

PROBLEMATIZANDO A NOÇÃO DE REDE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Gustavo Zambenedetti

Rosane Azevedo Neves da Silva

Area: Psicologia Social

Eje: Los campos intelectuales y la creación de praxis críticas en Salud Mental y Derechos Humanos

O objetivo deste trabalho é problematizar as práticas que constituem a rede no contexto da saúde mental. A partir da perspectiva genealógica desenvolvida por Foucault, investigamos a gênese da noção de rede no campo da saúde e da saúde mental, tendo como material de análise as Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental, além de cartilhas produzidas pelo Ministério da Saúde. A partir da década de 60, como fica expresso na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, emerge uma preocupação com relação à necessidade de expansão da atenção à saúde (entendida predominantemente como ‘atenção médica’). O que se observava naquele contexto era uma concentração dos estabelecimentos assistenciais (basicamente os hospitais) em grandes centros urbanos, atendendo uma parcela restrita da população. Surge como proposição desta conferência a constituição de unidades municipais médico-sanitárias, que deveriam ser instaladas em todos os municípios brasileiros e prestar atendimento básico à população, constituindo assim uma estratégia de descentralização da assistência. Em relação ao campo da doença mental, esta conferência aponta a necessidade de constituição de serviços ambulatoriais, tendo em vista alguns dados que apontam que cerca de 22% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no ano de 1962 poderiam ter evitado a internação caso existissem outras modalidades assistenciais não-asilares. Porém, em 1964 têm início a ditadura militar brasileira, e a política de saúde acaba priorizando a expansão da assistência a partir da compra de leitos em hospitais privados, contrariando as determinações da Conferência anterior. Os efeitos dessa política são a produção de uma “indústria da loucura” (onde a doença mental é transformada em mercadoria, objeto de lucro), a precarização dos serviços públicos de assistência, a cronificação da clientela internada, entre outros. A partir das limitações observadas em relação a esse modelo dominante de assistência e à crise gerada no setor saúde, na década de 70 começam a surgir propostas de reorganização da assistência em saúde, a partir de um projeto de reforma sanitária. Dessa maneira, a V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, expressa a necessidade de organização de um Sistema Nacional de Saúde, que organize os recursos assistenciais existentes e formule princípios para orientar o funcionamento do sistema de saúde. Na Conferência seguinte, realizada em 1977, discute-se a necessidade de expansão da assistência através da constituição de serviços de atenção básica, centrado na prevenção de doenças e promoção da saúde. Com relação à organização do sistema de saúde, observa-se uma preocupação quanto aos modos de articulação entre os órgãos que executam ações de saúde. Tendo em vista esta preocupação discute-se a necessidade de implementação de uma “rede única de complexidade crescente” (BRASIL, 1977, p.59), operada a partir de conceitos como regionalização, hierarquização, entre outros. Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, delinea-se de forma ainda mais evidente a idéia de uma rede de saúde, orientada a partir das noções de hierarquização e regionalização. Por hierarquização entende-se a disposição dos serviços assistenciais em diferentes níveis (primário, secundário e terciário), segundo o critério de complexidade tecnológica crescente. A figura da pirâmide costuma representar esta noção, onde o nível primário constituiria a base da pirâmide, considerada a “porta de entrada do sistema”, enquanto a ponta seria constituída pelo nível terciário. Já a noção de regionalização envolve a constituição de “regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional” (BRASIL, 2006). A idéia de uma rede constituída de forma regionalizada e hierarquizada consolida-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, que tem como desdobramento a instituição do Sistema Único de Saúde - SUS através da lei 8.080. Essa lei, além de estabelecer a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, estabelece uma série de outros princípios, como a universalização do acesso e a integralidade da assistência “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e

serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080 /1990, art. 7º, inciso II)

Esse processo de reorganização da assistência à saúde ficou conhecido como reforma sanitária, sendo que a ele articulou-se outro processo, o de reforma psiquiátrica brasileira. Desencadeado no final da década de 70 (AMARANTE, 1995), inicialmente seguiu a lógica da reforma sanitária, postulando que a constituição de serviços que atuassem em um nível preventivo evitariam as hospitalizações consideradas desnecessárias. Nesse sentido, no início da década de 80 o planejamento da assistência em saúde mental (expressos nas Ações Integradas em Saúde e no plano CONASP) adotou como diretriz a constituição de estabelecimentos extra-hospitalares (principalmente ambulatórios de saúde mental).

