

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**Gustavo Zambenedetti**

**CONFIGURAÇÕES DE REDE NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E  
SAÚDE PÚBLICA – Uma análise a partir das Conferências Nacionais de  
Saúde e Saúde Mental**

**Porto Alegre**

**2008**

**Gustavo Zambenedetti**

**CONFIGURAÇÕES DE REDE NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E  
SAÚDE PÚBLICA – Uma análise a partir das Conferências Nacionais de  
Saúde e Saúde Mental**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós  
Graduação em Psicologia Social e Institucional.  
Instituto de Psicologia. Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva.

**Porto Alegre**

**2008**

**Gustavo Zambenedetti**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação  
CONFIGURAÇÕES DE REDE NA INTERFACE SAÚDE MENTAL E SAÚDE  
PÚBLICA – Uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental  
como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e  
Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

**Dissertação defendida e aprovada em: 19/05/2008.**

**Comissão Examinadora:**

---

**(Claudia Maria Perrone, Dr<sup>a</sup>, Universidade Federal de Santa Maria / UFSM)**

---

**(Neuza Maria de Fátima Guareschi, Dr<sup>a</sup>, Pontifícia Universidade Católica / PUC-RS)**

---

**(Simone Mainieri Paulon, Dr<sup>a</sup>, Universidade Federal do Rio Grande do Sul / UFRGS)**

## AGRADECIMENTOS

À Rosane Neves, pela confiança, disponibilidade e por me fazer levar ao limite o ato de pensar;

À Michele, que esteve sempre carinhosamente presente, compreendendo e colocando-se ao meu lado nos momentos de angústia que a escrita envolve;

Aos meus Pais - Mário e Maria Elisa - que possibilitaram minha vinda a Porto Alegre, acreditando e confiando incondicionalmente em mim. Aos meus irmãos - Tiago e Aline – e cunhados – Janine e Fernando - que ouviram muitas vezes a frase “hoje não posso, tenho que escrever” e souberam compreender.

Aos Colegas do mestrado e de orientação, em especial Janete, Rubem, Sheila e Vânia, pelas trocas, conversas, discussões. O contato com vocês me fez pensar que é possível formar grupos no mestrado!

Às amigas Alexandra e Sabrina, pela confiança e inesgotável amizade e parceria – e à Andréa+Xanda+Bina, pela capacidade de transformar idéias simples em grandes produções.

À Claudia Perrone, pela potência das idéias que injeta em cada encontro.

Às professoras da banca de qualificação e de defesa da dissertação, Cleci Maraschin, Maria Elizabeth Barros de Barros, Simone Paulon, Neuza Guareschi e Claudia Perrone, pelo diálogo estabelecido, riqueza das contribuições e contornos impressos em nossos encontros.

À CAPES, pela bolsa de mestrado que me possibilitou ter mais tempo para participar de projetos e diversificar minhas leituras, qualificando ainda mais este trabalho.

A lógica de um pensamento não é um sistema racional em equilíbrio. (...). A lógica de um pensamento é como um vento que nos impele, uma série de rajadas e de abalos. Pensava-se estar no porto, e de novo se é lançado ao alto mar, como diz Leibniz  
(Gilles Deleuze).

## **RESUMO**

O objetivo desta dissertação é problematizar as práticas discursivas que constituem configurações de rede na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública. Por configurações de rede entendemos diferentes modos de dispor os serviços e os fluxos de pessoas, informações e comunicação em uma rede assistencial, remetendo à idéia da rede como um arranjo temporário, passível de ser reconfigurado. Nossa investigação utiliza-se das ferramentas-conceituais da abordagem genealógica e cartográfica, destacando-se as noções de descontinuidade, gênese, defasagem e processo. Como campo de análise, utilizamos os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas até a institucionalização do Sistema Único de Saúde, em 1990; e as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Evidenciamos o modo como as configurações de rede são estabelecidas como resposta a diferentes problemas, sendo atravessadas por saberes distintos. Concluímos que os modos de dispor a rede assistencial expressam diferentes concepções dos processos saúde-doença e de produção de subjetividade, o que nos desloca de um terreno meramente administrativo e tecnocrático para a dimensão política e social que assumem as diferentes configurações de rede. Para além de uma justaposição de serviços, elas expressam também agenciamentos sociais, não sendo possível pensar uma configuração de rede dissociada do contexto de onde emerge e dos discursos que a atravessam.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

Rede; Configurações de rede; saúde mental; saúde pública; práticas discursivas;

## ABSTRACT

The aim of this thesis is to problematize the discursive practices that constitute the network configurations on the interface between the fields of mental health and public health. By network configurations we understand different ways to dispose the services and the flow of people, information and communication in a health care network, referring to the concept of network as a temporary arrangement, that can be reframed. Our investigation operates with the conceptual tools of the genealogic and cartographic approach, highlighting the notions of discontinuity, genesis, displacement and process. Regarding the analysis field, we used the final reports of the National Health Conferences accomplished until the institutionalization of the Sistema Único de Saúde, in 1990; as well as the Mental Health National Conferences. We evidence the way network configurations are established as a response to different problems, being trespassed by distinct knowledge. We conclude that the ways of disposing the health care network express different ways of conceiving the health-disease and the subjectivity production processes. Such ways displace us from a merely administrative and technocratic field to a political and social dimension that conveys the different network configurations. Beyond a juxtaposition of services, they also express social agencies, not being possible to think about a network configuration dissociated from the contexts where it emerges and from the discourses it is trespassed.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Esquema de serviços básicos as pessoas do Sistema Nacional de Saúde – a pirâmide assistencial .....	51
<b>Figura 2</b> – Modelo do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde .....	54
<b>Figura 3</b> – Serviços de Saúde: Níveis hierárquicos .....	55



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas em Saúde.

CAISMental – Centro de Atenção Integral em Saúde Mental.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas.

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial – infância e adolescência.

CNS – Conferência Nacional de Saúde.

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental.

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social.

LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

PIASS - Programa de Interiorização de Ações Básicas de Saúde e Saneamento.

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PNH – Política Nacional de Humanização.

PSF – Programa Saúde da Família.

PTI – Projeto Terapêutico Individual.

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1 A CONSTRUÇÃO DE UM PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	14
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	23
2.1 DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DOS DADOS: A ANÁLISE DOCUMENTAL.....	31
2.2 PROCEDIMENTOS .....	33
<b>3 CONFIGURAÇÕES DE REDE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL E SAÚDE PÚBLICA</b> .....	35
3.1 A EMERGÊNCIA DA REDE ENQUANTO UM SISTEMA DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO .....	41
<b>3.1.1 A teoria geral de sistemas</b> .....	45
<b>3.1.2 Os fundamentos dos princípios organizativos da rede assistencial: a hierarquização e o mecanismo de referência e contra-referência</b> .....	48
3.2 A REDE NA FIGURA DA PIRÂMIDE .....	50
3.3 A 8ª CNS E A INSTITUIÇÃO DO SUS: PARADOXOS .....	57
<b>3.3.1 A configuração de rede assistencial na lógica neoliberal</b> .....	60
3.4 A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL AOS SISTEMAS DE SAÚDE ...	63
<b>3.4.1 A configuração de rede de saúde mental expressa na 7ª CNS como um analisador histórico</b> .....	64
<b>3.4.2 A rede assistencial sob o viés preventivista</b> .....	67
<b>3.4.3 Desdobramentos da configuração de rede sob o viés preventivista nas políticas e nas práticas institucionais no Brasil</b> .....	72
<b>3.4.4 I CNSM: reconfigurando a rede sob o viés da desinstitucionalização.....</b>	75
<b>3.4.5 Configurações de rede a partir do viés da desinstitucionalização italiana ..</b>	76
<b>3.4.6 Impacto da desinstitucionalização italiana nas configurações de rede de saúde mental expressas nas CNSM</b> .....	79
<b>3.4.7 Tensões emergentes da proposta de adequação da rede substitutiva à lógica do SUS</b> .....	83
<b>4 DA LÓGICA DO SISTEMA A LÓGICA DA REDE RIZOMA</b> .....	90
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	107
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	114
<b>DOCUMENTOS CONSULTADOS</b> .....	125
<b>APÊNDICES</b> .....	127
APÊNDICE A - Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental .....	128
APÊNDICE B – Quadro resumo das Conferências Nacionais de Saúde.....	129
APÊNDICE C – Quadro resumo das Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	132
<b>ANEXOS</b> .....	135
ANEXO 1 – Diagrama de Redes .....	136
ANEXO 2 – Diagrama de Redes (em foco).....	137
ANEXO 3 – Rede de atenção em saúde mental .....	138

## APRESENTAÇÃO

A figura que consta na capa desta dissertação (e nos Anexos 1 e 2) expressa o que me levou a escrever este trabalho. Nesta figura, observamos que a palavra rede é comum às frases, extraídas de diferentes Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, de reportagens de jornais, panfletos e leis. Porém, observamos que as palavras que se acoplam a ela designam-lhe diferentes sentidos, ligando-a a diferentes discursos que remetem a diferentes temporalidades - tal qual percebia em meu cotidiano. A partir de minha inserção em estágios e pesquisas em serviços de saúde de diferentes municípios (Santa Maria, Porto Alegre, Campinas-SP) costumava ouvir com muita frequência a menção à rede. Seja a necessidade de *ter rede* (enquanto um conjunto de serviços) ou de *funcionar em rede*. Seja pela sua presença ou pela sua ausência. Seja pelo quanto as pessoas conheciam ou desconheciam dela. Nos meus primeiros contatos com o contexto da reforma psiquiátrica, em um primeiro momento a rede substitutiva parecia uma solução. Porém, à medida que redes de serviços substitutivos eram efetivadas, fui percebendo que outros e novos problemas surgiam. Paradoxalmente ela era solução, mas era também um problema: redes enrijecidas, parciais, burocratizadas, fragmentadas, hierarquizadas.

Esses enunciados, ao mesmo tempo envolvendo críticas e prescrições sobre modos de funcionamento das redes na interface saúde mental e saúde pública, me moveram a problematizar a partir de que práticas discursivas a rede torna-se ora uma solução, ora um problema. Em que contextos e a partir de que condições de possibilidade isso ocorre.

Situamos, assim, uma primeira questão norteadora para esta pesquisa: “Que práticas<sup>1</sup> discursivas constituem a rede na interface saúde pública<sup>2</sup> e saúde mental?”

---

<sup>1</sup> Na perspectiva foucaultiana, práticas designa “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,

Mais do que solucionar problemas era necessário problematizar, complexificar a rede, deslocando-a de um lugar no senso-comum que tende a banalizá-la, homogeneizando seu sentido ou tomando-a como uma palavra-coringa, um clichê a ser repetido.

Um clichê tal qual observado na obra de Jorge Macchi, denominada “Un charco de sangre”<sup>3</sup>, que inspirou a concepção da imagem presente na capa desta dissertação. Na obra original o autor recortou várias histórias de jornais sensacionalistas, sendo que todas convergiam para o clichê jornalístico “*un charco de sangre*” (PÉREZ-BARREIRO, 2007). Na versão aqui constituída, trata-se de tomar como clichê a palavra rede, mas não para afirmá-la enquanto tal, senão justamente para complexificá-la, tirando-a do senso-comum.

É necessário apontar, ainda, que partimos de um entendimento da rede enquanto um conjunto de serviços, atravessados por fluxos de pessoas e informações. Porém, observamos que existem diferentes modos de conceber a composição das redes (a partir do que faz ou não parte dela), assim como nos modos de dispor os fluxos de pessoas, comunicação e informações. É por esse motivo que falaremos em “configurações de rede”, remetendo à idéia de rede como um arranjo temporário, passível de ser reconfigurado, sendo atravessado por saberes diversos. Partimos ainda do entendimento de que as diferentes maneiras de configurar as redes assistenciais expressam diferentes modos de conceber os processos saúde-doença e de produção de subjetividade, o que nos desloca de um terreno meramente administrativo e

---

econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2002, p. 136). A palavra prática não designa a atividade de um sujeito, mas a existência objetiva e material de certas regras a que o sujeito está submetido desde o momento em que pratica o discurso.

<sup>2</sup> É necessário justificar que a escolha por “saúde pública” e não por “saúde coletiva” levou a consideração o entendimento da saúde pública enquanto um campo de ações, o qual pode ser inclusive orientado pelo discurso da saúde coletiva. Apesar disso, é necessário considerar que, do ponto de vista discursivo, saúde pública e saúde coletiva não podem ser tomadas como sinônimos. Segundo Birman (2005), a saúde pública funda-se na biologia e no naturalismo médico, desconsiderando a especificidade social das comunidades sobre as quais incide. As estratégias de combate as endemias e epidemias através do esquadramento do espaço urbano constituiu-se como uma das principais estratégias da saúde pública. Já o discurso da saúde coletiva denota uma ruptura em relação a saúde pública. Nasce como uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico. Caracteriza-se pela inserção das ciências humanas e sociais no campo da saúde, pela multidisciplinaridade e pela diversidade de objetos e discursos teóricos (BIRMAN, 2005).

<sup>3</sup> Obra exposta na 6 Bienal do Mercosul, realizada em Porto Alegre em 2007.

tecnocrático para a dimensão política e social que assumem as diferentes configurações de rede.

A partir das considerações que Moraes (2003) e Parente (2007) fazem do trabalho de Bruno Latour, Gilles Deleuze e Félix Guattari, entendemos que a rede, enquanto um conjunto de serviços, é configurada a partir de agenciamentos sociais, os quais modificam as condições de experiência e produção de subjetividade. Nesse sentido, o modo de dispor uma rede assistencial está em conexão com múltiplas concepções de saúde-doença, modelos tecno-assistenciais, determinantes econômicos, sociais e culturais – delineando um campo de forças complexo, heterogêneo, movediço. Para além de uma justaposição de serviços, as configurações que estes assumem expressam também os agenciamentos sociais, não sendo possível pensar uma configuração de rede dissociada do contexto onde emerge.

Levando em conta estes aspectos, constituímos o nosso trabalho da seguinte maneira. No primeiro capítulo circunscrevemos o campo de problematização envolvendo o tema das redes no contexto da saúde mental e saúde pública. Abordamos alguns autores que têm se aproximado desse campo, seja pelo viés da saúde pública/saúde coletiva, saúde mental ou psicologia social, fornecendo contribuições para o debate que estamos propondo. Em seguida delimitamos os objetivos gerais de nossa pesquisa.

No segundo capítulo realizamos uma discussão sobre a abordagem metodológica produzida neste estudo, situando as ferramentas conceituais que operam na construção do texto. Cabe destacar que não se trata de uma metodologia constituída *a priori*, mas sim no decorrer do estudo, inerente ao seu processo de produção.

O terceiro capítulo é dividido em dois grandes sub-capítulos. No primeiro, discutimos o modo como a rede aparece no contexto da saúde pública a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde. No segundo, discutimos a noção de rede no contexto da saúde mental, tendo em vista as discussões presentes nas Conferências Nacionais de Saúde e nas

Conferências Nacionais de Saúde Mental. A partir disso problematizamos os encontros, desencontros e tensionamentos entre as diferentes configurações de rede propostas em vários contextos, com ênfase na institucionalização do SUS e das propostas da reforma psiquiátrica sob o viés antimanicomial.

O quarto capítulo denomina-se “Da lógica do Sistema à lógica da Rede-Rizoma”. Neste capítulo propomos discutir a passagem que vem sendo operada nos modos de configuração das redes no contexto da saúde mental e saúde pública, tendo em vista a emergência da noção de rede em uma perspectiva rizomática. Entendemos que a perspectiva rizomática emerge em resposta a novos problemas na configuração da rede assistencial no contexto da saúde mental e saúde pública, podendo constituir tanto um paradigma como um modo de operação das redes.

Por fim, fazemos uma retomada dos objetivos propostos e do que foi alcançado com a produção deste trabalho, apontando ainda alguns possíveis desdobramentos do mesmo.

## **1 A CONSTRUÇÃO DE UM PROBLEMA DE PESQUISA.**

Segundo Musso (2004), a noção de rede é polissêmica e vem tornando-se onipresente nas mais variadas disciplinas: nas ciências sociais, na física, economia, biologia, e assim por diante. Essa polissemia e uso extensivo, por um lado, coloca em risco a noção, podendo levar a um vazio em compreensão. Mas, por outro lado, aponta também a potência e a complexidade de tal noção.

No campo da saúde mental e saúde coletiva não tem sido muito diferente: o uso da rede também tem se proliferado. Observamos diversas abordagens no estudo das redes. Sendo assim, proponho uma breve exploração destas diferentes perspectivas a fim de estabelecermos pontos de aproximação e distanciamento em relação ao estudo aqui proposto, assim como justificar nossa abordagem e delimitar nosso objetivo.

Tomamos como ponto de partida as proposições do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica. Conforme a lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), o SUS propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade. A reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, vem defendendo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental. Constata-se, portanto, que a noção de rede constitui-se em um importante operador conceitual em ambos os campos.

Isto explica também por que a discussão sobre o tema das redes em saúde tem atravessado o trabalho de uma série de autores no campo da saúde coletiva, saúde mental e psicologia social. Autores como Campos (1997; 2006), Ceccim e Ferla (2006), Cecílio (2004), vêm problematizando o enrijecimento, burocratização e fragmentação das redes de atenção em saúde, assim como vêm propondo novos modos de operá-las: círculos,

redemoinhos de ponta-cabeça, linhas de cuidado ou malhas de cuidado ininterruptos. Os autores citados compartilham a idéia de que o princípio de hierarquização - que atravessa a organização das redes de ações e serviços do SUS - ao mesmo tempo em que possibilitou um planejamento racional do sistema, propiciou a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao mesmo. Ao mencionarem “rede de saúde”, “rede pública”, geralmente os autores estão designando um conjunto de serviços de saúde, de equipamentos.

O problema da fragmentação da rede assistencial também é apontado pela Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2006), sendo um dos alvos de enfrentamento desta política. Além da rede enquanto um conjunto de serviços, a PNH também entende a rede enquanto um conjunto de ações que se quer desencadear, não por “programas” ou “prescrições”, mas por contágio, proliferação. Não verticalmente ou hierarquicamente, mas transversalmente. Segundo Santos Filho e Barros (2007, p. 123), “muito além de fluxos e de justaposição de serviços ou de ações, a concepção de rede que nos interessa está direcionada à construção de uma política transversal no âmbito do SUS”. Observamos, então, a questão da rede emergir no âmbito de uma política nacional, apontando a relevância do tema.

Já autores como Teixeira (2003, 2004, 2005) e Franco (2006) entendem a constituição das redes no contexto da saúde coletiva tendo em vista, respectivamente, os processos comunicacionais e os processos de trabalho nos serviços de saúde. Nos trabalhos desses autores a “rede” designa um modo de funcionamento, um modo pelo qual os processos comunicacionais e os processos de trabalho operam – não se tratando, portanto, de uma rede enquanto conjunto de serviços. Cabe destacar que os estudos de ambos autores partem do campo micropolítico, da análise do cotidiano dos serviços de saúde e do modo como os trabalhadores são subjetivados neste campo, fornecendo importantes contribuições para pensar o trabalho em redes no campo da saúde coletiva.



No campo da psicologia social encontramos também vários estudos veiculando a noção de rede no contexto da saúde mental, saúde coletiva, políticas públicas (CRUZ, 2006; SCISLESKI, 2006; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008; TSCHIEDEL, 2006). Tschiedel (2006) analisa o discurso de jovens para traçar uma rede a partir do que eles apontam como sendo significativos para eles, sejam lugares – por isso topológica – ou pessoas – por isso de relações. O interessante do trabalho dessa autora é que ela não parte da idéia de que existe uma rede já dada de serviços, mas que a rede se configura na experiência singular, no modo como cada criança se relaciona com as organizações que a circundam. Por mais que todos os serviços possam estar fisicamente presentes, subjetivamente eles podem estar mais próximos ou mais distantes. Já Scisleski (2006) e Scisleski, Maraschin e Silva (2008) analisam o percurso pela rede social de jovens que internam no CIAPS (Centro Integral de Atenção Psicossocial) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado no município de Porto Alegre-RS. Uma das conclusões das autoras é que os percursos estabelecidos pela rede acabam tornando-se uma armadilha. Observa-se uma repetição nos trajetos dos jovens, configurando, assim, um perfil do interno no CIAPS: pobre, negro, pouco escolarizado, com envolvimento com drogas, ordens judiciais de internação, reincidente. Poderíamos tirar desse trabalho a idéia de que o percurso por vários pontos não implica necessariamente uma mudança em relação ao que ocorria nos manicômios, quando jovens ficavam internados por anos. Podemos encontrar configurações de circuito, ou um “manicômio em circuito”, como refere a autora, onde há uma repetição do mesmo. O desafio então é criar desvios nos percursos pela rede social, tornar outras relações possíveis.

Outro trabalho encontrado foi o de Cruz (2006), onde a autora investiga a rede de atenção à infância - a partir de documentos e laudos de serviços de saúde, assistência social e judiciário – e constata a desarticulação dessa rede. A partir da análise de alguns casos de

crianças em situação de abrigagem, a autora problematiza a fragmentação do usuário segundo o perfil de cada instituição e o precário fluxo de informações entre os serviços existentes.

Apesar das importantes contribuições e da riqueza desses trabalhos, nenhum chega a realizar uma investigação específica sobre a gênese da noção de rede presente no SUS e na Reforma Psiquiátrica. Em alguns é possível constatar uma crítica ao princípio de hierarquização do SUS e seus efeitos de enrijecimento, fragmentação e burocratização da rede de saúde mental. Mas não se questiona porque o SUS possui esse princípio de hierarquização, ou quais os efeitos da adequação dos serviços de saúde mental à lógica hierarquizada do SUS. Também não ocorre uma análise mais detalhada do modo como se articulam as noções de rede no âmbito do SUS e no âmbito da Reforma Psiquiátrica, em uma perspectiva histórica. Estas considerações nos apontam importantes lacunas a serem abordadas em nosso trabalho. Mas cabe ainda explorarmos alguns trabalhos relativos ao âmbito da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.

No âmbito da saúde mental, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) apontam avanços na implantação dos serviços substitutivos, na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na reversão do financiamento do modelo assistencial. Apesar disso, à medida que o processo de reforma psiquiátrica busca avançar, novos problemas emergem no campo da atenção em saúde mental. Um desses problemas diz respeito aos efeitos da adequação dos serviços e ações em saúde mental à lógica do SUS. Segundo Campos (2000), o princípio de hierarquização forçou os serviços de saúde mental a incorporarem-se na rede de saúde, caracterizando-se como primários, secundários ou terciários, dificultando, assim, o acesso aos serviços e levando à classificação de “crises e tipos de crises”. Dessa maneira, a proposta de um mesmo serviço atuar em diferentes níveis – da prevenção e atuação no território até a atenção à crise – presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é tensionada pela lógica de classificação de serviços adotada pelo SUS, tradicionalmente

verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade, segundo os quais os serviços se adequariam.

Alves e Guljor (2004) apontam que o princípio de hierarquização da rede assistencial, aliado ao mecanismo de referência e contra-referência concebido para orientar o fluxo de usuários pela rede de serviços, propiciou uma “assistência partida”, com destituição de vínculos entre usuários e profissionais. Deu margem ainda à chamada “empurroterapia”, que leva usuários a peregrinarem por vários serviços em busca de assistência. No caso da saúde mental, e mais especificamente em relação aos portadores de sofrimento psíquico grave, os efeitos da destituição de vínculos podem ser ainda maiores, uma vez que a crise ou a exacerbação de sintomas pode implicar o encaminhamento para outro serviço, no qual tanto as pessoas quanto o local são estranhos ao usuário. Esvazia-se, assim, a possibilidade de produção de diferença na situação de crise, podendo dar aos serviços substitutivos o status de complementares - e não realmente substitutivos (CAMPOS, 2000). Torna-se evidente, ainda, que os modos de organização da rede assistencial incidem sobre o campo da clínica em saúde mental, apontando a inseparabilidade entre os modos de dispor a rede assistencial e a atenção.

Em pesquisa realizada na rede pública de saúde mental em um município do interior do RS (ZAMBENEDETTI, 2005; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008), foram encontrados dados que apontam para a insuficiência de serviços de saúde mental (como os CAPS) na proporção preconizada pelo Ministério da Saúde, assim como uma intensa fragmentação da chamada rede assistencial, resultando em uma série de problemas em relação ao fluxo de pessoas, informações e comunicação entre os serviços existentes. Observamos problemas como longas filas de espera para o acesso a serviços especializados, indefinição sobre o papel dos serviços (principalmente em relação à função dos CAPS e do Ambulatório de saúde mental), transferência de responsabilidade de um serviço a outro - ao invés de co-responsabilização. Nesse sentido eram comuns as falas “mandar o usuário para lá”, “ter para

onde mandar o usuário”, tornando ambígua a função do encaminhamento: criar possibilidades de novos vínculos para o usuário ou apenas livrar-se dele. O estudo apontou ainda a existência de fluxos ideais (modelos de como deveria ocorrer o fluxo de pessoas, comunicação) e fluxos reais (o modo como os fluxos de pessoas e comunicação era efetivado no cotidiano), sugerindo a inadequação e/ou dificuldade de operacionalização do modelo em questão.

Além dos diversos autores que têm problematizado a rede no campo da saúde mental e saúde pública, a partir de nossa inserção em discussões sobre a saúde mental em Porto Alegre<sup>4</sup> também constatamos a incitação da rede, principalmente em função de problemas na implantação da rede assistencial em saúde mental. Por um lado percebe-se que os serviços existentes estabelecem poucas articulações com outros serviços do sistema de saúde e com as redes sociais. Apesar de haver uma produção teórica e diversas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que pressupõem um trabalho articulado das várias unidades de saúde do SUS, observa-se que no cotidiano esta articulação pouco se realiza<sup>5</sup>, resumindo-se a idéia de encaminhamento do usuário de um ponto a outro da rede. Por outro lado, observam-se também problemas quanto ao acesso aos serviços substitutivos, seja pela burocratização do acesso ou da ausência de serviços na proporção preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Apesar do Plano de Saúde Mental de Porto Alegre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005) propor a implantação de quatro novos CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) no ano de 2007, nenhum deles foi de fato implantado até janeiro de 2008. Como resultado, observa-se a sobrecarga dos serviços já existentes, lotação da única emergência psiquiátrica do município, ausência de referências formais para encaminhamento, confusão nos fluxos de pessoas e informações. Diante dessa situação

---

<sup>4</sup> Essa inserção ocorreu durante os anos de 2006 e 2007, a partir da participação em reuniões do Conselho Municipal da Saúde que tiveram como tema de debate a rede de saúde mental em Porto Alegre; e também através das discussões realizadas na Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia/RS.

<sup>5</sup> Através de práticas de caráter matricial como atendimentos conjuntos, supervisões e discussões de casos, atividades de educação permanente.

emergem movimentos distintos: o de contra-reforma psiquiátrica<sup>6</sup>, que defende a reabertura e criação de leitos psiquiátricos; e de movimentos pró-reforma psiquiátrica, os quais reivindicam a implantação de uma rede de atenção em saúde mental diversificada e qualificada<sup>7</sup>. Evidenciam-se, assim, as tensões que perpassam a constituição das redes de atenção em saúde mental.

A partir das colocações realizadas, constata-se que, apesar da implementação de serviços substitutivos, ainda não podemos dizer que, de fato, os municípios têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental. Em parte pela implantação parcial dos serviços e ações substitutivas, ou pelo enrijecimento e burocratização dos mesmos.

Segundo Dimenstein,

Esse é um dos aspectos que apresenta mais fragilidade no contexto da reforma, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito dos usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas. (DIMENSTEIN, 2007, p. 27).

Barros também problematiza a questão da rede, colocando que

Mais ainda, devemos nos perguntar sobre a existência da rede, pois o que temos vivido, grande parte das vezes, é uma falta de portas de saída. Os pacientes chegam, são atendidos e ficam. Os pacientes chegam, são atendidos e não se tem para onde encaminhá-los. Aqui, é a noção de rede que deve ser argüida, pois se entendemos serem características principais de uma rede sua acentralidade, sua conectividade e sua conexão permanente, o que temos visto funcionar é menos uma rede e mais um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente. (BARROS, 2003, p. 205).

Esses problemas convocam-nos a pensar sobre o tema das redes de atenção em saúde mental, justificando a nossa escolha. Mas, diante desta variedade de perspectivas de estudos

---

<sup>6</sup> O movimento de contra-reforma psiquiátrica foi desencadeado pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS). Veicula a idéia de que o caos no sistema de assistência em saúde mental em Porto Alegre foi causado pelo fechamento de leitos psiquiátricos no contexto da Reforma Psiquiátrica gaúcha. Através de campanhas - veiculadas em rádios, revistas, jornais e outdoors espalhados por Porto Alegre - reivindicam a reabertura e criação de leitos psiquiátricos em estruturas como o Hospital Psiquiátrico São Pedro.

<sup>7</sup> Contrariamente a posição defendida pelo movimento de contra-reforma psiquiátrica, existe um posicionamento que reivindica a continuidade no fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental. Esse posicionamento é assumido por conselhos profissionais (como o Conselho Regional de Psicologia/RS) e vem sendo difundido pelo "Grupo Tecelagens: movimento pela rede de saúde mental que queremos", criado em 2007 por estudantes de graduação, pós-graduação, trabalhadores e usuários da saúde mental.

sobre as redes, que abordagem propor? Em um primeiro momento, acreditei que este trabalho deveria buscar propor modos de articulação das redes de saúde mental. Esta intenção aos poucos foi sendo abandonada, pois percebi que antes de me colocar numa posição de resolver problemas, era necessário me colocar numa posição de problematização, onde a própria noção de rede no contexto da saúde mental ou os motivos dessa fragmentação pudessem ser colocados em questão. Era necessário evidenciar o quanto a rede não é algo dado, mas sim algo construído e que vem se modificando ao longo do tempo, sendo atravessada por diferentes saberes, designando diferentes sentidos.

Sendo assim, ao pensar esse tema, nosso objetivo não é apenas reiterar os problemas e críticas apontados pelos autores já mencionados ou buscar soluções a partir dos problemas apresentados. Nosso objetivo é problematizar a trama discursiva que permeia a constituição das configurações de rede na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública, tendo em vista os processos históricos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira<sup>8</sup>.

Se historicamente a atenção à doença mental foi pensada a partir do hospital psiquiátrico, é um tanto quanto recente na história das políticas assistenciais brasileiras uma atenção pensada “na rede” e “em rede”. Dessa maneira, perguntamos como emerge a discussão sobre uma atenção na/em rede? Como se deu o acoplamento das propostas de rede de saúde mental com os sistemas públicos de saúde? Como a rede tornou-se um objeto de discussão - seja em função de sua presença, ausência, necessidade, fragmentação, burocratização - no âmbito da saúde mental pública? Por que a rede é veiculada ora como “solução”, ora como “problema”? Quais as concepções de rede em disputa?

Dessa forma, a veiculação da noção de rede no âmbito do SUS e da Reforma Psiquiátrica, assim como o que emerge hoje como “problemático” em relação a tal noção,

---

<sup>8</sup> Onocko-Campos e Furtado (2006) apontam que o território de investigações na interface entre saúde coletiva e saúde mental (assim como entre reforma sanitária e reforma psiquiátrica) permanece um território praticamente inexplorado, porém potencialmente uma área emergente e de máxima relevância – justificando mais uma vez a abordagem proposta neste estudo.

serão aqui tomados a partir de um modo de produção, tendo em vista o campo de forças que constitui o contexto da reforma psiquiátrica e reforma sanitária brasileira. Temos um processo histórico a ser analisado, sendo que o fio condutor de nossa análise será o modo como a rede é configurada a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental.

## 2 METODOLOGIA

Para responder a nossa pergunta e aos objetivos propostos constituímos um referencial metodológico na interseção entre a abordagem genealógica e a abordagem cartográfica. Apesar de distintas, estas abordagens apresentam também aproximações, a ponto de Deleuze (1992) apontar Foucault como um cartógrafo. Para sistematizar nossa discussão, faremos algumas considerações sobre as características de cada uma dessas abordagens e a aproximação estabelecida entre ambas.

Tomamos a abordagem genealógica tal qual elaborada por Michel Foucault (1979; 2004) e pensada posteriormente por autores como Machado (1979), Portocarrero (2002), Veiga-Neto (2003), Revel (2005), Martins (2004) e Nardi et al (2005). Consideramos que uma das maiores contribuições dessa abordagem seja seu caráter de desconstrução ou problematização. A desconstrução implica tomar algo em sua forma cristalizada, instituída e mostrar que ela não existe desde sempre, sendo uma invenção situada historicamente a partir de certas condições de possibilidade. Esse exercício de desconstrução acaba por explicitar as forças ou linhas de composição envolvidas na constituição de um determinado objeto. Em nossa pesquisa, pretendemos problematizar as práticas que constituem a rede na interface entre a saúde mental e saúde pública. Isso implica não tomar a rede em sua forma instituída, mas justamente poder entender os saberes e os poderes envolvidos em sua constituição. Ou ainda, como propõe Latour (1994, p. 39), trata-se de ir “dos produtos finais à produção, de objetos estáveis e frios a objetos instáveis e mais quentes”. Para tanto, recorreremos à história, assim como Foucault procedeu ao fazer suas problematizações. Porém, é necessário entender a singularidade da abordagem histórica desenvolvida pelo autor. Segundo Revel (2004),



Foucault utilizou-se da noção de problematização para distinguir radicalmente a história do pensamento da história das idéias e da história das mentalidades.

Enquanto a história das idéias se interessa pela análise dos sistemas de representação que subjazem, ao mesmo tempo, aos discursos e aos comportamentos e que a história das mentalidades se interessa pela análise das atitudes e dos esquemas de comportamento, a história do pensamento se interessa pela maneira com que se constituem problemas para o pensamento e pelas estratégias que são desenvolvidas para lhes dar resposta. (REVEL, 2004, p. 82).

Segundo Machado (1979), a genealogia não se interessa apenas por entender como os saberes se transformam ao longo do tempo, mas também por que essas transformações ocorrem. A perspectiva histórica trabalhada pela genealogia leva em consideração duas importantes ferramentas conceituais: a noção de gênese e de descontinuidade. Essas noções operam em nosso trabalho, de modo que cabe discuti-las. Pensar a gênese é diferente de pensar o início, o começo. A gênese diz respeito às condições de possibilidade de emergência de algo, considerando a existência de um campo de forças, de disputa. Nesse sentido, ao fazermos uma história da rede na interface entre saúde mental e saúde pública, podemos ter vários pontos de início da história. Nunca chegaremos ao ponto exato no qual a rede teve início. Isso porque o que nos interessa não é tanto o ponto de início, mas sim as condições de possibilidade para a existência de uma configuração de rede em um dado momento histórico, assim como o sentido a ela atribuído.

Já a descontinuidade diz respeito ao modo de constituição da história. Na perspectiva genealógica a história não é constituída por uma sucessão de fatos cronológicos, que denotam progresso ou linearidade. Mas sim por descontinuidades, caracterizadas por mudanças e transformações dos saberes e das práticas a ele articulados. Em “História da loucura” (FOUCAULT, 2002), por exemplo, desenvolve-se a idéia da existência de uma descontinuidade histórica em relação à loucura no momento em que esta é reduzida e personificada na figura do doente mental; este passa a ser internado (prática institucional); e é formulado um saber médico psiquiátrico (saber) que se articula à prática institucional,

legitimando-a. Trata-se de uma passagem que expressa uma nova experiência em relação à loucura, operando uma descontinuidade histórica.

Outra importante noção é a de defasagem. Apesar de ser pouco desenvolvida conceitualmente, observamos que ela é apontada por Foucault em *História da Loucura* (FOUCAULT, 2002). Ao analisar algumas mudanças ocorridas no plano do saber sobre a loucura na Idade Média e na era clássica, o autor aponta que nem sempre a mudança no plano do saber é acompanhada por uma mudança nas práticas institucionais. Nesse sentido, entendemos que a defasagem refere-se a um descompasso entre o que é formulado no plano do saber e o que é realizado nas práticas institucionais. Ou ainda, como expressa Deleuze (1988) ao falar sobre as concepções de visível e enunciável em Foucault, não há homologia ou isomorfismo entre ver/falar, entre visível/enunciável, entre constituição de saber/práticas institucionais; o que ocorre é a insinuação de uma sobre a outra. Consideramos que a defasagem ocorre quando a insinuação do saber tem pouco efeito sobre as práticas institucionais e vice-versa. Esse conceito opera na medida em que observamos que nem sempre as políticas de saúde mental são operadas no cotidiano tal qual são propostas. Podemos pensar ainda na constituição de planos: normativos (a lei 8.080 que institui o SUS, a lei 9.716/1992 da Reforma Psiquiátrica no RS); prescritivos (os manuais de saúde mental, documentos do Ministério da Saúde, políticas estaduais e municipais que prescrevem modos de composição e funcionamento da rede); das práticas institucionais, que corresponde ao que de fato ocorre no cotidiano da assistência em saúde mental. As proposições das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental constituem também um plano, o qual será enfatizado em nossa investigação. Esses planos estão interconectados, insinuando-se uns sobre os outros, modificando uns aos outros, formando vários platôs<sup>9</sup>. Apesar de nossa pesquisa focar o plano prescritivo, pois toma como material de análise as Conferências

---

<sup>9</sup> Segundo Deleuze e Guattari (1995), um platô refere-se a uma zona de intensidades de variação contínua.

Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, a discussão realizada a partir das referências bibliográficas nos dará também indícios do como as configurações de rede operam em outros planos, denotando maiores ou menores graus de defasagem.

Dessa maneira, tomamos da abordagem genealógica algumas de suas ferramentas conceituais: gênese, descontinuidade, continuidade, defasagem. Da mesma maneira, tomaremos outras ferramentas da abordagem cartográfica.

A cartografia constitui-se em uma metodologia inaugurada por Deleuze e Guattari (1995) e desenvolvida por vários autores, entre os quais citamos Rolnik (2006) e Kastrup (2007a; 2007b). Em Deleuze e Guattari a cartografia surgia como um princípio de funcionamento do rizoma. Segundo os autores, fazer o mapa (cartografar) é diferente de fazer o decalque. O mapa está voltado para uma experimentação ancorada no real. O mapa não reproduz (como o decalque), ele cria, constrói.

Ele contribui para a conexão dos campos, para o desbloqueio dos corpos sem órgãos, para sua abertura máxima sobre um plano de consistência. Ele faz parte do rizoma. O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. (...) Um mapa tem múltiplas entradas contrariamente ao decalque que volta sempre “ao mesmo”. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).

A noção de cartografia é tomada por Deleuze e Guattari (1995) da geografia. Devemos pensar o mapa não apenas pelo seu desenho final (o produto), mas pelo movimento realizado para a constituição de seu desenho (processo). O método cartográfico remete ainda ao percurso desenvolvido pelo cartógrafo, ao longo do qual ele vai traçando o relevo, a paisagem. Nesse sentido, Kastrup (2007b) coloca que “o método cartográfico não equivale a um conjunto de regras prontas para serem aplicadas, mas exige uma construção *ad hoc*, que requer a habitação do território investigado e a implicação do pesquisador no trabalho de campo” (Kastrup, 2007b, p. 2)

Kastrup (2007b) aponta ainda sete pistas para pensar o método cartográfico, entre as quais destacamos três. A primeira consiste na idéia de que cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto. Representar implica tomar algo em sua forma instituída; já cartografar implica tomar algo em seu processo de produção, “se dando” e se transformando. Nesse sentido, temos uma aproximação entre as abordagens cartográfica e genealógica, já que ambas se interessam em constituir um diagrama de forças, e não tanto de formas; ou ainda, entender as formas em conexão com as forças que as agenciam, compreendidas como emergentes do plano de forças. Dessa maneira, nossa intenção é tomar a rede não em sua forma instituída, mas em seu processo de produção; é construir um mapa, um diagrama de forças. A segunda pista da cartografia é que ela é sempre de um coletivo de forças. Ao tomarmos a rede no contexto da saúde mental, entendemos estarmos lidando com uma forma. Porém, como coloca Kastrup (2007b, p. 3), “o que surge como uma forma é em realidade um agregado de múltiplas forças”. Toda forma existente é resultado de conexões ou agenciamentos de um plano de forças, que cabe a nós explorarmos. Essas forças são constituídas pelas mais diversas ordens, não podendo ser enquadradas dentro de campos disciplinares específicos. Nesse sentido, não bastaria fazer uma revisão teórica sobre redes, pois o que constitui esse objeto no campo da saúde mental são linhas das mais diversas ordens: econômicas, políticas, teóricas. E mesmo as linhas teóricas não dizem respeito a apenas uma disciplina, mas várias disciplinas: saúde pública, saúde coletiva, psicologia social, sistêmica e assim por diante.

Outra importante pista apontada por Kastrup diz respeito a necessidade de constituição de dispositivos que operem a cartografia. Em nossa pesquisa tomaremos como dispositivo as Conferências Nacionais de Saúde (realizadas até a instituição do SUS, em 1990) e as

Conferências Nacionais de Saúde Mental. Enquanto dispositivo, irão possibilitar a expressão das linhas que atravessam as configurações de rede<sup>10</sup>.

Após colocar as principais características da abordagem cartográfica e genealógica, cabe estabelecermos algumas relações entre elas. Em primeiro lugar é necessário resolver um aparente impasse, tendo em vista que o método genealógico remete à história, enquanto o método cartográfico situa-se mais próximo da geografia ou do presente, como apontado por Kastrup (informação verbal)<sup>11</sup>. Perguntada sobre a relação da genealogia com a cartografia, Kastrup (informação verbal) respondeu que em certo sentido a genealogia poderia ser considerada uma cartografia, pois parte de uma questão colocada no presente e que é passível de ser reconfigurada, a partir da análise histórica. E seria esse o sentido da história produzida por Foucault, a ponto de Deleuze considerá-lo como um cartógrafo. A história desenvolvida por Foucault analisa processos e seus pontos de invenção, movimento, estagnação, ruptura, assim como as condições para que aconteçam.

Pedro (informação verbal)<sup>12</sup> também ofereceu importantes contribuições para o debate entre as aproximações entre as abordagens cartográfica e genealógica. Segundo Pedro (informação verbal), ao invés de falarmos que a cartografia é sempre do presente, seria mais interessante considerarmos que ela é do atual. É a própria noção de tempo e de história que tem que ser entendida de outra maneira. Ao invés de um presente-passado-futuro, temos linhas de força que transversalizam a história e são atualizadas em diferentes momentos, sob diversas estratégias. Temos uma mistura de tempos, como definiria Bruno Latour (1994). Ou ainda, uma multitemporalidade, como refere Parente (2004).

Serres toma um carro como exemplo. Seus componentes remetem a períodos distintos: a roda ao neolítico, a mecânica ao século XVIII, o motor e a termodinâmica ao século XIX e a eletrônica à contemporaneidade. Além disso, a forma como estes

---

<sup>10</sup> O dispositivo utilizado em nossa pesquisa será detalhado no item 2.1.

<sup>11</sup> Informação verbal. Tópico especial “Cartografias da invenção: pistas e políticas de um método de pesquisa”, ministrado no PPGPSI-UFRGS nos dias 14,15 e 16 de março de 2007.

<sup>12</sup> Informação Verbal. Curso: Novas tecnologias e produção de subjetividade: conceito e efeitos de rede. Ministrado pela prof. Rosa Pedro, nos dias 20 e 21 de agosto de 2007, na PUC-RS.

componentes se articulam no carro se modifica sem cessar. Diríamos mesmo que o que caracteriza o carro de hoje não é apenas o que nele é contemporâneo, seus componentes eletrônicos. É que a contemporaneidade se caracteriza cada vez mais pela edição ou a forma como as partes do sistema são montadas e articuladas. [...] operamos cada vez mais como um editor ou montador, e nossa memória é cada vez mais como uma ilha de edição não-linear. (PARENTE, 2004, p. 95)

Trata-se de considerar, então, a existência de pontos de emergência de determinados objetos, mas também processos onde eles são atualizados em contextos diferentes. E tanto a cartografia quanto a genealogia tratam do regime do atual, dos processos de atualização. Poderíamos dizer que a história, como concebida tradicionalmente, não poderia ser concebida a partir da cartografia. Mas a história tal qual concebida por Foucault na perspectiva genealógica sim, pois o caráter de atualidade está colocado nas pesquisas do autor. Como afirma Deleuze (1992), “É a atualidade que interessa Foucault, o mesmo que Nietzsche chamava de o inatual ou o intempestivo, isto que é *in actu*, a filosofia como ato do pensamento.” (Deleuze, 1992, p. 119).

Complementando essa visão, Deleuze (1992) afirma ainda que:

Há algo essencial de um extremo a outro da obra de Foucault: ele sempre tratou de formações históricas (de curta duração, ou, no final, de longa duração), mas sempre em relação a nós, hoje. (...) Vigiar e Punir invoca o século XVIII e o XIX, mas é estritamente inseparável da prisão hoje e do grupo de informação que Foucault e Defert criaram depois de 68. As formações históricas só o interessam porque assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com o que estamos em vias de romper para encontrar novas relações que nos expressem. (DELEUZE, 1992, p. 131).

Além de Deleuze, Revel (2005) também coloca o sentido da história na perspectiva genealógica, diferenciando-a da abordagem histórica tradicional:

O tema da história como interrogação sobre as transformações e sobre os acontecimentos está estreitamente ligado àquele da atualidade. Se a história não é memória, mas genealogia, então a análise histórica não é, na verdade, senão a condição de possibilidade de uma ontologia crítica do presente. (...) a utilização de uma busca histórica não implica uma “ideologia do retorno” (Foucault não se ocupa da ética greco-romana a fim de dar um “modelo a seguir” que se trataria de atualizar”, mas uma historicização de nosso próprio olhar a partir do que nós não somos mais; a história deve nos proteger de um “historicismo que invoca o passado para resolver os problemas do presente. (REVEL, 2005, p. 60-61).

Podemos pensar, ainda, que o caráter de atualidade de uma obra como “História da Loucura” pode ser dado pelo reverso da descontinuidade: a continuidade. Apesar de Foucault demonstrar que há mudanças nas formas de experiência da loucura ao longo do tempo; e que essas experiências da loucura são atravessadas por diferentes saberes e práticas em formações sociais distintas, constituindo descontinuidades históricas; a análise da História da Loucura demonstra também a existência de continuidades, no caso, a “exclusão”. Ou seja, ao longo do tempo podem mudar as categorias excluídas e as justificativas para se proceder à exclusão, mas o fato é que a exclusão é uma constante, sendo algo que se atualiza a partir de novas estratégias. O conceito de *aggiornamento*<sup>13</sup> difundido na reforma psiquiátrica também tenta evidenciar processos de atualização de velhas práticas que ocorrem sobre novas roupagens. Nesse sentido, não tomamos a rede como algo a ser militantemente defendida, mas problematizamos até que ponto uma lógica assistencial em rede também não pode reproduzir práticas hegemônicas.

Deleuze (1988), ao propor pensar a proposta genealógica introduzida por Foucault na obra *Vigiar e Punir*, nomeia-o como um cartógrafo. Além do caráter de atualidade, Deleuze desenvolve a idéia de que a genealogia dá conta de traçar um diagrama de forças, tendo um caráter funcional, aproximando a idéia do diagrama de forças da idéia de constituição de uma mapa na proposta cartográfica. Nesse sentido, trata-se sempre de tentar entender o que faz funcionar e a que serve cada configuração de rede.

É importante apontarmos, ainda, que o traçado do mapa na cartografia é sempre provisório, remetendo à idéia da constituição de um “diagrama impossível”, tal qual proposto

---

<sup>13</sup> O conceito de *aggiornamento* foi criado por Castel (1978), designando os processos de sofisticação e humanização das práticas asilares e do tratamento moral engendradas em movimentos de reforma psiquiátrica (ou psiquiatria reformada) no pós II Guerra Mundial. A idéia de “psiquiatria reformada” é usada para designar uma mudança superficial, onde, apesar da tentativa de humanização ou sofisticação da prática assistencial, a racionalidade psiquiátrica que agencia práticas de tutela é sustentada.

por Latour<sup>14</sup>, citado por Pedro (2007, p.13). Sendo o mapa um diagrama, ele está propenso a recombinações permanentes, formando novas configurações. Porém, essa instantaneidade não deve impedir que façamos o traçado de mapas, mas sim nos colocar em contato com o tempo-espaco dessa produção, sua provisoriade e possibilidade de re-invenção constante: “os contornos que conseguimos delinear são sempre provisórios, pois as redes são, como o próprio Latour reconhece, ‘diagramas impossíveis’, cuja permanente mobilidade impediria a estabilização de uma forma definitiva” (PEDRO, 2007, p. 13).

A partir dessa leitura é possível estabelecermos um referencial metodológico constituído na interface entre as abordagens genealógica e cartográfica. Esta leitura afirma a necessidade de não dicotomizar as duas abordagens, mas extrair delas ferramentas com as quais possamos operar nossa pesquisa: continuidade, descontinuidade, gênese, defasagem, processo, diagrama impossível, rizoma.

## 2.1 DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DOS DADOS: A ANÁLISE DOCUMENTAL

A partir do trabalho de Kastrup (2007a) entendemos que a pesquisa não procede a uma mera “coleta de dados”, mas sim uma “produção dos dados”, assumindo uma perspectiva construtivista. Esta noção ressalta a idéia de que só podemos proceder à observação e seleção dos dados a partir de certas condições de possibilidade e da formulação de um problema de pesquisa.

No sentido de produzir dados que apontassem as configurações de rede na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública, utilizamos como dispositivo a pesquisa

---

<sup>14</sup> LATOUR, B. *Ciência em Ação – como seguir cientistas e engenheiros mundo afora*. São Paulo: EDUSP, 2000.



documental. Tomamos como documentos os relatórios finais ou anais das Conferências Nacionais de Saúde - CNS realizadas até a instituição do SUS em 1990 - o que engloba desde a 1ª até a 8ª CNS<sup>15</sup>. Além disso, também analisamos os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental – CNSM (I, II e III). No apêndice A consta um quadro com o ano de realização das Conferências.

Observamos que nossa proposta aproxima-se da abordagem utilizada em um estudo realizado por Ramminger e Nardi (2007), onde as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e as Conferências Nacionais de Saúde Mental foram tomadas como documentos de análise, a partir dos quais procurou-se sublinhar o modo como a saúde mental é veiculada nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e como a saúde do trabalhador é veiculada nas Conferências Nacionais de Saúde Mental. Bernardes e Guareschi (2004) também propuseram uma perspectiva semelhante ao nosso estudo ao utilizarem como material empírico de análise leis, folder e revistas produzidos no contexto da reforma psiquiátrica gaúcha. Ambos os trabalhos utilizaram-se da abordagem genealógica desenvolvida por Michel Foucault. Seguindo a proposta de Bernardes e Guareschi (2004), as referências dos documentos de análise são colocadas em um tópico separado das referências bibliográficas.

Consideramos que as CNS e CNSM expressam formações discursivas próprias ao contexto no qual emergem, sugerindo modos de configurar a rede nos contextos da saúde pública e da saúde mental em resposta aos problemas que se apresentam em cada momento. Cabe salientar ainda que as Conferências Nacionais de Saúde dão sustentação e indicam os rumos para a formulação de políticas públicas – que por sua vez se desdobram em práticas institucionais.

---

<sup>15</sup> Apenas o relatório da II CNS não foi analisado, pois o mesmo não foi publicado e disponibilizado como os demais (Informação disponível no Portal da Saúde:  
< [http://72.14.205.104/search?q=cache:xD7fd2BiL7wJ:portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm%3Fid\\_area%3D1118+2%C2%AA+Conferencia+Nacional+de+Sa%C3%BAde&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1](http://72.14.205.104/search?q=cache:xD7fd2BiL7wJ:portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm%3Fid_area%3D1118+2%C2%AA+Conferencia+Nacional+de+Sa%C3%BAde&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1>)>)

A leitura das CNS e CNSM, entendidos como produtos de uma determinada circunstância histórica, também nos auxilia na construção de uma história que leva em consideração o contexto, evitando anacronismos históricos. Entendemos que o sentido e a relevância dada à rede hoje não necessariamente têm o mesmo sentido e relevância que teve há cinquenta anos atrás. Sendo assim, não cabe a expectativa de uma história construída pela negação e ausência, onde tenhamos que fazer afirmações como: na década de 60 “não” se falava em rede de conversação nos serviços de saúde; na década de 70 “não” se falava em rede na micropolítica dos processos de trabalho; e assim por diante. Buscaremos o sentido singular da rede, os saberes que em cada contexto a estão atravessando.

## 2.2 PROCEDIMENTOS

Buscamos nas CNS e CNSM pistas que nos indicassem como a rede aparecia em suas discussões: em que contexto, em resposta a que problemas, que saberes estavam ali implicados, até que ponto a rede no contexto da saúde mental estabelecia interface com o contexto da saúde pública.

Apresentaremos uma compilação dos dados produzidos a partir das CNS e CNSM e alguns apontamentos iniciais. A partir das pistas extraídas das CNS, utilizamos uma série de referências bibliográficas que nos auxiliaram na tarefa de identificar a trama discursiva que constitui as diferentes configurações de rede no contexto da saúde pública e da saúde mental. Com a finalidade de não deixar o texto muito descritivo, optamos por fazer a discussão das CNS e CNSM na medida em que elas vão sendo apresentadas. Em apêndice B e apêndice C

apresentamos um quadro resumo com os aspectos destacados das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental.

### **3 CONFIGURAÇÕES DE REDE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL E SAÚDE PÚBLICA.**

Como apontado na metodologia, neste tópico faremos uma investigação sobre a gênese da rede no contexto da saúde mental e saúde pública, destacando as linhas de constituição das diferentes configurações de rede e as (des)continuidades destas linhas. Mas por onde começar?

Nossa opção metodológica é ter como ponto de entrada as Conferências Nacionais de Saúde. Mas é necessário apontar que este é apenas um ponto de entrada<sup>16</sup> possível, existindo múltiplas outras possibilidades a serem acessadas: desde um começo pela História da Loucura de Michel Foucault (2002); ou pelo que se considera o início da assistência pública em saúde mental no Brasil – a fundação do Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 (RESENDE, 2001; LUZ, 1994). Ou pelo início da assistência à doença mental no RS – com as ações na Santa Casa de Misericórdia e a posterior fundação do Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre em 1884 (WADI, 2002). Ou ainda, pelas primeiras propostas assistenciais brasileiras que veiculam a idéia de uma assistência prestada não exclusivamente no hospital psiquiátrico, mas incluindo outros serviços como as colônias agrícolas e serviços extra-muros, na passagem do século XIX para o século XX (PORTOCARRERO, 2002).

São múltiplas possibilidades de pontos de entrada, sendo nossa escolha pelas Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental apenas uma delas.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas com a lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1941). Elas foram destinadas a facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde realizadas em todo o país, assim como

---

<sup>16</sup> 'Ponto de entrada' não significa 'ponto de início', pois nossa ênfase é na idéia de gênese, e não de início. A idéia de 'ponto de entrada' também está em consonância com a noção de rizoma proposta por Deleuze e Guattari (1995) e desenvolvida no item 4. desta dissertação.

orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde, bem como na concessão de auxílios e subvenções federais. Segundo esta lei, as CNS deveriam ser convocadas com intervalos máximos de 2 anos, sendo que delas deveriam participar autoridades administrativas que representassem o Ministério da Educação e Saúde, os governos dos estados e Distrito Federal.

A 1ª CNS foi realizada em 1941. Destinou-se ao levantamento dos problemas referentes ao âmbito da saúde no país, tendo em vista a elaboração de um questionário enviado aos estados, com cerca de 106 questões abordando desde as condições sanitárias (abastecimento de água, rede de esgoto, destinação do lixo); presença de serviços de assistência (quantos serviços no Estado, quantos municípios sem nenhum serviço de assistência, qual a proporção médicos/população); ações referentes a doenças endêmicas, tuberculose, lepra, malária. Porém, os resultados desses questionários não foram publicados. Já o relatório da II CNS, realizada em 1950, não pode ser analisado, tendo em vista que seu relatório não está disponível.

Na década de 60, contexto de realização da III Conferência Nacional de Saúde, a população brasileira era ainda predominantemente rural. Não havia uma estrutura sanitária permanente e descentralizada. O que existia eram ações de seguridade social, destinadas a parcelas da classe trabalhadora; assistência médica privada; alguns hospitais; e alguns poucos postos permanentes de saúde, criados a partir de iniciativas bastante restritas. Segundo Mendes (1995), a saúde pública era caracterizada pelo modelo do “sanitarismo-campanhista”, que teve na polícia sanitária e nas campanhas de saúde seus principais meios de efetivação, dirigindo-se, prioritariamente, ao combate das doenças de massa - pestilenciais (caracterizadas por epidemias de tifo, varíola, febre amarela, etc). Foi marcado pelo saneamento dos espaços urbanos e de circulação de mercadorias, combate às doenças de massa, concentração de decisões, estilo repressivo de decisões, divisão entre saúde pública (direcionada às ações coletivas) e atenção médica (direcionada aos indivíduos-trabalhadores

isoladamente) (MENDES, 1995; MERHY; QUEIROZ, 1993; MERHY, 2002). No entanto, esse modelo torna-se cada vez mais ineficaz na resolução dos problemas de saúde-doença da população brasileira, sendo colocado em discussão em diversos momentos ao longo das décadas de 40, 50 e 60.

Na 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. Porém, à necessidade de expansão da cobertura assistencial alia-se a uma preocupação com a necessidade de contenção de gastos, impondo uma racionalização das propostas emergentes. "A limitação dos recursos corteja com a vastidão dos problemas, torna imperiosa uma disciplina, uma racionalização, uma política que defina as prioridades, estime custos, indique benefícios e estabeleça prazos" (BRASIL, 1992, p. 29)

Surge então 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 a partir da constituição de uma rede básica<sup>17</sup>. Esta rede constituiria uma espécie de dispositivo de 'reversão do modelo', passando das campanhas para a estruturação de uma infra-estrutura de saúde, composta por serviços de saúde

---

<sup>17</sup> A idéia de criação de postos permanentes de saúde é influenciado pelo movimento médico-sanitário desenvolvido nos EUA a partir de 1910. Vários médicos brasileiros buscaram formação em centros de referência no assunto nos EUA (com bolsas fornecidas por fundações americanas) e retornaram ao Brasil difundindo esse referencial. Neste o processo saúde-doença é visto como um fenômeno coletivo, mas determinado em última instância pelos indivíduos. Isso justificaria a dicotomia entre saúde pública e medicina, sendo a primeira destinada a prevenção e promoção e voltada ao coletivo e a segunda à cura do indivíduo. Essa matriz de pensamento se desdobra em um modelo assistencial caracterizado pela implantação de Centros de Saúde ou Postos Sanitários, destinados prioritariamente à prevenção e promoção (MERHY, 2002). Esse referencial atravessou de modo disperso algumas políticas de saúde restritas a alguns estados brasileiros ainda nas décadas de 40 e 50. A diferença é que na década de 60 a proposição de postos permanentes de saúde surge no âmbito de uma política nacional.

permanentes, constituídos de maneira descentralizada. Outra proposta veiculada nesta CNS refere-se a municipalização da atenção, que implica, para além da desconcentração geográfica, a desconcentração política e administrativa dos serviços de saúde.

É interessante observarmos os dados e as discussões ocorridas nessa III CNS, relativas ao tema da doença mental. Ao abordar o número de internamentos (primeira entrada) no ano de 1962, salienta-se o fato de que 22% desses internados “poderiam ser assistidos em Pronto-socorro psiquiátrico e Ambulatórios, sem vinculações a nenhum hospital asilar, com uma permanência reduzida, a traduzir múltiplas vantagens, inclusive a redução dos custos assistenciais” (BRASIL, 1992, p.125). Em seguida argumenta-se ainda que, para isso, “seria necessário que o país dispusesse de maior número de ambulatórios e, ainda, que esses ambulatórios não funcionassem como ante-câmaras dos hospitais, mas sim como órgãos de manutenção de pacientes e egressos, dentro da vida social”. Essa CNS expressa claramente uma crítica ao modelo asilar brasileiro, referindo que a “rede hospitalar nacional segue a velha orientação ultrapassada dos grandes agrupamentos de enfermos”, constituindo “depósitos de enfermos”. Incorpora ainda aos seus argumentos as experiências desenvolvidas na Inglaterra e na França, onde a política internista teria sido abolida em benefício da instalação de uma rede de ambulatórios psiquiátricos e centros praxiterápicos de reabilitação. Apesar do número de hospitais psiquiátricos existentes e de alguns ambulatórios, este relatório afirma que “carece de uma política diretora a assistência brasileira no plano da saúde mental, baseada ainda numa estrutura hospitalar alienista arcaica que deve evoluir para a adoção da política de hospitais regionais, com ampliação da rede de ambulatórios psiquiátricos praxiterápicos que é a base moderna de toda a assistência psiquiátrica nas grandes coletividades” (BRASIL, 1992, p.130). Os dispositivos de assistência ao doente mental encontravam-se concentrados<sup>18</sup> nos centros

---

<sup>18</sup> O relatório aponta que a relação número de leitos psiquiátricos por habitante estava dentro do esperado pelo que dispunha a OMS, até um pouco abaixo. O maior problema era a alta concentração desses leitos em poucos hospitais, constituindo depósitos de enfermos.

urbanos, constituindo grandes instituições, chegando a concentrar até 15.000 pessoas, virando verdadeiros depósitos de seres humanos.

Em várias passagens desta Conferência menciona-se a palavra rede (rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica), designando meramente um conjunto de serviços que tem características comuns - homogeneidade. A idéia da rede está fortemente vinculada à melhor distribuição dos serviços de saúde, a uma ampliação e ramificação desses serviços, seja na assistência à doença mental - através de hospitais regionais e ambulatórios ou aos demais problemas de saúde da população - através da ampliação de uma rede básica de unidades médico-sanitárias. Nesta perspectiva, a rede é tomada como uma espécie de “matriz técnica” (MUSSO, 2004), um meio de organização do espaço-tempo, de melhor dispor os recursos sobre o território. Podemos falar ainda em uma rede topológica, pois se constitui sobre um território-geográfico. É necessário apontar também que o âmbito da assistência às doenças mentais é dicotomizado em relação ao âmbito da assistência às demais doenças. Não existe proposição de interface entre esses âmbitos. A idéia de complementaridade entre os serviços também não está muito presente nesse momento.

Apesar da III Conferência Nacional de Saúde<sup>19</sup> afirmar todas essas intenções, elas não foram assim implementadas. As condições do contexto social irão impor um terceiro rumo ao modelo assistencial: nem a continuação do modelo em curso, nem a implementação do modelo definido na III CNS. O que se constituiu no decorrer da década de 60 - a partir do golpe militar de 64 - foi o incremento da iniciativa privada no setor saúde e a deterioração dos serviços públicos. A partir desse período, Mendes (1995) considera que se tornou hegemônico o chamado “modelo médico assistencial privatista”, que tem entre algumas de suas características: a cobertura da assistência previdenciária; privilégio da prática curativa,

---

<sup>19</sup> É interessante observar que os Anais da 3ª CNS só foram publicados em 1992, 29 anos após a realização da mesma. Fadul (1992) coloca que logo após a realização da 3ª CNS emergiu um contexto contrário a efetivação da política defendida nessa Conferência, tendo em vista o início da ditadura militar. Ao mesmo tempo justifica a publicação pela atualidade desta Conferência e de suas propostas (como a municipalização, por exemplo).



médica, individual, especializada e assistencialista; padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde e criação de um complexo médico-industrial. Passou a ocorrer uma ampliação da clientela assistida, mas no âmbito da previdência social, configurando uma “universalização excludente”, evidenciando o caráter discriminatório da política pública. Para atender essa clientela, passaram a surgir diferentes formas de contratação com o setor privado, atendendo interesses particularizados do emergente complexo médico-industrial. Entre 1969 e 1984 há um incremento de 465% nos leitos hospitalares privados, consolidando um sistema de atenção hospitalocêntrico. Consolida-se também a divisão entre ações de saúde pública (pouco rentáveis, destinadas ao Estado) e de atenção médico-privado (rentáveis, destinadas ao setor privado) (RESENDE, 2001; MENDES, 1995).

O campo psiquiátrico surge como um grande filão deste mercado. Resende (2001) aponta que o período pós-64 consolidou a psiquiatria como prática assistencial de massa. A assistência psiquiátrica deixa de ser eminentemente destinada aos doentes mentais pobres, sendo estendida à massa de trabalhadores e seus dependentes. Porém, tendo em vista o ideal privatista e alegando razões de ordem econômica, essa massa de trabalhadores é assistida através da atenção médica realizada a partir da contratação de leitos em hospitais privados (que crescem rapidamente em número de unidades e de leitos). Aqui também se observa uma cisão, onde aos hospitais públicos (cada vez mais precários e deteriorados) destinam-se os loucos pobres e indigentes, enquanto a maioria dos trabalhadores são assistidos nos hospitais privados contratados. Esse processo de conciliação entre as pressões do Estado e o interesse de lucro por parte dos empresários teve como resultado a conversão da loucura em mercadoria, objeto de lucro, conformando a chamada “indústria da loucura” (RESENDE, 2001; AMARANTE, 1994). O modelo hospitalocêntrico (ou ainda, a “rede de hospitais”) é reforçado, ignorando as críticas e sugestões da 3ª CNS.

### 3.1 A EMERGÊNCIA DA REDE ENQUANTO UM SISTEMA DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO.

A 4ª CNS, realizada em 1967, teve como tema central “Recursos Humanos para as atividades de saúde”. Discutiu-se a formação de trabalhadores para a atuação no âmbito da saúde pública. Nesta CNS emerge como problema a escassez de mão de obra qualificada para acompanhar a interiorização dos serviços de saúde. Assim como os dispositivos assistenciais estavam concentrados nos centros urbanos, o mesmo ocorria com os profissionais da área da saúde, principalmente os médicos. Uma das soluções propostas para este problema consistiu na atuação de pessoal de nível médio e auxiliar, sendo esta categoria considerada “o profissional de saúde de que o Brasil necessita”. A substituição dos profissionais de nível superior pelos auxiliares foi feita sob várias justificativas: econômica (é considerado de alto custo a formação superior para o trabalho na saúde pública), tempo (a formação superior é considerada de longo prazo se comparada com a formação auxiliar). E, por último, “Outra razão aconselha o emprêgo de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidade, e atrativos”. (BRASIL, 1967, p. 144).

Caberia aos profissionais de nível auxiliar desenvolver principalmente ações ligadas a prevenção e educação sanitária, além de outras atividades sob supervisão de enfermeiros e médicos. Nessa CNS destaca-se a idéia de que uma política de saúde deve ser acompanhada por processos de formação de pessoas que possam operá-la. Em segundo lugar, chama a atenção o caráter racionalizador que atravessa a formação de pessoas para atuar na atenção

básica do campo da saúde pública, expressando o movimento de expansão da assistência com baixo custo<sup>20</sup>.

Durante a década de 70 o problema da baixa cobertura assistencial continua sendo evidenciado, como demonstra essa passagem da V CNS: “Outra informação é que cerca de 40% dos municípios brasileiros não dispõem de qualquer infra-estrutura de saúde” (BRASIL, 1975, p. 51)

Tendo em vista a necessidade de ampliação da cobertura assistencial e as críticas ao modelo privatista de saúde adotado a partir da ditadura militar, novas experiências surgem na década de 70 atendendo ao ideal de expandir a cobertura com baixo custo. Essa intenção é evidenciada na V e na VI Conferências Nacionais de Saúde (realizadas em 1975 e 1977), onde uma série de princípios de organização de sistema são propostos: descentralização, hierarquização, regionalização, níveis crescentes de complexidade. Uma das maiores novidades é a própria idéia de ‘sistema’, que englobe e regule todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Essa necessidade surge a partir da constatação de que existe uma heterogeneidade das ações produzidas no setor saúde, problemas nos fluxos de informação, pluralidade de órgãos atuantes no setor saúde, descoordenação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, indefinição de políticas e diretrizes para os serviços, competição e rivalidade entre instituições de saúde.

A perspectiva de adesão às “inovações institucionais” emerge como possibilidade de organizar e racionalizar as ações de saúde no Brasil, estabelecendo um modo de dispor os serviços de saúde existentes, a fim de coordená-los. Nesse sentido, em 1975 é sancionada a lei 6.229, que organiza o Sistema Nacional de Saúde - SNS. Um dos itens da V Conferência Nacional de Saúde discute especificamente como o SNS deve ser organizado. É sugerido que a política do Sistema Nacional de Saúde deve, entre outros aspectos, “orientar a programação

---

<sup>20</sup> Autores como Franco e Merhy (2004) apontam que o caráter racionalizador é uma constante nas políticas de atenção básica no Brasil ao longo das décadas de 70, 80 e 90, atravessando inclusive a política do Programa de Saúde da Família (PSF), instituída em nível federal a partir da década de 90.

das atividades com vistas à regionalização, atendendo as necessidades de serviços de complexidade crescente” (...) “Com vistas à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, em termos geográficos e de níveis de atendimento (promoção, prevenção, cura e reabilitação)” (BRASIL, 1975, p. 23). Em outro momento, tendo em vista a discussão sobre a extensão das ações de saúde às populações periféricas e rurais, recomenda-se que o Sistema Nacional de Saúde tenha em vista que “a regionalização de serviços, hierarquizados em complexidade crescente, é um processo eficaz na descentralização da prestação de serviços básicos de saúde e de racionalização do uso da capacidade instalada de recursos humanos” (BRASIL, 1975, p. 54). Há uma ênfase nessa V CNS na necessidade de difusão dos conceitos das teorias de sistemas, para embasar o planejamento e execução dos programas de saúde.

Porém, é importante apontar que o Sistema Nacional de Saúde mantém a dicotomia entre saúde pública (vinculada ao Ministério da Saúde) e assistência individual (vinculada ao Ministério da Previdência Social).

Também é importante apontar que as discussões sobre a expansão da assistência presentes na V CNS enfatizam a atenção básica, entendida como uma estrutura permanente e simplificada, com ações de baixo custo, ampla cobertura e eficácia na resolução de problemas.

Assim como a V CNS, a VI Conferência Nacional de Saúde reforça a discussão sobre a necessidade de expansão da cobertura de ações de saúde-saneamento, sugerindo o PIASS (Programa de Interiorização de Ações Básicas de Saúde e Saneamento) como um modelo programático para concretizá-lo. Percebe-se uma ênfase no incentivo das ações preventivas, abordando-se a necessidade de “corrigir” a população que tipicamente procura serviços curativos. A implantação de um sistema de atenção básica seria um meio de proporcionar essa “distorção”, pois proporcionaria a prevenção e a promoção. Destaca-se a irracionalidade do

sistema de saúde centrado no hospital, pois seu alcance é baixo (em termos de cobertura populacional) e suas ações dispendiosas.

Esta Conferência atualiza várias discussões levantadas na Conferência anterior, apontando a dificuldade de articulação dos órgãos que executam ações de saúde, os antagonismos entre o individual e o coletivo, “a realidade multi-institucional do sistema de saúde brasileiro, com flagrantes duplicações, antagonismos e desorientações” (BRASIL, 1977, p.54). Esta CNS também reafirma o papel do Sistema Nacional de Saúde - o qual preconiza a articulação dos diferentes órgãos e entidades que executam ações de saúde a partir de princípios e diretrizes.

Foi salientada a importância de definir-se uma regionalização de serviços, composta por uma rede única de complexidade crescente. Tal estrutura deverá permitir amplo acesso da população, em termos de atenção primária de saúde (BRASIL, 1977, p. 59).

O que na Conferência anterior era anunciado como “um sistema geral de saúde” agora já emerge como uma “rede de complexidade crescente”.

É necessário evidenciar que, se na III CNS a idéia de rede estava vinculada à homogeneidade de unidades (rede de hospitais, rede nosocomial, rede de unidades médico-sanitárias), a partir da V CNS surge a idéia de uma rede formada por unidades heterogêneas, dispostas em diferente níveis, complementares uns em relação aos outros. Esse conjunto de serviços passa a ser visto como um sistema, necessitando mecanismos de coordenação, estabelecimento de fluxos racionais, e assim por diante. Observa-se ainda um viés tecnocrático e gerencial, ao qual caberia à população se adequar.

A idéia de sistema supõe que as unidades não podem agir de maneira autônoma umas em relação às outras, atendendo a interesses aleatórios. Mas sim que as unidades devem compartilhar princípios de funcionamento e organização pactuados em conjunto, evitando competição, rivalidade e conflitos. A expectativa expressa na V CNS é de que o sistema seja harmônico.

A partir das pistas que as CNS nos deram até aqui, cabe explorarmos mais detalhadamente dois campos de saber que atravessam o modo de configuração das redes assistências: a perspectiva sistêmica e a história natural da doença.

### 3.1.1 A teoria geral de sistemas

Abordaremos a perspectiva sistêmica através da teoria geral dos sistemas. Segundo Bertalanffy (1973)<sup>21</sup>, no período pós II Guerra Mundial as teorias de sistemas emergem nas mais variadas áreas do conhecimento, tornando-se uma espécie de slogan corrente em todas os campos, passando pela física, química, sociologia, psicologia, história, e assim por diante. A idéia de sistema tinha, na década de 70, o papel que hoje vem sendo atribuído à noção de rede – visto como uma tendência, um slogan. Conforme sugerem os dados das CNS analisadas, na década de 70 são as teorias de sistemas que influenciam a disposição dos serviços de saúde, e não as teorias de rede. Por esse motivo cabe explorar os pressupostos da teoria geral dos sistemas, a qual vinha sendo difundida naquele contexto.

Bertalanffy (1973) explica que essa expansão da perspectiva sistêmica ocorreu devido à complexificação dos campos de conhecimento.

A tecnologia foi levada a pensar não em termos de máquinas isoladas mas em termos de sistemas. [...] quando se chega aos mísseis balísticos ou aos veículos espaciais, estes engenhos têm de ser construídos pela reunião de componentes originados em tecnologias heterogêneas, mecânicas, eletrônicas, químicas, etc. [...] Assim são numerosos os problemas que estão surgindo na produção, no comércio e nos armamentos. Deste modo tornou-se necessário um enfoque sistêmico (BERTALANFFY, 1973, p. 18)

---

<sup>21</sup> Ludwig Von Bertalanffy é um dos principais proponentes da teoria geral dos sistemas. A idéia de formular uma teoria geral dos sistemas surge a partir da percepção de que, seja qual for o sistema analisado, parecem existir leis gerais que se aplicam a qualquer sistema.

Oliveira (2007) já apontava, no final da década de 70, a proposição do Sistema Nacional de Saúde de transformar um “não-sistema” ou “sistema espontâneo” em um “sistema racionalizado”. O primeiro é compreendido como um sistema não explicitado em suas partes e que não sofre processo de intervenção racional. Já o segundo é caracterizado como aquele em que as partes componentes, os mecanismos de comunicação e bloqueio, as necessidades a serem atendidas e os resultados a serem obtidos, estão definidos e submetidos a processos de intervenção técnico-política. É justamente o que passa a ocorrer no âmbito da assistência pública em saúde.

A V CNS caracterizava o *sistema* como “um conjunto de partes ou elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações, guardam entre si relações diretas de interdependência, com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueio, de tal modo, que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns” (BRASIL, s/d<sup>22</sup>, citado por OLIVEIRA, 2007, p. 69-70)

Essa noção aponta para a perspectiva sistêmica abordada por Bertalanffy (1973). Na perspectiva de Bertalanffy (1973), existiriam os sistemas com características somativas e os sistemas com características constitutivas. Os primeiros são determinados pela soma dos elementos. É a idéia que passa quando falamos em rede de CAPS, ou em rede de PSF, por exemplo, remetendo a mera justaposição de unidades com características semelhantes. As características são preservadas, estando os elementos dentro ou fora do complexo. Já os sistemas com características constitutivas são aqueles que dependem das interações estabelecidas entre os elementos, sendo que a análise volta-se para as interações estabelecidas – e não para os elementos isoladamente.

Observamos que as características somativas já estavam colocadas na III CNS, quando se falava em rede nosocomial, rede de ambulatórios, rede de hospitais. A principal novidade

---

<sup>22</sup> BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. “Sistema Nacional de Saúde”, contribuição para a discussão do tema oficial “Sistema Nacional de Saúde” da Quinta Conferência Nacional de Saúde. s/d.

que aparece nas discussões a partir da V CNS até a instituição do SUS (como veremos mais adiante) é a idéia de conformação de um sistema com características constitutivas, ou seja, a atenção básica ou primária sempre deve ser pensada em relação a um nível secundário e um nível terciário. Um nível secundário sempre será “secundário” porque tem como parâmetros outros dois níveis.

Nesse sentido, a perspectiva sistêmica tenta dar ao Sistema Nacional de Saúde o caráter de um sistema racionalizado: trata-se de um complexo de unidades (os pontos da rede), submetidas a mecanismos de interação, com a finalidade de atingir objetivos em comum. Os princípios de hierarquização e regionalização, assim como os mecanismos de referência e contra-referência operam como mecanismo de interação, propiciando controle, bloqueio ou passagem de fluxos de pessoas, informações e comunicação. Para operar tal qual é proposto, o sistema deveria funcionar harmoniosamente, sem conflitos.

Ainda no final da década de 70 a perspectiva sistêmica que atravessa a constituição do Sistema Nacional de Saúde sofre algumas críticas. Oliveira (2007) coloca que a idéia de sistema pressupõe princípios e metas tais quais: “objetivos comuns”, “expectativas comuns”, “orientações de valores semelhantes”. Para que funcione como sistema, pressupõe que as diferentes unidades compartilhem algo, remetendo a noção básica de solidariedade social e contrato social. O problema colocado pelo autor é que os princípios de solidariedade e homogeneidade colocados pela teoria de sistemas não ocorrem entre as instituições de saúde. Sendo assim, o autor propõe um deslocamento teórico, propondo-se a pensar o quadro de desintegração e fragmentação justamente a partir de fatores como a heterogeneidade e competitividade entre as instituições de saúde. A crítica reside no fato da perspectiva sistêmica mascarar os conflitos existentes entre as instituições. Nesse sentido, “talvez não sejam as instituições de saúde que estejam, no momento, mal articuladas no “sistema”. Mas



sim, a idéia de um sistema, tal como ele é definido nesta perspectiva, é que nada tenha a ver com as relações reais entre estas instituições” (OLIVEIRA, 2007, p. 71).

O fato é que, apesar das críticas, a organização dos serviços dentro de uma lógica sistêmica passa a dar a tônica das políticas públicas de saúde, passando pela instituição do Sistema Nacional de Saúde até a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – na década de 90, como veremos mais adiante. A V e VI CNS apontam alguns dos mecanismos comuns a ordenar o sistema, mecanismos estes considerados “inovações institucionais-administrativas”, dentre os quais estão a “descentralização”, a “hierarquização”, a “regionalização”. São mecanismos que irão imprimir um modo de configurar a rede assistencial na perspectiva de um sistema, de dispor os serviços sobre um território e organizar o fluxo de pessoas/informações/comunicação entre eles. Nesse sentido cabe uma exploração sobre alguns desses princípios e seus fundamentos.

### **3.1.2 Os fundamentos dos princípios organizativos da rede assistencial: a hierarquização e o mecanismo de referência e contra-referência.**

A descentralização diz respeito tanto à disposição espacial dos serviços no território (apontando para uma desconcentração) quanto à distribuição de responsabilidade e verbas da União em direção aos Estados e, principalmente, aos municípios. Do ponto de vista espacial, representa uma ampliação das possibilidades de acesso aos serviços de saúde pela população. Do ponto de vista político, implica maior autonomia dos municípios para planejar as ações em saúde, respeitando suas singularidades.

O princípio de hierarquização está fundamentado no fato de que seria possível resolver um conjunto de problemas de saúde, com eficácia, através da produção de diferentes complexidades, com custos “sociais” escalonados por níveis de atenção, indo do mais básico (menos complexo e com menor incorporação tecnológica) até o mais específico (mais complexo e com maior incorporação tecnológica).

Um dos sub-princípios da hierarquização é o da referência e contra-referência: “a hierarquização exige um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações, gerenciais e tecno-científicas, dentro da rede de serviços de saúde, os denominados sistemas de referência contra-referência” (MENDES, 1995). Dentro das formulações assistenciais, espera-se que as unidades de saúde (inicialmente entendidas como lugares de prevenção-promoção) sejam os primeiros locais acessados, as chamadas “portas de entrada” do sistema. Se essas unidades não tiverem os recursos necessários para o tratamento do problema, deve-se encaminhar o usuário para a referência, que se constitui em outro serviço considerado de “maior complexidade”. E assim por diante. Trata-se de estabelecer, portanto, uma circulação controlada, para que os problemas sejam resolvidos ao menor custo possível. Os usuários do sistema de saúde são submetidos a pontos de entrada e pontos de saída específicos, seguindo fluxos verticalizados e hierarquizados.

Teoricamente a idéia de organizar o sistema a partir da constituição de três níveis assistenciais dispostos segundo o princípio de hierarquização é possível através da incorporação, pela saúde pública, da leitura da história natural do processo saúde/doença. Segundo Merhy (2002), a história natural do processo saúde-doença foi elaborada ainda na década de 40, por Leavell e Clark. Essa concepção compreende que existiria uma linearidade no processo saúde-doença, com “início, meio e fim”, o que origina a idéia de organizar um sistema de assistência onde os serviços são dispostos em níveis de atenção conforme centrem sua ação na promoção/ prevenção (nível primário), tratamento, cura e reabilitação (níveis

secundário e terciário). A partir dessa metáfora gradualista acredita-se na evolução de um estado de saúde para um estado de gradual de doença, denotando uma concepção dicotômica entre saúde e doença (uma é o oposto da outra). Devemos salientar que essa leitura insere-se dentro de um paradigma médico-biologicista e higienista. É a partir de um ponto de vista biológico que o processo saúde doença pode ser analisado a partir da metáfora gradualista, descontextualizado do sentido que adquire uma doença na vida de um sujeito ou do contexto onde ela se manifesta<sup>23</sup>.

O problema saúde-doença é reduzido a uma questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício. O sistema de saúde é pensado a partir de formulações que poderiam ser aplicadas a qualquer outro sistema de produção de bens e materiais, a partir de princípios tayloristas.

Observamos uma conciliação entre as necessidades de saúde da população, as restrições do Estado em supri-las e a abordagem teórica biologicista. Observamos ainda que a leitura da história natural da doença possibilita a fragmentação da rede assistencial em diferentes complexidades, assim como a teoria de sistemas responde a necessidade de conexão entre os diferentes pontos da rede: movimentos de fragmentação e movimentos de conexão. Uma nova forma de fragmentação acontece: não mais causada apenas pela autonomia de uma unidade em relação à outra ou pela duplicidade que apresentam. Mas pelo viés racionalizador que atravessa a constituição de diferentes complexidades, fragmentando os serviços conforme níveis de atenção.

### 3.2 A REDE NA FIGURA DA PIRÂMIDE

---

<sup>23</sup> Em meados da década de 70, Arouca (2007) já fazia algumas críticas a leitura da história natural da enfermidade, considerando-a como uma “ciência da ordem”.

Influenciada pelas recomendações da Conferência Internacional de Alma-Ata (organizada pela ONU e realizada em 1978), a 7ª CNS tem como eixo de discussão único e central a “extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Entre os sub-temas destacamos “regionalização e organização dos serviços de saúde” e “articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no Sistema de Saúde”. Chama a atenção que nesta CNS não ocorre uma mera ênfase na necessidade de ampliação da atenção básica (tal qual ocorria na III CNS), havendo também uma discussão sobre os princípios de articulação deste nível com os outros, apresentando “desenhos” de rede. Destacamos três conferências proferidas dentro dos eixos recém mencionados, nos quais aparecem três diferentes “desenhos” de visualização da rede.

A primeira, proferida por Carlyle Guerra de Macedo (MACEDO, 1980), apresenta a configuração de um sistema de saúde a partir da figura da pirâmide (Figura 1), que compreende o atendimento primário, atendimento secundário e atendimento terciário.

**Figura 1)** Esquema de serviços básicos às pessoas do SNS – a pirâmide assistencial

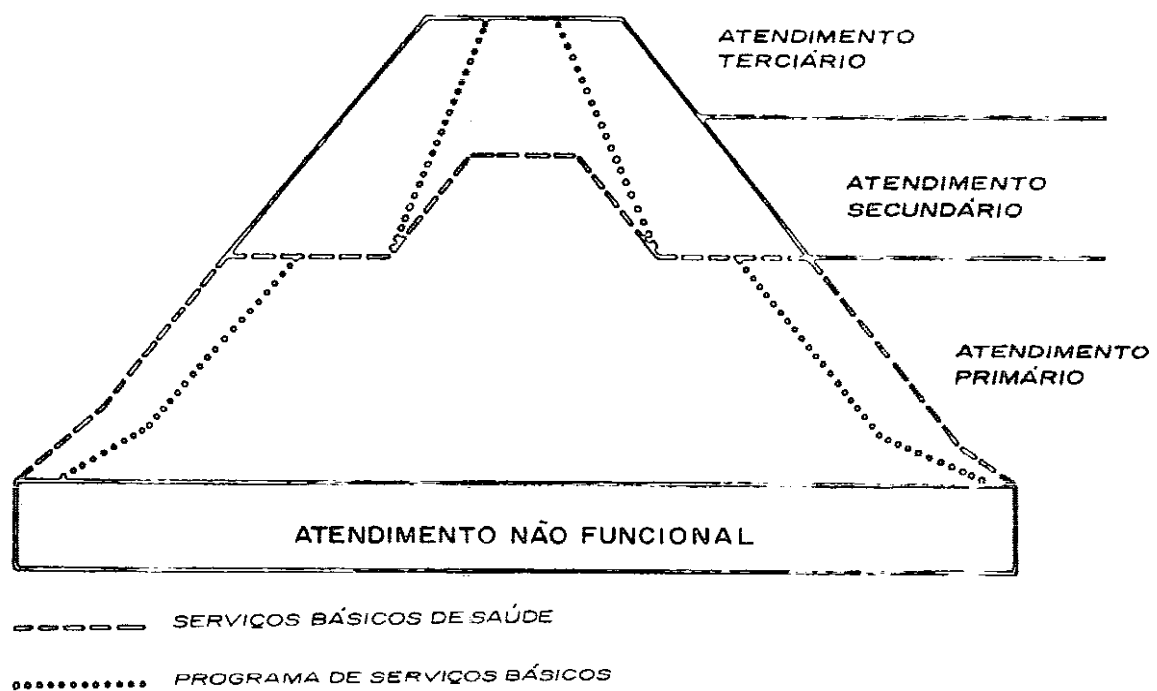


Figura 1 – Esquema de serviços básicos às pessoas no Sistema Nacional de Saúde.

Segundo Macedo (1980), a área de atendimento da pessoa deve compreender, além dos cuidados primários, um mínimo de serviços de maior complexidade, indispensável ao apoio dos serviços primários.

O acesso aos serviços mais complexos deve ser assegurado quando os problemas superarem a capacidade de resolução de serviços mais simplificados. Os serviços básicos e a rede básica integram, pois, o Sistema Nacional de Saúde e constituem sua porta de entrada normal (MACEDO, 1980, p. 27).

Devemos observar, no entanto, que o Sistema Nacional de Saúde abrangia apenas a atenção básica em saúde, que envolvia ações de prevenção e promoção vinculadas ao Ministério da Saúde. Já a atenção curativa e especializada continuava vinculada ao INAMPS. (AMARANTE, 1995)

Macedo (1980) entende por serviços básicos de saúde “o conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências” (MACEDO, 1980, p.21). Ele considera ainda que “os serviços básicos são, fundamentalmente, ações realizadas através de uma infraestrutura física” que realiza um mínimo de atividades, como imunizações obrigatórias, a vigilância epidemiológica de base, a promoção do saneamento básico, controle das endemias prevalentes, etc. Sobre a noção de “complexidade” o autor enfatiza que “A adoção de tecnologias mais simplificadas, de menor custo e adequada eficácia, não pode ser entendida como intenção de discriminar os pobres com uma assistência de “menor qualidade”. A simplificação de meios corresponde a simplicidade de problemas e não a simplicidade de pessoas”. (MACEDO, 1980, p. 22)<sup>24</sup>. O autor enfatiza a importância da atenção básica como reordenadora de todo o sistema de saúde e aponta o perigo de que ela se transformasse em um centro de triagem de clientela (seletividade econômica) para a medicina comercial. A noção

---

<sup>24</sup> Neste contexto, no entanto, o sujeito é reduzido ao seu problema de saúde, sendo este vislumbrado desde uma perspectiva biomédica e racionalizadora.

de regionalização aparece como um dos operadores da rede, sendo definida como “um processo de descentralização, com o objetivo de hierarquizar, disciplinar e operar uma rede de serviços de saúde, sob a forma de complexidade crescente, de acordo com as necessidades da população” (MACEDO, 1980, p. 3).

Porém outros desenhos também podem expressar esse sistema, assim como o apresentado por José Alberto Hermógenes de Souza (SOUZA, 1980) na Conferência “o modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços básicos de saúde”. O autor situa o processo histórico que levou a configuração de um sistema de atenção médica onde coexistem diferentes lógicas e modelos de atendimento, configurando um quadro aparentemente caótico e irracional, guiado por interesses políticos diversos. Tendo em vista esse quadro, aponta-se a ação do Estado no sentido de adotar medidas que corrijam uma série de distorções e criem condições para a organização de programas alternativos de atenção médica. É nesse contexto que é criado o PIASS, um modelo de organização de serviços que tem por objetivo expandir a cobertura assistencial, levando-se em consideração um aparato doutrinário-conceitual baseado na regionalização, hierarquização e integração dos serviços. O autor apresenta em anexo um desenho que representa a estruturação da rede de serviços de saúde (Figura 2). Apesar de os princípios de organização dessa rede serem os mesmos expostos pelo autor anterior, o desenho que a representa será diferente. A expressão rede, neste contexto, é empregada de duas formas: rede enquanto o conjunto de serviços de um nível de atenção; e rede enquanto um conjunto de serviços que compõe o sistema de saúde como um todo. Assim, é possível o autor dizer o seguinte “a articulação da rede de módulos (são os serviços básicos) com os demais níveis da rede de serviços de complexidade crescente se faz através de uma garantia do acesso da população aos serviços mais especializados”(SOUZA, 1980, p. 79). Parece tratar-se, assim, de uma rede estratificada, ou de uma rede que possui sub-redes.

