

Severo Garcia Jr., Carlos Alberto; Caldeira Furlan, Filipe; Roxo Borges, Vivian; Pasini, Vera Lucia
**MICROPOLÍTICA EM SAÚDE MENTAL: UM PROCESSO HISTÓRICO EM UMA INSTITUIÇÃO DE
SAÚDE**

Psicologia & Sociedade, vol. 23, 2011, pp. 161-169

Associação Brasileira de Psicologia Social
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326564019>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

MICROPOLÍTICA EM SAÚDE MENTAL: UM PROCESSO HISTÓRICO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

MICROPOLEITICS IN MENTAL HEALTH: A HISTORY PROCESS IN A HEALTH INSTITUTION

Carlos Alberto Severo Garcia Jr., Filipe Caldeira Furlan,

Vivian Roxo Borges e Vera Lucia Pasini

Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Brasil

Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão dentro do campo da saúde mental, considerada aqui enquanto produção histórica correlata a uma instituição de atenção e ensino em saúde no município de Porto Alegre-RS. O caminho percorrido remonta a construção das bases da atenção à saúde mental através de uma aproximação de uma abordagem metodológica cartográfica. Analisamos as relações de forças que perpassam os acontecimentos históricos. Identificamos, ainda, os cruzamentos e distanciamentos em interface ao cenário nacional. Para tanto nos utilizamos de um arcabouço teórico situado em Mario Testa. Nessa construção histórica, procuramos colocar em análise os poderes técnico, político e administrativo que constituem as produções em saúde mental. Neste percurso, concluímos com alguns encontros que nos mostram uma imagem do grupo hospitalar atravessado por diversas instituições: o modelo privado, o modelo público, a saúde mental e a psiquiatria tradicional.

Palavras-chave: saúde mental; instituição de saúde; história; cartografia.

Abstract

This article presents a reflection on the mental healthcare field, considered here as a historical production related to an institution of healthcare education in the city of Porto Alegre-RS. The paper traces back the construction of mental healthcare bases through the cartographic approach, examining the relationship of forces that underlie historical events. It also identifies the intersections and differences in comparison to the national scene. For this purpose we use a theoretical ground inspired in Mario Testa. In this historic construction, we aim to analyse the technical, political and administrative powers that compose the productions in mental healthcare. In the conclusion, we introduce some encounters that show us a picture of the hospital group trespassed by several institutions: the private model, the public model, the mental healthcare and the traditional psychiatry.

Keywords: mental healthcare; health institution; history; cartography.

A arte do encontro em meio a tantos desencontros

Uma forma de começar a contar uma história é contextualizar quem a conta. Somos profissionais/pesquisadores realizando formação em serviço, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), para/no o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse percurso, estamos atravessados por um tema, uma condição e um lugar: a saúde mental na Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre/RS.

O programa de residência tem por objetivo especializar profissionais das mais diversas profissões da saúde, realizando a formação em serviço, com intuito de

atuarem em equipe de forma interdisciplinar, bem como desenvolver a capacidade de analisar e propor ações que possam alcançar a integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde (Baldisserotto et al., 2003).

Entre encontros e desencontros com o grupo de residentes e as equipes com seus trabalhadores fomos agenciados a enfrentar o desafio de construir uma linha de história/memória/política da saúde mental no GHC. De tal modo, ao longo de dois anos nos revezamos entre atividades teóricas, práticas, planejamentos, reuniões, colegiados, além de experienciar as mazelas e entraves que a dura realidade da saúde no país nos impõe. Como diria o poeta, Vinícius de Moraes: “A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”. Somos agenciadores e agenciados de/por uma história.

Nesse processo, nos deparamos com uma inda-

gação: *para que contar essa história?* Mais do que descrever datas, locais e atores, nossa função é encontrar sentidos/pistas e problematizar configurações daquilo que “está posto”. Logo, “aterrar” o chão que estamos pisando é conhecer os alicerces para as andanças atuais. Assim, pela indagação, nós andamos.

Assim, entendemos que contar uma história é fazer uma das possíveis leituras. E, quem sabe, poder instigar desvios e subverter lógicas instituídas. Apoiamos nossas ideias em Foucault (2002, p. 16), quando refere que: “A história não tem ‘sentido’, o que não quer dizer que seja absurda ou incoerente. Ao contrário, é inteligível e deve poder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas”.

Deparamo-nos, portanto, com um duplo desafio, afirmaria Spink (2008): primeiro, aprender a prestar atenção ao nosso próprio cotidiano, reconhecendo a existência de produções e negociações de sentidos e, segundo, aprender a fazer isso como parte ordinária do próprio cotidiano. Assim, não seríamos pesquisadores participantes e muito menos observadores distantes, mas, simplesmente, parte de um processo. Com essa noção, partimos de nossa necessidade de apreender o contexto institucional e buscar uma configuração de direções e ações na linha histórica da saúde mental no GHC.

Traçando um caminho: uma investigação em processo

Como desejamos conhecer aquilo que buscamos?

Seria possível nos separar do nosso objeto de pesquisa como a ciência tradicionalmente pediria: pesquisador distanciado de seu objeto, indo em busca da verdade final do objeto? Por entendermos que partimos da indissolubilidade entre sujeito e objeto, entendemos nosso caminho como uma pesquisa de abordagem qualitativa, pela possibilidade de deslizar e operar um deslocamento nos diferentes aspectos presentes no movediço universo das realidades em análise. Por buscarmos acompanhar processos, fazemos uma aproximação do método cartográfico.

A cartografia, conceito postulado por Deleuze e Guattari (2000) relacionado à geografia, ultrapassa a ideia de fazer um decalque topográfico de um território para a dimensão de um mapa (cartografar). Temos aqui um mapeamento de um processo. O objeto não é mais entendido como uma unidade terminada, à espera do pesquisador que falará de sua verdade dada. Para Mairesse (2003, p. 260):

observa-se que, como um pesquisador/cartógrafo busca conhecer o seu pretenso objeto, este já está sendo

inserido em novos processos que o transformam e o descaracterizam de sua forma original e isto se dando na duplicidade e no desdobramento da experiência que se vive do e no tempo e das formas que são esculpidas por este.

Trabalharemos no sentido de pensar a história como manifestação de múltiplos agentes sociais e suas organizações, não buscando apenas os “responsáveis” pela atual forma de organização da atenção em saúde mental, mas atentos às linhas de forças e poderes que constituíram esse campo no GHC. Para além do tempo presente, consideraremos uma transversalização da história que é atualizada em diferentes momentos, sob diversas estratégias. Como afirma Foucault (2002, p. 24): “Ninguém é, portanto, responsável por uma emergência; ninguém pode se auto-glorificar por ela; ela sempre se produz no interstício”.

Nessa estratégia metodológica encontramos na cartografia uma orientação para “detectar forças tendenciais, direções e movimentos, que escapam ao plano das formas” (Kastrup, 2000, p.21). Para tanto, a presente pesquisa passou pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) sendo aprovada (09-223). Podemos captar diferentes relatos com diferentes agentes envolvidos com o campo da saúde mental do GHC que de algum modo foram relevantes durante o seu percurso na instituição. Buscamos documentos, entrevistas orais, signos, encontros e elementos significativos como meios que pudessem contar o “entre” direções de poderes.

Na saúde, afirma Testa (1992), existem três tipos de poder: técnico, administrativo e político, que transversalizam as relações entre os indivíduos, os grupos sociais e as instituições. Mário Testa, sanitário argentino, nos oferece uma ferramenta conceitual para analisar as propostas nesse campo. Ajuda-nos a entender a discussão do poder e a noção de organização sobre dois aspectos: o institucional e o de agrupamento de pessoas com interesses comuns (Testa, 1992). Cientes da ambição da proposta e das limitações de nossas análises, nesse processo vivencial, andamos sobre nossas próprias falhas, cegueiras e fissuras.

Rose Teresinha da Rocha Mayer, sanitária coordenadora do Centro de Referência em Redução de Danos (CRRD) na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) durante acompanhamento em formação em estágio da residência no ano de 2010, também nos oferece importante contribuição para uma possível leitura sobre a teorização de Mário Testa a respeito dos tipos de poderes. Considera que no poder técnico estariam os sujeitos, o acolhimento, os dispositivos de cuidado, os processos de subjetivação, o trabalho dentro e fora da instituição, esses todos inseparáveis. No poder político, temos a gestão, o controle social, o projeto de

governo, o trabalho em um jogo de forças e interesses em um campo de disputa. E, no poder administrativo, configuram-se os processos de trabalho, a agenda de trabalho, a organização do cotidiano, a avaliação e o planejamento do trabalho. Tomamos esses três poderes como uma maneira de “caminhar”, metaforicamente como um farol que na obscuridade, por alguns momentos, ilumina nosso processo.

O passado está no presente pelas muitas falas e em tempos diferentes. Essas não são homogêneas, mas heterogêneas; às vezes são consensuais às vezes conflitivas. Diferentes regras institucionais, construídas em momentos diferentes, podem fazer com que nossa vida diária pareça confortável e inevitável, mas nós não necessariamente as seguimos e quando as seguimos, nem sempre o fazemos de maneira cega (Spink, 2003, p. 31).

Assumimos assim, como aponta Spink (2003, p. 26), que “investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar – e produzir – o mundo”. O processo da pesquisa revela também as opções como produtores de ações e sentidos num contexto.

Uma breve história da saúde mental no Brasil: redirecionamentos e transformações de saberes

A década de 1970 nos inspira, mais precisamente através do protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, que propôs o rompimento com o modelo asilar na assistência a pessoas em sofrimento psíquico, denunciando a violência nos manicômios e criticando a hegemonia de uma rede privada de atenção. Com a pretensão de reverter a assistência calcada num modelo hospitalar para o cuidado em saúde mental oferecido por uma rede extra-hospitalar, de base comunitária, esse movimento se insere em uma discussão internacional e se fundamenta, principalmente, na Reforma Psiquiátrica Italiana.

Impulsionado pela experiência italiana, o final da década de 1980 é marcado por importantes conquistas no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pode-se destacar, em 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, com o seguinte lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) na cidade do Rio de Janeiro e a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Luiz Cerqueira) no Estado de São Paulo. Em 1989, o município de Santos-SP inaugura Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, criam-se cooperativas e residenciais para egressos de hospitais e assoca-

ciações (Ministério da Saúde, 2005). Nesse mesmo ano, o deputado Paulo Delgado propõe o Projeto de Lei nº 3.657/89, que dispõe sobre o impedimento de construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento dos recursos públicos para a criação de dispositivos de atendimento não-manicomiais e a comunicação das internações compulsórias à autoridade jurídica com emissão de parecer sobre a legalidade da internação. Contemporaneamente, acontece o movimento pela Constituição de 1988 e a regulamentação da Lei 8.080/1990 (Ministério da Saúde, 1990), o que nos indica a consonância da Reforma Psiquiátrica brasileira com a Reforma Sanitária brasileira.

Em 19 de novembro de 1991, o Ministério da Saúde institui, através da Portaria/SNAS nº 189, um plano nacional com apontamentos de procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados com verba pública. Tenório (2002) afirma que esse ato serviu de arcabouço normativo, possibilitando o incentivo público a outras modalidades de atenção que não as tradicionais (internação e ambulatório). Em janeiro de 1992, através da Portaria/SNAS nº 224, divide-se o “atendimento em saúde mental” em dois grandes grupos: o hospitalar e o ambulatorial. O atendimento hospitalar compreenderia a internação e a semi-internação, o que ficou caracterizado na forma dos hospitais-dia e o atendimento ambulatorial abrangeeria o ambulatório na acepção tradicional e os CAPS e NAPS, medidas não hospitalares.

Nesse processo, em 1992, no Estado do Rio Grande do Sul, é sancionada a primeira legislação estadual no Brasil, lei nº 9.716, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental (Ministério da Saúde, 2004a). Posteriormente, outros sete estados brasileiros aprovam suas leis estaduais de Reforma Psiquiátrica e entram em vigor normas federais que regulamentam a assistência na perspectiva da substituição asilar e implantação de serviços substitutivos: os CAPS, NAPS, hospitais-dia e as primeiras normas de fiscalização de hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007).

A década de 1990, portanto, é marcada por uma diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e uma transformação para serviços e alternativas não hospitalares. O ritmo da expansão desses modelos de atenção manteve-se, e podemos dizer que ainda se mantém em processo. A experiência italiana da desinstitucionalização (Rotelli et.al., 2001) trouxe, para grande parte do Brasil, a mobilização de atores envolvidos no sistema de ações institucionais, entretanto, estamos falando de linhas de forças constituídas por diversas ordens, com uma diversidade de disciplinas, que vigoravam instituintes no cenário nacional. Portanto, não estamos tratando de um campo hegemônico de poderes.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei proposto pelo deputado Paulo Delgado, em 1989, é aprovado com mudanças significativas em seu texto original. Assim, a Lei, agora Federal, nº 10.216 (Ministério da Saúde, 2001), dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e sobre o redirecionamento da assistência em saúde mental no país. A partir da aprovação dessa lei e com a criação de linhas específicas de financiamento é possível a ampliação da rede de atenção em saúde mental. Ainda nesse mesmo ano, ocorreu a III CNSM na cidade de Brasília. O cenário reflete importantes mudanças na atenção e cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Essas transformações apontam um incentivo aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a construção de CAPS e Serviços de Residências Terapêuticos (SRT) para receber pacientes que durante muitos anos ficaram trancafiados em hospitais psiquiátricos.

De tal modo, os cuidados em saúde mental, através de grandes mudanças no contexto ideológico-potítico-técnico, colocam em foco uma relação com os usuários e familiares priorizando a ética, as necessidades e os direitos individuais e civis. O cuidado em saúde mental a partir de ações de natureza política, de ações de humanização e ações sobre os direitos humanos coloca o usuário como “senhor” de direitos como qualquer cidadão (Kinoshita, 1996).

Conforme Tenório (2002, p. 40):

O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os Caps, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.).

A portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro 2002 (Ministério da Saúde, 2002) consolida, então, uma posição de Estado em que há uma forma de tecnologia terapêutica e de poder, para além de um propósito de governo. Essa portaria especifica a constituição dos CAPS, tornando-os uma das principais estratégias de atenção à saúde mental (Ministério da Saúde, 2004b). Entretanto, deve-se atentar para um conceito reducionista de CAPS como lugar ou serviço, entendendo-o sobremaneira como um “conceito operacional”, no sentido de que “não se cristalize e não se cronifique; para que se atualize o tempo todo” (Alves & Guljor, 2006, p. 231).

Tessitura de uma história local: um grupo hospitalar e seus serviços à comunidade

Estamos falando de uma organização. Uma organização composta por quatro hospitais, 12 Unidades de

Atenção Primária de Saúde e cinco serviços de saúde mental (CAPS ad III, CAPS I, CAPS II, Consultório de Rua, Internação Psiquiátrica Adulto e Internação Psiquiátrica Adolescente), até o ano de 2010.

A historiografia deste Grupo começa no ano de 1959. A ideia do empreendedor farmacêutico fundador era a de construir um hospital que atendesse o trabalhador da zona norte da cidade de Porto Alegre-RS, uma região operária (Klein & Barroso, 2006). Um interesse privado na esteira do público.

Durante a ditadura militar, em 1975, houve a desapropriação do GHC. Nesse momento, sob alegação de irregularidades administrativas, cobranças superfaturadas e a possibilidade do GHC deixar de atender ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), ocorre uma intervenção política autoritária (Klein & Barroso, 2006). Em suma, de 1959 até 1975 temos, de sua origem à desapropriação, um modelo marcadamente privatista e com acesso limitado. Nesse momento as forças são armadas, estabelecendo fronteiras de controle, limitando ao acesso a todos.

No Brasil, especialmente na década de 1980, estamos atravessando um período instituinte em que a visão tradicional do poder centralizado no Estado é tensionada por um movimento de Reforma Sanitária que propõe a reformulação de um campo de saber, de uma trajetória política e de um processo de transformação institucional. Os conceitos de Seguridade Social e a criação do Sistema Único de Saúde representam a ruptura de um modelo de Estado e de cidadania. A Seguridade Social estrutura a organização e formato da proteção social brasileira na busca da universalização da cidadania, alterada finalmente com a Constituição Federal de 1988; e o SUS com a garantia constitucional do direito universal à saúde (Fleury, 2009).

A abertura democrática no GHC começa em 1982, mas somente em 1984, com o chamado “Movimento Emergência”, composto por trabalhadores da saúde, que se passa a questionar a administração do GHC. Em 1985, época das “Diretas Já!”, a coordenação passa para a Aliança Democrática de dois partidos políticos. Acontecem eleições para as diretorias dos serviços na instituição através do voto dos funcionários. De 1985 a 1988, essa força instituinte conseguiu consolidar alguns processos de mudanças significativos dentro do GHC.

Em 1986, o movimento dos funcionários se fortalece e propõe uma paralisação, na qual grande parte do corpo funcional mobiliza-se.

Muitos ainda lembram da eficiente articulação nos períodos de greve, onde os trabalhadores, organizados em piquetes multiprofissionais, atravessavam as madrugadas acordados e atendendo a todas as pessoas que procurassem os Hospitais. Nenhum paciente que necessitasse deixava de ser bem atendido. O chimarrão

circulava durante toda a noite e, nos acampamentos dos piquetes, na parte externa das entradas dos hospitais, um fogareiro sempre preparava algum carreteiro ou esquentava um café. Naquele período, importantes e criativos programas assistenciais foram engendrados e posteriormente colocados em prática (Klein & Barroso, 2006, p. 37).

Nessa época são criados diversos serviços: o Setor de Alcoolismo e Dependência de Outras Drogas (SADOD), o Centro da Dor, a Unidade Profilática e Terapêutica de Saúde dos Funcionários do GHC (conhecido como Saúde do Trabalhador), o Serviço de Psicologia e Saúde Mental, e também se propõe uma reorganização do então Serviço de Psiquiatria.

Abriu-se em 1988, ainda, uma Unidade de Internação Psiquiátrica no HNSC com 12 leitos, extinta aproximadamente um ano depois. Até esse ano, o movimento instituinte permeou a organização dos serviços de especialidades médicas, que antes respondiam mais ou menos a estrutura hierárquica do período anterior, rompendo com o corporativismo e gerando uma interface entre especialidades médicas.

Em relação à saúde mental, em 1986, através de um grupo interessado em discutir o tema de álcool e outras drogas cria-se o já referido SADOD, composto por diferentes profissões da saúde. Estabeleceu-se, ainda, uma parceria com um grupo de autoajuda – Alcoólicos Anônimos (AA) – para incentivar a participação de pacientes em grupos.

Temos, nesse momento, sob nossa análise, uma inscrição institucional dos poderes técnico-administrativo-político. Pode-se dizer que houve uma abertura de linhas de fuga que deflagraram o movimento dos atores sociais envolvidos na criação de um dispositivo instituinte, sem o uso de uma força de determinação política específica na instituição.

No final dos anos 80, no GHC existiam “serviços” em saúde mental, ainda sem unidade: o SADOD, a Internação Psiquiátrica, as unidades de saúde do SSC, dentre outros possivelmente não nomeados. Para Testa (1992), a consolidação de uma organização compreende dois aspectos: uma organização institucional, ou a consolidação burocrática de uma organização em geral, e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais primários. Parece-nos que, à época, eram incipientes esses na consolidação da saúde mental do GHC.

Associamos:

O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é um objeto em equilíbrio, mas está, por definição

(a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (Rotelli et. al., 2001, pp.90-91)

O processo de transformação do modo de atenção técnico-assistencial em saúde mental, portanto, tenta estabelecer novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários ao longo de sua história entre propósitos, métodos e organização. Os movimentos e momentos no GHC, do mesmo modo, começaram a acompanhar um crescimento razoável de mudança na atenção em saúde mental no Brasil. Diferentes trabalhos, em diferentes direções com uma coordenação colegiada incipiente, cuja visão não possibilita um planejamento estratégico das ações.

Chegamos aos anos 1990. No compasso do espírito coletivo da década anterior, na qual trabalhadores, usuários e familiares se reuniram “por uma sociedade sem manicômios”, as exigências de reconstrução epistemológica, assistencial, cultural e política continuam sendo motores para a mudança. Começam experiências em todo o território nacional que apontam para o desejo de novos dispositivos de cuidado. Os trabalhadores se engajam na causa da saúde mental, além de se identificarem como “trabalhadores de saúde mental”. Segundo Ramminger (2006), os trabalhadores de saúde mental são constituídos no confronto do discurso da Reforma Psiquiátrica com o discurso médico psiquiátrico. Apenas nesse se encontrava a legitimidade para falar em cuidado com a loucura durante muito tempo.

Na primeira metade da década de 1990, o GHC mantém uma inconsistente atenção à saúde mental. Ainda não havia clareza no campo do poder político que levasse a formulações sobre uma proposta para a saúde mental: pouco havia para que pautasse uma política. No plano do poder técnico e administrativo, o que se insinua é a potência que os movimentos de rediscussão da saúde mental, internacional e nacionalmente, interferem no cotidiano, causando mudanças no cuidado com o usuário. Enquanto serviço, se manteve apenas o SADOD nomeadamente como um serviço em saúde mental, um apêndice dentro de um hospital, na tentativa de um trabalho com diferentes profissionais, o que não necessariamente asseguraria um trabalho interdisciplinar.

Convém destacar que o Rio Grande do Sul, teve como grande referência para internação psiquiátrica o Hospital Psiquiátrico São Pedro, isto é, o GHC não era “solicitado” para atendimento à crise em saúde mental. Mesmo sendo pioneiro na aprovação de uma lei estadual (Lei n. 9.716/1992) com inspiração na Reforma Psiquiátrica, o estado não garantiu a passagem consolidada de um modelo para atenção hospitalar à crise, isto é, em hospital geral.

Ao final da década, ao mesmo tempo, fundam-se o Hospital-Dia (HD) no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um dos hospitais do Grupo. Por relatos dos entrevistados, soubemos que o GHC sofreu pressão política para a abertura de leitos psiquiátricos em hospital geral, atrelada a incentivo financeiro. O HD localizava-se no 4º andar do HNSC constituído por uma equipe convidada pelo psiquiatra que propôs a sua criação/implantação. Essa equipe era formada por profissionais de diferentes formações (assistente social, psicólogo, enfermeiro e psiquiatra). Nesse serviço, poderíamos dizer, surgem algumas disputas entre os modelos de atenção: o da psiquiatria tradicional e contra o dos movimentos dos trabalhadores “de saúde mental”. Embora existisse o inegável processo de aproximação daqueles núcleos, alguns tensionamentos ainda se mostraram tímidos, o que revela a manutenção da hegemonia médica no poder. Apostamos que os inevitáveis encontros entre trabalhadores influenciam o funcionamento de uma organização, mesmo que alguns não-ditos apenas se revelam na esteira do tempo.

Nos anos 2000, os movimentos sociopolíticos de maneira mais organizada e potente incidem sobre as estruturas criadas na década anterior. Notamos que a atenção em saúde mental no GHC começa a estruturar-se, percebendo-se como tal. No que tange aos trabalhadores, depois do movimento de identificação com a saúde mental, faltava um reconhecimento entre seus pares.

Um acontecimento importante foi a realização do “Fórum de trabalhadores de saúde mental do GHC”, em 2003. Documentos registram a participação de mais de 50 pessoas trocando experiências sobre seus fazeres em saúde mental. Pluralidade define o que se observou nesse encontro. Existia muita força nos serviços, mas ainda uma desarticulação com as políticas públicas de saúde mental e pouco planejamento das práticas nos serviços. Nesse processo reconhece-se a visão estratégica que a superintendência da Instituição teve naquele momento. Temos no cenário político central a implementação de uma política, a Lei nº 10.216/01, e, com efeito, seu alcance sobre organizações. Assim, através de uma portaria interna (nº 98/04), constitui-se um Grupo de Trabalho, em 2004, para pensar a política de saúde mental do GHC. Nessa comissão permeava a perspectiva da integração entre os diferentes espaços e serviços que fazem saúde mental no GHC. Representantes de diferentes serviços e vários atores que estavam envolvidos na atenção da saúde mental compuseram a comissão. Esse espaço oportunizou aos serviços que se conhecessem, além de problematizar suas lógicas de funcionamento. Duas ações importantes emergiram a partir daí: a criação de dois Centros de Atenção Psicossocial, da nova internação psiquiátrica dentro de um

dos hospitais e a Formação de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental (LCSM) no GHC.

A direção do GHC junto com os trabalhadores dos serviços de atendimento a usuários de álcool e outras drogas e com transtornos mentais entenderam que o trabalho nesses espaços poderia ser psicossocial. Assim, temos um rearranjo dos dispositivos: o SADOD torna-se o CAPS ad em 15 de agosto de 2004 e o HD torna-se CAPS II adulto em 20 de setembro de 2005. Relatos assinalam que houve a tentativa um projeto de CAPS ad em 2001, mas que um desacerto com a Secretaria de Saúde do município, impossibilitou sua implantação. Em 2006, cria-se uma Unidade de Internação Psiquiátrica com 6 leitos, que em 2009 ampliaram-se para 14 leitos, ambas dentro de um hospital geral.

A “transformação” dos serviços antigos em CAPS constitui-se, em verdade, na “transferência” da equipe e pacientes de um serviço para outro. Mas a lógica que balizava as estruturas de funcionamento seriam as mesmas? O poder político exigia através de suas Leis, que se modificassem os serviços para atenção aos usuários, mas ainda os embates do poder técnico apontavam que dois modelos mais definidos existiriam.

Linha para tecer um outro cuidado

O conceito “Linha de Cuidado” traz a dimensão transversal do atendimento aos usuários, sabendo que diferentes atores de diferentes espaços participam desse cuidado. Assim:

A própria lógica, em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, “transborda” o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, na medida que só pode ser realizada de forma transversalizada, isto é, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital. Mais do que isso, podemos dizer que, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado realiza-se em uma rede mais ampla de serviços, na qual o hospital é apenas uma estação (Cecilio & Merhy, 2003, p.205).

O horizonte do conteúdo de Linha de Cuidado é a Integralidade na atenção ao usuário. É de acordo com o que ele precisa que seu cuidado vai tomando rumo. Para o usuário entrar na “linha” não significa estar enquadrado em normas assistenciais, mas sim poder ser atendido em suas necessidades, poder acessar os diferentes pontos do sistema de saúde, com resolutividade e articulação em cada um deles. A Linha busca descentralizar e democratizar as decisões sobre o funcionamento dos serviços que participam dela (Cecilio & Merhy, 2003).

A discussão sobre a constituição de Linhas de Cuidado como a forma de gestão da instituição estava avançando e se observava que diversas outras Linhas

de Cuidado dentro do GHC tomavam forma. Não fora diferente com a Saúde Mental.

É em 2006, na I Jornada de Saúde Mental, que se garante a concretização de uma Linha de Cuidado em Saúde Mental (LCSM). São contratados dois consultores do Ministério da Saúde para assessorar esse processo, no qual profissionais representantes do CAPS II, CAPS ad, Unidade de Internação Psiquiátrica, Ambulatório de Psiquiatria, Serviço de Saúde Comunitária, Hospital Fêmea, Hospital Cristo Redentor, Equipe de Interconsulta do Município e, posteriormente, do Hospital da Criança Conceição configuraram o grupo que discute o funcionamento da LCSM. A ideia da LCSM estabelece uma política de saúde mental para o GHC que tem convergência com a Política Nacional, mas que ainda produz muitos embates epistemológicos, técnicos e políticos entre os diferentes atores que a compõem, mas que agora encontram uma arena para estes debates na LCSM.

Durante as reuniões da LCSM, criou-se a proposta dos “Gestores do Cuidado”, uma equipe que funciona como apoio matricial aos serviços do GHC, educação permanente, articulação entre os diferentes serviços, cuidando para que se pense sobre um Plano Terapêutico Singular para cada usuário. Na metade de 2009, o grupo dos Gestores do Cuidado é selecionado.

Um processo de inserção: a marca de uma residência em saúde mental

Em 2005, a partir da Lei nº 11.129, regulamentada pela Portaria Interministerial nº 2.117/2005, o GHC oficializa a RMS na perspectiva de realizar o preceito constitucional de formação dos recursos humanos necessários para a consolidação do SUS.

Convém destacar que a produção de conhecimentos relacionados à formação e ao exercício profissional, junto com as práticas de saúde, tensionavam retirar os trabalhadores da condição de “recursos” para a acepção de “atores sociais” de produção da saúde. A implicação desses atores sociais se estabeleceria na atuação centrada nos usuários ou na qualidade da produção social do trabalho (Ceccim, 2005).

A proposição do projeto político-pedagógico da RIS na ênfase de Saúde Mental no GHC vinha centrada no desenvolvimento das atividades de formação nas estruturas dos CAPS ad, CAPS II e Unidade de Internação Psiquiátrica (HNSC), com pequenas inserções nos serviços da rede de atenção em Saúde Mental do Município de Porto Alegre-RS (Grupo Hospitalar Conceição, 2009). Através da experiência como residentes, percebemos algumas dificuldades na organização da atenção na Saúde Mental do GHC, por exemplo, a hierarquização da referência e contra-referência na

constituição de uma linha de força e interesses que não coadunam com o princípio de regionalização do SUS.

No ano de 2010, entendemos que, a partir de uma constelação de linhas de fuga, abre-se a possibilidade de outras emergências na formação. Para tanto, os atores envolvidos (residentes, coordenação da RIS, novo coordenador da LCSM e outros não tão visíveis) em consonância com as discussões da própria LCSM, passam a atuar/interagir para além de ordens instituídas, propondo-se a um rompimento com o ciclo/plano disposto.

De histórias e teorias: considerações finais

A história é multiplicidade. A história é reforma da constituição, nela temos marcos entre repetições e rupturas, entre atores sociais e instituições. Nas palavras de Deleuze e Guattari (2000, p.17) “o bom o mau são somente o produto de uma seleção ativa e temporária a ser recomeçada”. Por isso, alertam os autores, as linhas de força, por sempre remeterem umas às outras, inviabilizam a ideia da existência de uma dicotomia, um dualismo.

Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem um sujeito (Deleuze & Guattari, 2000, p.17)

Numa linha podemos montar uma imagem, num relato, que nem de longe representa a intensidade desse processo que envolveu dezenas (talvez centenas) de pessoas, está à força em andamento. Lembramos a repressão, a greve e o retrocesso em acontecimentos já constituídos e, nesse processo de vida que existiram tensionamentos transversais da história resultantes da reação, da resistência e do evitamento da realização de mudanças. Aquele poder que outrora era instituinte corrompe-se, e aquelas imagens de mudança ficam num plano de ideias, assim como ideias se institucionalizam e convidam a outras constelações.

De modo geral, podemos considerar que o nascimento do GHC é produção de uma confluência de interesses privados, ou seja, desde sua fundação, passando pela sua desapropriação, até a disposição de uma decisão política de ser “100% SUS” temos uma adequação institucional a situações novas e mutáveis. Conservam-se forças estratificadas que remetem à sua conjuntura inicial, isto é, ainda temos viva parte da lógica gerencial de “Sociedade Anônima” dentro do atual modelo de atenção à saúde mental do GHC. Vale lembrar, no entanto, que o GHC é dirigido pelo poder estatal que incide decisões macropolíticas, à medida que ele se reporta à esfera federal. Daí decorre outra

fragilidade da instituição: a existência de poucas ações em composição com a rede de saúde mental municipal.

Temos, concomitantemente, uma história de avanços que se instituem na transformação de outros modelos, ainda que estejamos em uma constituição de relações que reforça a fragmentação e as individualidades. A possibilidade e o desejo de linhas flexíveis traçadas entre o poder técnico e o político opera na construção da LCSM, espaço consultivo e deliberativo do campo da saúde mental do GHC. Embora essa composição em forma de linha possa ser potente na criação de uma nova forma de gestão do cuidado, em seu viés administrativo, sua aplicabilidade vem enfrentando problemas no sentido em que precisa permitir o diálogo entre diferentes interesses e possibilitar acordos que culminem em outra prática.

Segundo Amarante (2008), a Reforma Psiquiátrica tem em seu arcabouço a ideia da desinstitucionalização. No entanto, não há homogeneidade nesse conceito, podendo se estabelecer três vertentes para a desinstitucionalização: desospitalização, desassistência e desconstrução. Em sua história, o GHC teve com a construção dos CAPS uma desospitalização das pessoas em sofrimento psíquico. Assim como os embates entre a psiquiatria e a saúde mental como campos de saber, aconteceram também em nome de uma crença de que construir autonomia levaria a uma precária assistência se não a desassistência. As práticas e modelos de atenção que eram criticados no final dos anos 1970, ainda se insinuam dentro do GHC, sejam pela constante ideia de asilamento – mesmo que em clínicas mais humanizadas – e afastamento da família do usuário, assim como pela medicalização. A construção teórica e prática em Saúde Mental são as linhas de força que garantem uma constante reflexão e desconstrução do que está posto.

Em síntese, faz-se necessária a implicação de novos/outros sujeitos na construção desse percurso. Vemos nos anos 1980 uma inicial produção de ideias de saúde mental na instituição, ao passo que, nos anos 1990, os movimentos sociopolíticos no país começam a suscitar mudanças na estrutura do GHC. Nos anos 2000, a abertura de serviços substitutivos para os usuários em sofrimento psíquico dentro da concepção de um modelo de atenção dirigido pelas políticas nacionais é produto de uma encomenda da esfera federal. Entretanto, esse mandato não garante a humanização do cuidado na saúde mental.

Referências

- Alves, D. S. & Guljor, A. P. (2006). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (3^a ed., pp. 221-240). Rio de Janeiro: IMS / UERJ / CEPESC/ABRASCO.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Baldisserotto, J. et al. (2003). A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC. *Momento e Perspectiva em Saúde*, 16(2), 46-50.
- Ceccim, R. B. (2005). Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 161-180). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO.
- Cecilio, L. C. O. & Merhy, E. E. (2003). Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 197-210). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2000). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído [Versão eletrônica]. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(3), 743-752.
- Foucault, M. (2002). *Microfísica do poder* (17^a ed.). Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- Grupo Hospitalar Conceição. Residência Integrada em Saúde. (2009). *Projeto Político-Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)*. Porto Alegre: Autor. Acesso em 02 de maio, 2010, em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>
- Kastrup, V. (2000). A psicologia na rede e os novos intercessores. In T. M. Fonseca & D. J. Francisco (Orgs.), *Formas de ser e habitar a contemporaneidade* (pp. 13-26). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.
- Klein, A. I. & Barroso, V. L. M. (2006). *Memórias do Hospital Cristo Redentor: 50 anos. Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre: EST.
- Mairesse, D. (2003). Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In T. M. G. Fonseca & P. G. Kirst (Orgs.), *Cartografias e Devires: a construção do presente* (pp. 259-271). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Ministério da Saúde. (1990). *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF. Acesso em 21 de setembro, 2009, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Ministério da Saúde. (2001). *Lei n. 10.216*, de 06 de abril de 2001. Brasília, DF. Acesso em 28 de outubro, 2009, em http://newpsi.bvs-psi.org.br/rebab/Lei_10216.pdf
- Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336/GM*, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF. Acesso em 15 de julho, 2009, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004* (5^a ed. ver. ampl.). Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2005a). *Lei n. 11.129*, de 30 de junho de 2005. Brasília, DF. Acesso em 15 de setembro, 2010, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%20n11129_05.pdf.
- Kinoshita, R. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55-59). São Paulo: Hucitec.

Portaria Interministerial n. 2.117. (2005, 3 de novembro). Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Acesso em 10 de setembro, 2010, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>

Ramminger, T. (2006). *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental.* Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Rotelli, F. et. al. (2001). *Desinstitucionalização* (2^a ed.). São Paulo: Hucitec.

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

Spink, P. K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20(n.spe.), 70-77.

Tenório, F. (2002, janeiro/abril). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-59.

Testa, M. (1992). *Pensar em saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 14/05/2011

Revisão em: 11/07/2010

Aceite final em: 04/10/2011

Carlos Alberto Severo Garcia Jr. é Psicólogo, Especialista em Educação Especial (UFSM), especialista em Clínica

dos Transtornos do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência (Lydia Coriat), Mestre em Educação (UFSM), Residência em Saúde Mental (RIS/GHC). Endereço: Rua Henrique Dias 140/201. Santa Maria/RS, Brasil. CEP 97010-220. Email: carlosgarciajunior@hotmail.com

Filipe Caldeira Furlan é Psicólogo, residente em Saúde Mental (RIS/GHC).

Vivian Roxo Borges é Mestre em Psicologia Clínica, Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Professora da instituição.

Vera Lucia Pasini é Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Como citar:

Garcia Jr., C. A. S., Furlan, F. C., Borges, V. R., & Pasini, V. L. (2011). Micropolítica em saúde mental: um processo histórico em uma instituição de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 161-169.