Alguns estados investiram ainda na implantação de equipes de saúde mental na atenção básica (CAMPOS, 2000). Porém, uma série de fatores (como a pressão de uma demanda reprimida, a inadequação das práticas profissionais, etc) determinou que essas estratégias não atingissem os resultados esperados, contribuindo para que os portadores de sofrimento psíquico grave continuassem tendo como principal destino a internação e os efeitos dela decorrentes: cronificação, exposição a violências institucionais, exclusão, destituição de vínculos sociais, e assim por diante.

A partir dessas constatações o movimento em defesa da reforma psiquiátrica mudou sua postura, passando a defender a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de atenção em saúde mental. Essa mudança foi influenciada pelos ideais do movimento de psiquiatria democrático italiano, que já vinham sendo difundidos no Brasil há pelo menos uma década (AMARANTE, 1995).

Por rede de atenção em saúde mental entende-se a constituição de uma série de serviços articulados (como ambulatórios, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de atenção psicossocial, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, etc), que visam propiciar a desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico. A substituição dos hospitais psiquiátricos pela rede de serviços assistenciais deveria ser acompanhada pela criação de novas práticas clínicas (Goldberg, 1996), novo paradigma de atenção (Vasconcelos, 1998), novo campo de intervenção: da atenção psicossocial (Delgado, 1997). Ou seja, não se trata da mera substituição de espaços físicos, mas principalmente de práticas institucionais.

Alguns tensionamentos passam a emergir a partir do momento em que essa rede substitutiva é incorporada ao Sistema Único de Saúde, principalmente em função da noção de hierarquização. Merhy (1993) aponta que na lógica de organização do SUS “os problemas de saúde seriam passíveis de um enquadramento segundo o paradigma biologicista e naturalista, no qual a doença começaria gradativamente e tornar-se-ia complexa, até constituir um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. (...) Isto é, a intervenção ocorreria do momento mais simples, em termos clínico-terapêuticos, para o mais complexo, quando, então, haveria a incorporação de uma grande quantidade de insumos e equipamentos” (MERHY, 1993, p. 182). O problema saúde-doença é reduzido a uma questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício. Um dos resultados da adequação dos serviços substitutivos ao SUS foi a fragmentação da atenção, gerando uma “assistência partida” (ALVES, 2004), que tende à desresponsabilização e à interpretação da rede como o mero percurso dos usuários pelos serviços, determinada de acordo com critérios estabelecidos técnico-administrativamente. Uma rede dura, burocrática.

Tendo em vista os efeitos gerados pelo ‘endurecimento’ e burocratização dessa rede, coloca-se a necessidade de pensarmos a rede em uma perspectiva mais flexível, onde ela seja capaz de se reconfigurar conforme as necessidades singulares dos sujeitos nela envolvidos. Torná-la uma rede “quente” (PASSOS, s/d), capaz de estabelecer múltiplas conexões, segundo uma perspectiva que se aproxima da noção de rizoma apresentada por Deleuze e Guattari (1995). Nessa perspectiva, a rede é um todo aberto, sempre capaz de crescer, conforme sua capacidade de gerar novos agenciamentos. Essa noção não substitui as anteriores, mas se constitui “entre” elas, oferecendo possibilidades de constituição de linhas de fuga que apontam para a constituição de novas práticas de cuidado no campo da saúde mental.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO:

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Paulo Amarante

(coord.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Anais / III Conferência Nacional de Saúde. Niterói: FMS, 1992.

BRASIL. Relatório Final / V CNS. Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Relatório Final / VI CNS. Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. Anais / VII CNS. Ministério da Saúde, 1980

BRASIL. Relatório Final / VIII CNS. Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Relatório Final / XII CNS. Ministério da Saúde, 200 .

BRASIL. Relatório Final da II Conf. Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS, 2004

BRASIL. O SUS de A a Z. Brasília, MS, 2006.

CAMPOS, F. C. B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. 2000. 177p. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – UNICAMP, Campinas, 2000.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

ESTADO DO RS. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. 1987.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

GOLDBERG, J. Clínica da Psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Cora Editora: Instituto Franco Basaglia, 1996

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. Revista Lugar Comum, RJ, ISSN 14158604, n. 19-20, jan-jun de 2004, pp. 159-171

RIO GRANDE DO SUL. Legislação Federal e Estadual do SUS. POA, 2000.

SILVA, R. A. N. Ética e paradigmas: desafios da psicologia social contemporânea. In: PLONER, K. S. et al. Ética e Paradigmas na Psicologia Social. Porto Alegre: ABRAPSO, 2003

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. Revista Mnemosine, n.0. 1998. Disponível em: