necessita (contínuos ou eventuais) - mostra uma outra nomenclatura, que não aquela dos manuais psiquiátricos, para pensar a saúde mental, indicando outra forma de vê-la, dizê-la e julgá-la (LARROSA, 2002). Também neste Documento o discurso da integração articula a saúde mental de forma indissociável à saúde, opondo-se à dissociação entre mente/corpo, subjetividade/objetividade presente no discurso científico e na noção das evidências. Neste Anexo normatiza-se o trabalho na saúde e propõe-se que os profissionais da saúde mental realizem a interdisciplina e disponibilizem-se a ensinar os demais profissionais a praticá-la. A Cartilha do HumanizaSUS “Equipe de Referência e Apoio Matricial” (BRASIL, 2004b) pretende produzir sujeitos profissionais da saúde

mental engajados no projeto político de modificar as práticas na saúde, bem como na reafirmação do SUS, pois o SUS já traz um projeto de mudança, segundo salienta o próprio documento, sendo essa uma herança da Reforma Sanitária. Também nesse material foi cunhada uma expressão para denominar o posto de saúde na rede básica – “equipe de referência” – para ressaltar a responsabilidade da equipe da rede básica sobre os pacientes da sua região, para os quais esta equipe deve ser a referência em saúde. Também o serviço de saúde mental passa a ser um “serviço de referência/especialidade”, de forma especializada, ressaltando-se, desse modo, sua responsabilidade com os casos que lhe são trazidos pela rede básica. Este material dirige-se ao leitor, colocando-o no lugar tradicional de profissional de saúde que trabalha isoladamente e fragmentadamente, indicando as limitações deste trabalho e procurando governar para que ocorram modificações. Assim, no intento de reorganizar as práticas e colocar em ação novas ações em saúde, instituem-se novas nomenclaturas, bem como novas visibilidades, dizibilidades e julgamentos, seja para lidar com os problemas na área de saúde mental, seja para organizar a rede de saúde de forma mais compartilhada. Nessa ação, é importante dizer, procura-se produzir novas subjetivações sobre os profissionais que atuam nestas situações.

Pode-se apontar, então, que a Interconsulta e ao Matriciamento são atribuídas dimensões pedagógicas que afirmam a saúde mental como uma área tão importante quanto a saúde física. Cada paciente examinado tem sua história analisada, esmiuçada, se torna um “caso” individualizado e é comparado a um conjunto ampliado de outros casos e ao que se considera a norma para a sua faixa etária e sexo. E nesse processo separam-se casos graves dos menos graves e constroem-se critérios de encaminhamento ao serviço especializado de saúde mental. Nesse sentido a Interconsulta e o Matriciamento se configuram não apenas como uma estratégia de governo, mas operam para disciplinar produtivamente os sujeitos, incluindo ações de vigilância e de controle processadas em relação aos pacientes, e, também, em relação aos próprios profissionais que dela participam. Além disso, o governo exercido em tais práticas, pretende disciplinar os olhares e as práticas dos profissionais da saúde para que englobem o elemento psíquico. Por isso, entendo ser possível dizer que a Interconsulta e o Matriciamento envolvem muitas dimensões pedagógicas, pois nelas novas formas de organização das relações de poder, de saber e de verdade se exercitam e se instauram, centradas no diálogo entre as áreas profissionais e serviços.

Tanto nos documentos do Ministério da Saúde quanto nas práticas, o Matriciamento propõe que o trabalho em saúde se faça de forma coletiva, de modo a envolver trocas com o colega da mesma equipe da rede básica e com o profissional da equipe de saúde mental, visando a formulação conjunta do plano terapêutico para os casos tratados. A proposta envolve compartilhar o caso e deixar claro não ser essa uma forma de intromissão entre os campos de saber. Assumir tal proposta implica que o profissional da rede básica se envolva com o atendimento em saúde mental e divida responsabilidade com outros profissionais, por um lado qualificando os encaminhamentos – que é o que propõe o documento da SMS - e por outro até assumindo mais casos e diminuindo o número de encaminhamentos aos serviços especializados – conforme propõe os Documentos do Ministério da Saúde. Aponto, dessa forma, que, dentro das instâncias de governo municipal e federal há pequenas diferenças nas pretendidas ações de governmentação, implicadas nas orientações práticas do Matriciamento ou da Interconsulta.

Como também registrei no estudo, os profissionais dos serviços de saúde mental indicaram que nem sempre ocorre a troca interdisciplinar prevista, nem entre os profissionais da equipe da rede básica, que não se reúnem, ou que deixam apenas para o médico a responsabilidade pelos casos de saúde mental, nem destes com os profissionais da saúde mental, já que muitas vezes esses serviços não participam da Interconsulta ou do Matriciamento. Como eles destacaram, os clínicos gerais são os profissionais mais presentes na Interconsulta/Matricramento, sendo que algumas vezes os profissionais da saúde mental procuram engajar também outros profissionais da rede básica (enfermeiros, agentes comunitários) nesse atendimento a saúde mental e na participação na Interconsulta/Matricramento. Isso mostra, também, o quanto o atendimento à saúde mental (e à saúde) na atenção básica ainda está centrado no profissional médico e também na medicalização do sofrimento psíquico, por ser este o recurso aprendido na sua formação e com o qual contam estes profissionais.

Nas entrevistas dos médicos clínicos e dos profissionais da saúde mental ficou explicitado ser comum os clínicos não incluírem a saúde mental nas ações de atenção à saúde, talvez porque tais profissionais sejam mais familiarizados com os aspectos objetivos dos procedimentos, dos exames e com a medicação e menos com os aspectos subjetivos da saúde. Como indiquei ao longo do estudo, eles atendem à renovação da receita da medicação psiquiátrica, mas, muitas vezes, sem conhecer mais a fundo o paciente e sem reconhecer que esta é uma atividade em saúde mental e que pode ou

deve fazer parte de suas práticas. Muitas vezes não se sentem preparados para tal, por falta de recursos teóricos e técnicos para atenderem o sofrimento psíquico ou as manifestações de subjetividade, pois a formação e subjetivação médica tradicional voltada para a objetividade não fornece subsídios para isso. A falta ou menor número de profissionais da rede básica de outras áreas profissionais na Interconsulta/Matriciamiento indica que, provavelmente, também eles não se sintam preparados ou não queiram se responsabilizar por situações relacionadas com a saúde mental. Vários clínicos reconheceram que a participação na Interconsulta/Matriciamiento possibilitou que passassem a realizar um atendimento mais detido e cuidadoso dos casos de saúde mental. Segundo as entrevistas apontaram, essas práticas produzem novas subjetivações que permitem “enxergar” outros aspectos do paciente, escutar mais, não se assustar com as manifestações psicológicas, obter mais dados sobre o paciente, seu contexto e sua família e lidar com os casos não segregando, seja através da conduta terapêutica seja através da abordagem medicamentosa ou de pensar a inclusão na comunidade. E isto estaria possibilitando, o que os Documentos e alguns dos próprios entrevistados chamam de uma atenção integral.

O que os profissionais da rede básica aprenderam a enxergar? No que diz respeito à infância a não se focar apenas na queixa da mãe ou da escola, mas a observar as expressões da própria criança, além de conhecer seu contexto e sua situação familiar. Dessa forma, a escuta sobre a infância se amplia do sintoma infantil ou da queixa dos adultos para conhecer o posicionamento da criança, sua história, seu desenvolvimento, a relação mãe/filho, a família, o contexto, etc. Também aprenderam a avaliar melhor os encaminhamentos da escola, discutindo sobre o melhor encaminhamento para cada caso. No caso da atenção aos adultos, os profissionais da rede básica relataram passar a conhecer e escutar mais a pessoa, obter mais dados sobre sua situação, acolher seu sofrimento, avaliar o contexto atual de sua vida, acompanhar alguns casos e motivar mais o paciente quando é necessário o encaminhamento para o tratamento no serviço especializado. E é ensinado que para todo atendimento que envolva questões de saúde mental é necessária uma disponibilidade maior de tempo para escutar, detalhar, conhecer, estabelecer vínculo, acolher, acompanhar, etc.

Os profissionais da saúde mental encontram uma série de dificuldades para implementar o Matriciamiento e também a Interconsulta, e ao mesmo tempo buscam construir estratégias para implementá-la. Utilizam-se de racionalidades práticas, de tecnologias e argumentos discursivos oriundos da área *psi*, no sentido de conduzir as

condutas e procurar governar em direção a este novo modelo, pois esta área oferece uma linguagem para conhecer e governar a subjetividade, proporcionando novos regimes de verdade sobre o que e como fazer com os seres humanos e com a vida nas organizações, segundo Rose (1988). As práticas de Interconsulta e Matriciamento realizam, também, um trabalho institucional, tentando engajar diferentes profissionais da equipe na discussão do caso, ou acolhendo as dificuldades dos trabalhadores com a saúde mental, ou propiciando que os profissionais ou as equipes se reúnam.

Os sujeitos profissionais dos serviços de saúde mental que realizam a Interconsulta/Matricamento também são produzidos e se auto-produzem no sentido de modificarem suas práticas, incluindo nestas modificações o deslocamento da atuação do próprio serviço de saúde mental para serviços da rede básica ou a recepção no serviço de saúde mental de profissionais de serviços da rede básica. Nestas ações, processam os profissionais dos serviços de saúde mental múltiplas subjetivações nos profissionais da rede básica, mas, como eles indicaram, há cuidados a serem tomados relativamente à execução das ações interativas, estes propõe-se a respeitar o “momento” de cada serviço/profissional da rede básica, tendo paciência, não atropelando, realizando o que alguns denominam de uma “educação continuada”. Há um governo de si dos profissionais articulado com o governo dos outros, uma auto-subjetivação ao mesmo tempo que uma hetero-subjetivação.

E que sujeitos pacientes essas práticas profissionais pretendem produzir? Um paciente cuja autonomia deve ser preservada e incentivada, bem como seu direito de circular e inserir-se socialmente, não segregando em instituições hospitalares manicomialis – de acordo com o discurso da Reforma Psiquiátrica. Também um paciente que é construído e se torna um caso clínico formulado e discutido entre vários profissionais de diferentes serviços, no qual se busca entender seu contexto e ao mesmo tempo sua singularidade – influências da psicanálise, de outros saberes *psi* e dos documentos do Ministério da Saúde sobre Apoio Matricial.

Quanto à proposta de interdisciplina os entrevistados relataram, por um lado, situações de disputa entre saberes e poderes, inclusive dentro da saúde mental, de isolamento corporativo de certas áreas profissionais que em alguns momentos nem aceitam se relacionar com outras áreas e de disputas em torno do que é considerado como verdadeiro e legítimo nas Interconsultas/Matricamento, até disputas pelos pacientes como se estes pertencessem a apenas um profissional. Por outro lado, relataram também a busca pelo consenso para possibilitar a continuidade do trabalho

conjunto na Interconsulta, ocorrendo eventualmente, inclusive, a abdicação de uma posição em prol do projeto coletivo. Também relataram a necessidade de lidar com as diferenças, de “afinar” o entendimento num mesmo sentido, de “compor” um trabalho conjunto, do profissional da saúde mental não “atropelar” o generalista da rede básica. E alguns também referiram considerar complementar e necessário o trabalho com a outra área profissional, reconhecendo as limitações pessoais e/ou de cada área profissional.

A partir do que foi apresentado, pode-se dizer que os Documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde compõem um modo de falar sobre a saúde e de gerenciá-la, que está inserido em valorações que tanto se referem ao momento atual das políticas públicas brasileiras, quanto a propostas mais amplas assumidas por entidades de saúde internacional, da saúde mental e da ciência. Valoriza-se, por exemplo, a Atenção Primária à Saúde e não apenas os atendimentos hospitalares, como ocorria anteriormente, valoriza-se a atenção à saúde mental na Atenção Primária, inserindo o doente na comunidade e não segregando em internações hospitalares, valoriza-se, também, a integração entre os serviços da saúde e a intersectorialidade entre a saúde e outros setores institucionais que não da saúde.

Há, no entanto, um apego a posições gestadas no modelo biomédico, marcado pelo positivismo na saúde e pela ancoragem em disciplinas científicas que partilham o ideal da ciência moderna – a valorização da especialização e das especialidades que gera o trabalho individualizado de cada profissional fazendo a sua parte isoladamente, o modelo piramidal, hierárquico e vertical (entre profissionais e entre serviços), e a rede de serviços não articulados. A proposta de Interconsulta da SMS, embora vise também articular serviços de saúde mental e de saúde, parece mais referida ao modelo biomédico e de valorização da assessoria voltada para a técnica, assim como a noção das “evidências”.

E as subjetivações baseadas no modelo de Matriciamento se ocupam mais do trabalho em equipe, do trabalho coletivo, do diálogo interdisciplinar, em relacionar os serviços de saúde entre si, em relacionar serviços de saúde a outras instituições que não da saúde, no comprometimento e responsabilização, na construção de relações horizontais, além da inclusão da saúde mental (ou dos aspectos subjetivos, do sofrimento psíquico, da doença mental) na saúde, que também é proposta pela Interconsulta. Cabe ressaltar, no entanto, que na fala dos profissionais estas duas nomenclaturas são utilizadas de forma bastante flexível, muitas vezes sendo chamado de Interconsulta o que o Ministério da Saúde chama de Matriciamento. Este discurso da

interdisciplinaridade que valoriza a responsabilidade compartilhada, encontrado nos Documentos do Ministério da Saúde e também nas entrevistas, assim como a valorização de todos os saberes disciplinares, a não hierarquização de serviços nem de saberes, parece fazer parte de um discurso social mais amplo contemporâneo e se opõe a um discurso biomédico ainda bastante presente na saúde.

A leitura de Lebrun (2009a) tornou possível para mim realizar uma ligação entre este discurso presente na saúde - contra o modelo piramidal biomédico⁵⁵, em prol das relações horizontais e da democracia e da transdisciplinaridade - e a organização social contemporânea que também propõe este mesmo modelo. Pude perceber que esse discurso hoje presente na saúde se ancora no discurso social mais amplo. Lebrun (2009a) destaca em relação ao passado mudanças na forma de convívio na sociedade e na organização do laço social: se até a modernidade a prevalência era do coletivo, hoje é o indivíduo que predomina a ponto de ser difícil sustentar projetos coletivos, apesar de se incitar à participação. Antes na sociedade predominava a verticalidade, a autoridade dada pela tradição, o modelo de organização social piramidal, a ordem preestabelecida transmitia as regras. A legitimidade social era dada pela teologia e pela supremacia masculina do patriarcado, o religioso era o modelo do social. Lebrun (2009b) considera que antes a autoridade era ocupada por Deus, pelo Papa, pelo pai ou pelo chefe, e hoje a organização social não está mais constituída como pirâmide mas como rede e este lugar de autoridade não tem mais o reconhecimento espontâneo de antes. Segundo Lebrun (2009a) esse modelo anterior foi paulatinamente enfraquecido pelo discurso da ciência e pelos avanços da democracia. Antes a hierarquia garantia a unidade (LEBRUN, 2009a), na modernidade isso se modificou, ainda há necessidade de um fazer coletivo já que vivemos em uma sociedade, mas os parâmetros são outros. Com a modernidade (LEBRUN, 2009a) há mudança na maneira de decidir, a pluralidade passou a ser reconhecida, com suas convergências e divergências, e passou-se a defender a contratualidade, a horizontalidade e a paridade democrática. Hoje está presente a idéia de que a decisão deve vir da confrontação e discussão entre os protagonistas, da troca entre interlocutores, a ordem deve emergir do convívio entre os parceiros, ela não está dada de antemão. Ele considera que neste modelo espera-se dos atores que estejam implicados e que não sejam apenas submetidos. Lebrun (2009) considera que na vida coletiva é necessário o lugar da autoridade, só que a autoridade de hoje é diferente da de

⁵⁵ O modelo biomédico é considerado por Capra (1982) como a expressão na saúde do modelo patriarcal, como já foi abordado.

ontem, pois se sustenta nessa organização mais horizontal e negociada, é uma autoridade que aceita a interpelação da alteridade. Essas questões da implicação, do envolvimento e comprometimento dos profissionais, e não só do cumprimento, bem como das decisões que se constróem e não se impõem, aparecem muito nos discursos e práticas analisadas por esta pesquisa, nos documentos e nas entrevistas, corroborando a idéia de mudança no discurso social e da saúde.

Antes de concluir este estudo gostaria, ainda, de fazer algumas ressalvas em relação aos procedimentos colocados em ação na pesquisa. Pois, seguindo as considerações metodológicas de Rose (2001a), da mesma forma que é importante descrever a estrutura dos discursos e o contexto onde são produzidos, para realizar uma análise de discurso foucaultiana também é importante realizar uma reflexão crítica sobre a própria prática da pesquisa. Assim como o pesquisador precisa questionar as obviedades, as afirmações nas falas e nos textos lidos, também deve ele refletir sobre os próprios procedimentos da pesquisa. É essa reflexão *a posteriori* sobre o próprio trabalho das entrevistas realizado que passo a proceder agora.

Registro que não realizei todas as entrevistas que havia programado com os clínicos da minha região, pois percebi que o fato de eu trabalhar em um dos serviços de saúde mental que realiza a prática da Interconsulta poderia gerar uma situação de constrangimento ao entrevistado. Certamente alguns desses colegas não se sentiriam à vontade para tecer, por exemplo, alguma crítica à atividade que eu realizo e da qual eles participam. Nas duas entrevistas que realizei com clínicos da região em que eu mesma trabalho⁵⁶, percebi que eles elogiaram a Interconsulta realizada em meu serviço comparando-a com a de outro serviço. Embora um deles também tenha expressado algumas críticas generalizadas à Interconsulta enquanto modelo de prática, considero que talvez tivesse sido importante entrevistar profissionais que não participam da Interconsulta ou do Matriciamento, ou mesmo alguns que sabidamente as criticam, pois apenas um dos entrevistados se pronunciou neste sentido, embora eu possa afirmar, a partir de minha experiência, que na saúde esta posição crítica é bem frequente, principalmente entre clínicos gerais e profissionais das Unidades Sanitárias. Já os clínicos dos PSF ou ESF, os chamados médicos de família e comunidade, apresentaram, geralmente, opiniões favoráveis à Interconsulta, tal como se pode ver nos relatos que fiz da entrevista de Lauro e de Fernando. Já referi a dificuldade de obter entrevistas de

⁵⁶ Eu não designarei quem são estes clínicos para preservação do sigilo.

profissionais que se posicionam contra a proposta oficial do governo de implementação da Interconsulta ou do Matriciamento, tal como sucedeu com o próprio clínico Aurélio, que participava regularmente da Interconsulta no meu serviço, embora externasse nessas reuniões toda uma crítica a este modelo de encaminhamento via discussão de casos, defendendo o encaminhamento via documento de referência e contra-referência. É importante indicar que, inclusive, ele deixou de participar das reuniões de Interconsulta, a partir do momento em que eu o convidei para participar da minha pesquisa, salientando a importância de sua opinião a respeito do tema. Isto ocorreu, talvez, por receio de participar de uma pesquisa sobre uma proposta da qual discorda (a Interconsulta) e que é oficial na SMS, atualmente, e por não querer ele dar uma resposta negativa direta a meu convite para que participasse da pesquisa, já que temos uma boa relação de trabalho. De qualquer forma, voltei a convidá-lo a participar meses depois, em seu próprio serviço, tendo ele aceito e me concedido a sua entrevista.

Também pensei, em algum momento, que esta pesquisa teria maior abrangência e profundidade se utilizasse, além da entrevista, outra técnica complementar como, por exemplo, a observação das Interconsultas e Matriciamentos, pois, na entrevista, muitas vezes os sujeitos da pesquisa tentam mostrar o que de melhor tem a apresentar sobre o tema ao pesquisador. Por outro lado, o fato de ser também profissional funcionária da mesma Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre me fez crer que talvez fosse realmente melhor não realizar observações, pois isto poderia criar dificuldades junto aos colegas, no sentido de se sentirem avaliados em seu trabalho por uma colega. Como as entrevistas trouxeram uma riqueza de dados, aos quais reuni a minhas experiências pessoais, acho que foi possível realizar uma análise diversificada das situações sem a necessidade de me valer de outras técnicas.

Outro ponto observado *a posteriori*, diz respeito a terem sido entrevistados apenas médicos clínicos gerais e teria sido interessante entrevistar, também, outros profissionais da rede básica que participam da Interconsulta ou do Matriciamento. Pautei-me, no entanto, para tomar tal decisão no conhecimento de que são, geralmente, os clínicos gerais os profissionais que costumam participar destas atividades.

Após a análise das entrevistas percebi, também, que os profissionais dos serviços de saúde mental entrevistados já realizavam a Interconsulta ou o Matriciamento há alguns anos, sendo esta prática já estabelecida em seus serviços. Estes profissionais geralmente focaram suas entrevistas no modo como implementaram estas práticas e em como essas podem fomentar novas subjetivações nos profissionais da rede básica. Já nas

entrevistas com os profissionais da rede básica, vários abordaram as modificações pelas quais eles próprios passaram em seus modos de trabalhar e conduzir a atenção em saúde e saúde mental, após terem se envolvido na realização da Interconsulta/Matriciamiento.

Finalmente, quero destacar que encontrei nas entrevistas dos profissionais da saúde o relato de várias situações por mim já vivenciadas no trabalho na Secretaria Municipal da Saúde, e, por outro lado, a pesquisa serviu também para mim como aprendizagem de outras formas de proceder o trabalho da Interconsulta e do Matriciamiento, além de proporcionar o conhecimento de documentos e artigos que até então eu conhecia apenas por citações ou até desconhecia. Desejo que este estudo possa propiciar para outros aprendizados e trocas da mesma forma que proporcionou para mim.

10 REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovani. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec; Campinas, SP: Sindicato dos médicos de Campinas e região, 2006.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1/2, 1997.

ARFUCH, Leonor. **La entrevista, una invención dialógica**. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1995.

BARBAN, Eduardo; OLIVEIRA, Angélica. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, Unipar, v. 14, n. 1, p. 52-63, jan/mar. 2007.

BEZERRA, Benilton. Naturalismo como anti-reducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. VI, n. 18, p. 158-177. 2000.

BIRMAN, Joel. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: QUINET, Antonio (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. P. 21- 29.

_____. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 0, p. 11-16. 2005.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm Acesso em: 20/09/2007

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 09/12/2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRO-SAÚDE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. 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 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Princípios e diretrizes**. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre Caracas**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1 Acesso em: 9 set. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. **Rede de colaboração para a humanização da atenção e da gestão do SUS**. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/node/57> Acesso em: 22 de maio 2010.

CAMPOS, Gastão; DOMITTI, Ana. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 399-407, fev. 2007

CAMPOS, Rosana Onocko; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1): 129-138, 2009.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Marcele Regine de; LUSTOSA, Maria Alice. Interconsulta **Psicológica Rev. SBPH**, v.11, n.1 Rio de Janeiro jun. 2008.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos Alvarez-Dardel. **A saúde persecutória. Os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 136p.

CECCIM, Ricardo. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Cuidado. As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2005. p. 259-278

CECCIM, Ricardo e CAPOZOLO, Ângela. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João et al. (Orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECÍLIO, Luiz Carlos; MERHY, Emerson. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. P. 197-210

CECÍLIO, Luiz. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. P. 39-64.

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

COSTA, Marisa Vorraber. **Sujeitos e subjetividades nas tramas da linguagem e da cultura**. Trabalho apresentado no 10º ENDIPE, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA, Marisa; SILVEIRA, Rosa Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, n. 23, maio/jun/jul/ago. 2003.

COSTA, Marisa. Velhos temas, novos problemas – a arte de perguntar em tempos pós-modernos. In: COSTA, Marisa; BUJES, Maria. **Caminhos Investigativos III. Riscos e Possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. P. 199-214.

DÂMASO, Romualdo. Cursos e discursos com a enfermagem: contribuição socialanalítica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 3, n. 1, p. 101-7, maio. 1995.

DEAN, Mitchell. **Governmentality: power and rule in modern society**. London: Sage, 1999. P. 9-27.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, Casaquistão, URSS: 1978.

Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm> Acesso em: 9 set. 2008.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas, Venezuela: 1990.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107
Acesso em: 9 set. 2008.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador. Formação do estado e civilização**. Vol.2 Tradução da versão inglesa Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio. O dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental. **Cadernos IPUB/UFRJ**. Rio de Janeiro, Vol VI, nº 17, 2000.

_____. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Ano VII, nº 1, p. 75-86, março. 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina e TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Ano V, Nº 1, p. 29-43, março. 2002

FIGUEIREDO, Luís e SANTI, Pedro. **Psicologia.Uma (nova) introdução; uma visão histórica da psicologia como ciência**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004.

FIMYAR, Olena. **Using Governmentality as a conceptual tool in education policy research**. London: Educate, march, 2008. p 3-18.

FONSECA, Marcio Alves. A preocupação com o sujeito e o poder. In: **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. SP: Educ, 1995. P. 21-37.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Org. e tradução Roberto Machado. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

_____. **História da Sexualidade 2. O uso dos prazeres**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1994.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, HL; RABINOW,P. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. RJ: Forense Universitária, 1995. p 231-249.

_____. As técnicas de si. Trad. Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves. In: _____. **Dits et Écrits**. Paris: Gallimard, 1994, vol. IV. 1997. P 783-813. Disponível em: www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/techniques.html Acesso em: março de 2008.

_____. Aula de 14 de janeiro de 1976. In: **Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2000a. P. 27- 48.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)** Trad. Maria Ermantina Galvão. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000b. P. 285-316.

_____. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. Poder-saber. In: _____. **Foucault: estratégia, poder e saber**. Ditos e escritos, vol. IV. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2003, p. 223 a 240.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In:_____. **Michel Foucault: ética, sexualidade, política.** Ditos e Escritos, vol. V. 1ª ed. RJ: Ed. Forense Universitária, 2004, p. 264 a 287.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: NAU, 2005.

_____. **O poder psiquiátrico.** Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Tradução Raquel Ramallete. 31ª edição. Petrópolis: Vozes, 2006b.

_____. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. **Estratégia, poder-saber.** Ditos e escritos, vol IV. Trad. Vera Lúcia Ribeiro. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c.

_____. **A arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007a.

_____. **A Ordem do Discurso.** Tradução Laura Fraga Sampaio. Tradução Laura Sampaio. 15ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007b.

FRANÇA, Maria Inês. A clínica psicanalítica e a ética do desejo. In: _____(org). **Ética, psicanálise e sua transmissão.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

GIROUX, Henry A. Praticando Estudos Culturais nas faculdades de educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Alienígenas na sala de aula Uma introdução aos estudos culturais em educação.** 8ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação e Realidade,** Porto Alegre, v. 22, n.22, p. 15-46, jul./dez. 1997a.

_____. The work of representation. In: HALL, Stuart. (org.) **Representation; cultural representations and signifying practices.** London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage, 1997b.

_____. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). **Identidade e diferença. A perspectiva dos Estudos Culturais**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000.

IZAGUIRRE, Guillermo. Salud y enfermedad. In: YOSPE, J; IZAGUIRRE y colaboradores. **Salud mental y psicoanálisis**. Buenos Aires: Eudeba, 1999a.

_____. Salud mental: definiciones. In: YOSPE, J; IZAGUIRRE y colaboradores. **Salud mental y psicoanálisis**. Buenos Aires: Eudeba, 1999b.

JAPIASSU, Hilton. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006

KENDALL, Gavin; WICKHAM, Gary. **Using Foucault's methods**. London, Thousand Oaks, Delhi: Sage, 1999.

KRUSE, Kruse, Maria Henriqueta Luce. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 157 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LACAN, Jacques. O seminário: livro 10: a angústia. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. **De Piaget a Freud: para repensar as aprendizagens. A (psico) pedagogia entre o conhecimento e o saber**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **O sujeito da educação. Estudos Foucaultianos**. 5ª ed. Petrópolis-Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LATOURET, Bruno. **A esperança de Pandora. Ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. SP: EDUSC, 2001.

LAURENT, Éric. Novas normas de distribuição dos atendimentos e sua avaliação do ponto de vista da psicanálise. *Curinga*, Belo Horizonte, nº 13, p. 74-89, set. 1999.

LEBRUN, Jean-Pierre. **Clínica da instituição. O que a psicanálise contribui para a vida coletiva.** Tradução Sandra Chapadeiro. Porto Alegre: CMC Editora, 2009a.

LEBRUN, Jean-Pierre. Ensinem os filhos a falhar. **Revista Veja**, edição 2142, 9 de dezembro. 2009b.

LENOIR, Timoty. **A disciplina da natureza e a natureza das disciplinas.** In: *Instituindo a ciência. A produção cultural das disciplinas científicas.* São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1997. P. 62 – 98.

LOBOSQUE, Ana. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo: Hucitec, 1997.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LYRA, Maria Amélia. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, Vol. XIII, nº 24. Mar/abr. 2007. P. 57-66.

MATOS, Eliane; GONÇALVES, Jadete; RAMOS, Flávia. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 383-390, jul./set. 2005

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. P. 45-59

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 4ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS:ABRASCO, 2006.

MERHY, Emerson. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, Afonso [et al]. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público.** São Paulo: Xamã, 1998.

MEYER, Dagmar; SOARES, Rosângela. Modos de ver e de se movimentar pelos ‘caminhos da pesquisa pós-estruturalista em Educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, Marisa; BUJES, Maria. **Caminhos Investigativos III. Riscos e Possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. P. 23-44.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONSENY, José. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, Antonio (org). **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. P 69-72.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Trad. Eliane Lisboa. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2007

NUNES, Mônica; JUCÀ, Vlândia; VALENTIM, Carla. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007

NUNES, Everardo. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>> Acesso em: 7/12/2007.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, Suíça: Sem Casa Editora, 2001.

PAÍS, Alfredo. Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. **Escritos da criança**, Porto Alegre, nº 4, p. 23-31. 1996.

PALOMBINI, Analice de Lima. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. 247f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio, 2007.

PEREIRA, Mário Costa. O geral das estruturas clínicas e a singularidade do sofrimento: encontros e desencontros. In: QUINET, Antonio (org). **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. P. 55-68

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Madel. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni, e MATTOS, Ruben (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

PORGE, Erik. **Jacques Lacan, um psicanalista: percurso de um ensino**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social. **Proposta de política de saúde mental para a cidade de Porto Alegre – novembro/1991**. Porto Alegre: 1991.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de saúde mental 2005-2008**. Porto Alegre: 2005.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre: 2010.

PRIOTTO, Elis. Projeto despertar da adolescência – atenção integral na fase adolescer: relato de experiência. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 7, nº1, p. 55-60, jan.-jun. 2002.

QUINET, Antonio. Como se diagnostica hoje? In: **Psicanálise e psiquiatria. Controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. P. 73-77.

ROSE, Gillian. **Visual Methodologies – an introduction to the interpretation of visual materials**. London: Sage, 2001a.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org). **Liberdades reguladas. A pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **Nunca fomos humanos. Nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001b.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** RJ: Jorge Zahar Ed., 2000.

RUSSO, Jane. **O mundo PSI no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

SANTCOVSKY, Mónica. Conversión y hipocondría. In: YOSPE, Jaime y colaboradores. **Salud Mental y Psicoanálisis.** Buenos Aires: Eudeba, 1999.

SANTOS, Cláudia Amaral dos. Toda boa mãe deve: governamento das maternidades para a constituição de infâncias saudáveis. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SARAIVA, Sônia Augusta Leitão; CREMONESE, Evelyn. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis – SC. In: BRASIL, Ministério da Saúde do. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/concurso_experiencia_saude_familia.pdf
Acesso em: março 2010

SARLO, Beatriz. **Cenas da vida pós-moderna.** Trad. Sergio Alcides. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1997.

SEMINÁRIO NACIONAL DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2010, Brasília-DF. **Mesa redonda: Avanços, desafios e perspectivas na gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade. Uma introdução às teorias do currículo.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVEIRA, Rosa Hessel. A entrevista na pesquisa em educação – uma arena de significados. In: COSTA, Marisa (org). **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade. Uma introdução às teorias do currículo.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SOUZA, Leda; GARCIA, Maria Alice. Fatores de risco e prevenção das cardiopatias isquêmicas: revisão de literatura. **Revista de ciências médicas PUCCAMP**, Campinas, v.5, n. 1, p. 24-9. 1996

SPINK, Mary Jane. **Psicologia social e saúde. Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. 339p.

TEIXEIRA, Ricardo. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni, e MATTOS, Ruben (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3ª edição. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. P. 89-111.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a.

TENÓRIO, Fernando. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, Antonio (org). **Psicanálise e Psiquiatria. Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001b. P. 121-131.

VEIGA-NETO, Alfredo. Crise dos paradigmas e interdisciplinaridade. In: SILVA, Dinorá e SOUZA, Nádia (orgs). **Interdisciplinaridade na sala de aula. Uma experiência pedagógica nas 3ª e 4ª séries do primeiro grau**. Porto Alegre: Editora Universidade/ UFRGS, 1995. P. 17-24

_____. Olhares. In: COSTA, Marisa. (Org.) **Caminhos Investigativos. Novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Mediação, 1996a. P. 19-35.

_____. **A ordem das disciplinas**. Porto Alegre: UFRGS, 1996. 322 p. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996b.

_____. Tensões disciplinares: recompondo antigos temas. In: SILVA, Aida et alii (org.). **Novas subjetividades, currículo, docência e questões pedagógicas na perspectiva da inclusão cultural**. Recife: ENDIPE, 2006. P.137-159.

_____. **Foucault & a educação**. 2ª edição. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 160 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About WHO**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/en/>> Acesso em: 10 set. 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA) (2008b). **Integrating mental health into primary care. A global perspective.** Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf Acesso em: 8 de junho 2010.

WORTMANN, Maria Lúcia. Análises culturais – um modo de lidar com histórias que interessam à educação. In: COSTA, Marisa (org). **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. **Estudos Culturais @ Educação. Algumas considerações sobre essa articulação (e sobre algumas outras mais) nas análises culturais.** In: 1º SBECE, 2004, Canoas.

YOSPE, Jaime. Psicoanálisis y salud mental. In: YOSPE, J; IZAGUIRRE y colaboradores. **Salud mental y psicoanálisis.** Buenos Aires: Editorial Universitária de Buenos Aires, 1999.

ZARIFIAN, Édouard. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? IN: LACAN, J. e outros. **A querela dos diagnósticos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. P. 45-51.