**Figura 2) Modelo do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde**

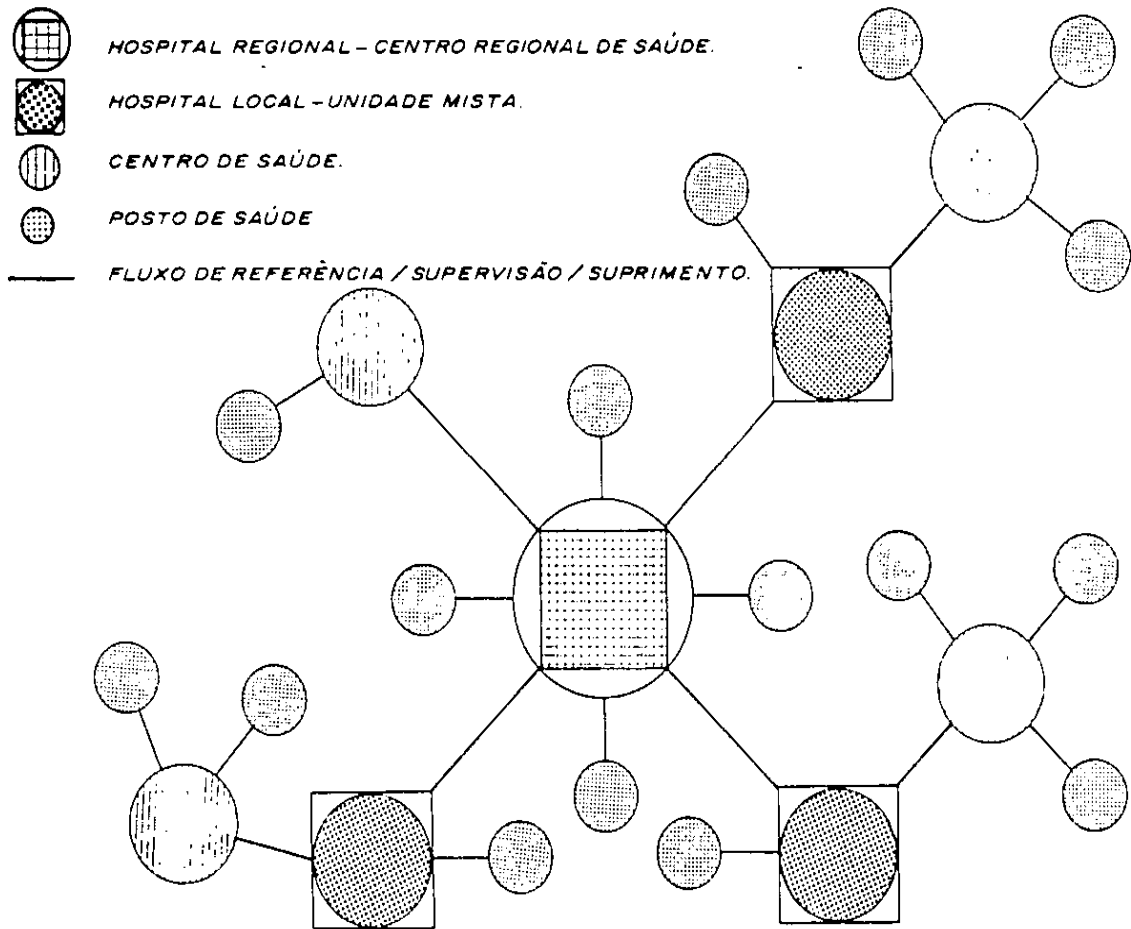
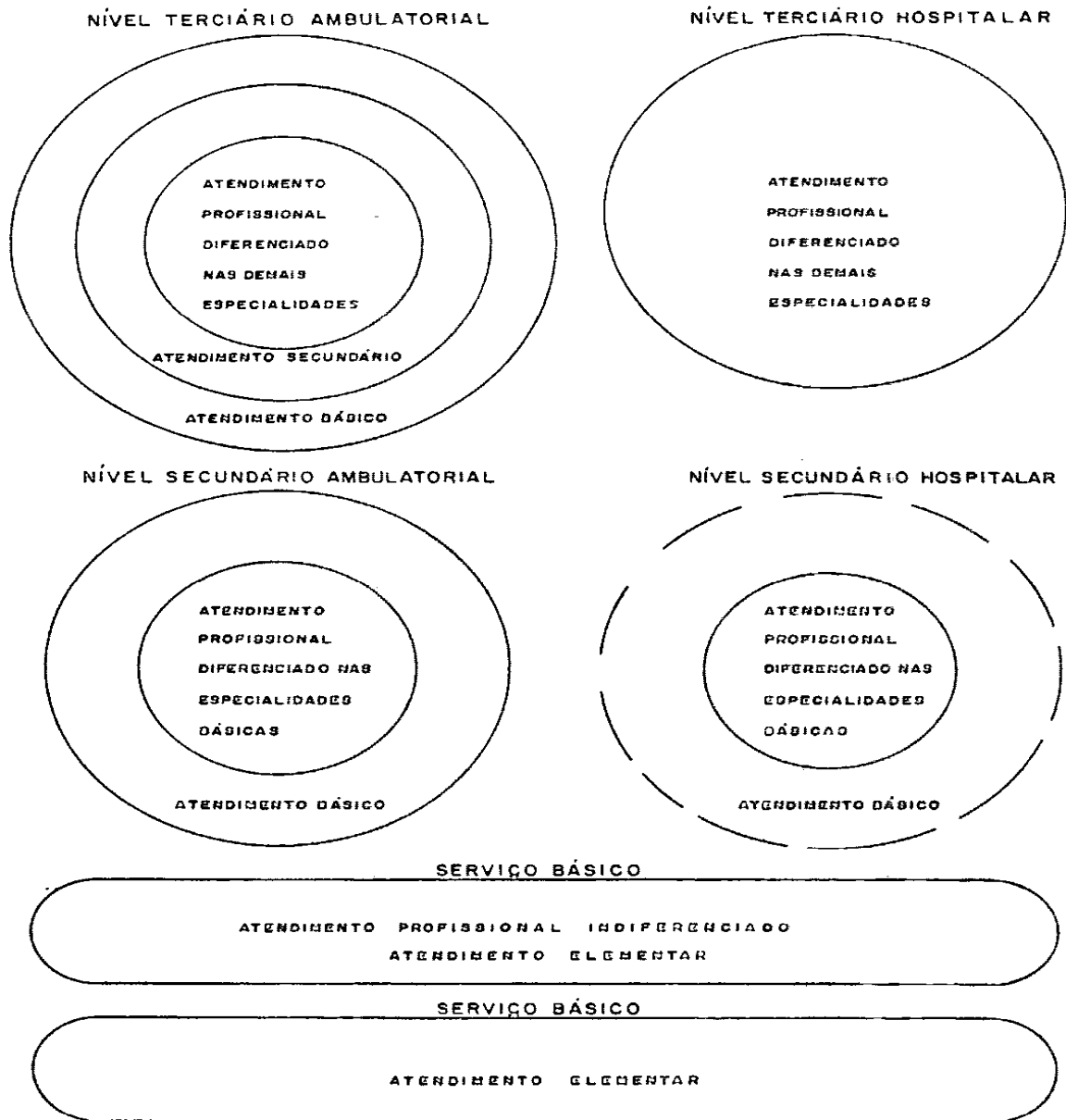


Figura 1 – Modelo do sistema regionalizado e hierarquizado de saúde.

O terceiro texto que destaque desta VII CNS é o de Marlow Kwitko (KWITKO, 1980), sob o título “Modelos de serviços básicos e sua articulação com os serviços especializados”. O autor contempla basicamente as mesmas idéias desenvolvidas anteriormente, mas as expressa em um terceiro desenho (Figura 3).

**Figura 3) Serviços de Saúde: Níveis hierárquicos**



**Figura 1 – Serviços de saúde: níveis hierárquicos.**

O primeiro desenho de rede representa a metáfora da pirâmide, enquanto o segundo desenho representa o entendimento da rede enquanto um conjunto de serviços (pontos) em interação. São as metáforas que se consolidam na representação da rede, por isso fazemos questão de destacá-las aqui.

Apesar de representativamente diferentes, as três figuras expressam os mesmos princípios de funcionamento da rede assistencial. Todas expressam o caráter de fazer circular



/ fazer controlar apontado anteriormente. Trata-se de uma rede organizada de maneira disciplinar, onde cada doença, ou cada fase de uma doença tem um lugar específico. Trata-se de uma conciliação: amplia as possibilidades de acesso da população, mas submete-a ao seu modo de funcionamento.

O paradoxo desse processo de ampliação e extensão da assistência é que nela está embutida uma fragmentação. Amplia-se fragmentando as necessidades de saúde da população, o olhar profissional e os processos de trabalho. Porém, devemos observar a partir de que justificativas, em resposta a que emerge a configuração de rede que estamos assistindo. Trata-se de uma configuração de rede que tenta deslocar seu centro dos hospitais - concentrados nas áreas urbanas dos grandes centros urbanos - para a atenção básica, dispersa em vários municípios, áreas rurais, periferias urbanas. O movimento apontado é a tentativa de operar uma passagem de um sistema hospitalocêntrico para um sistema rede-basicocêntrico. Não por outro motivo a atenção básica é o nível assistencial mais discutido da III à 7ª CNS. Só num segundo momento discute-se a sua articulação com os demais níveis. Essa configuração de rede é justificada nesse momento pela necessidade de descentralizar os serviços de saúde, a fim de proporcionar uma melhor distribuição da assistência e uma democratização do acesso aos serviços de saúde.

Esta convicção vem sendo confirmada através de inúmeras reuniões de que temos participado, como secretário de estado, em assembléias populares nos bairros periféricos de São Paulo e onde verificamos que, na maior cidade da América do Sul, cujo potencial econômico e financeiro é o mais elevado do País, onde a Medicina alcançou seu mais alto nível de desenvolvimento, onde os hospitais e serviços vêm incorporando toda a moderna tecnologia, grandes parcelas da população têm dificuldades até para vacinar seus filhos. Esta é uma situação inteiramente inaceitável e que tem de ser modificada urgentemente. (JATENE, 1980, p. 49).

Temos de ser contra a distorção a que estamos assistindo, em nosso país, da coexistência do mais alto nível de assistência médica e do mais baixo nível de assistência à saúde, na mesma cidade e no mesmo local. Isto é o que julgamos absolutamente inaceitável e devemos corrigir, não combatendo a incorporação da ciência e da tecnologia, que não pode e não deve ser revertida, mas corrigindo a omissão, inaceitável e incompreensível, no atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população, especialmente as urbanizadas mais recentemente. (JATENE, 1980, p. 50).

É sobre essas justificativas que se defende uma configuração de rede que, como apontamos, começa a deslocar o centro do hospital para a atenção básica, articulando-a posteriormente com os demais níveis assistenciais resultando em um modelo piramidal. Merhy (2002) chega a falar da possibilidade de conformação de um sistema rebasicocêntrico, onde a referência passaria a ser as unidades de saúde e não mais o hospital.

Porém, o que fica evidente desde já é que a integração dos serviços dentro de um sistema não é feita sem tensionamentos, pois a idéia de integração e de sistema pressupõe a existência de princípios comuns aos serviços, sendo que no contexto da saúde observamos uma lógica liberal e pluri-institucional muito forte, determinando diferentes interesses, formas de vinculação dos serviços, etc.

### 3.3. A 8ª CNS E A INSTITUIÇÃO DO SUS: PARADOXOS.

A 8ª CNS, realizada em 1986, é considerada um marco nas políticas de saúde no Brasil. Esta é a primeira CNS a ocorrer após a redemocratização política. A ruptura estabelecida nessa CNS em relação ao modelo hegemônico vigente diz respeito à proposição do conceito ampliado de saúde, em contraposição aos modelos biologicistas ou econômicos; a consideração de que a saúde é direito de todos e dever do Estado; a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde tendo como princípios a universalidade do acesso, equidade e integralidade. O Sistema de saúde é considerado “único”, pois pressupõe a eliminação da dicotomia entre as ações do Ministério da Saúde e as ações do Ministério da Assistência e Previdência Social.

O próprio funcionamento da 8ª CNS diferencia-se das realizadas até então. Ao invés de uma única Conferência nacional, onde participam apenas representantes de órgãos de saúde municipais, estaduais, nacionais e internacionais, a 8ª CNS foi precedida de Conferências Municipais e Estaduais de saúde, com a participação de vários segmentos da sociedade, em especial o segmento de usuários do sistema público de saúde. As posições definidas nessa CNS expressam uma série de rupturas em relação ao modelo vigente de saúde. Estas são incorporadas na Constituição Federal de 1988 e posteriormente consolidadas na instituição do Sistema Único de Saúde – SUS – com a lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Porém, observamos que o SUS expressa não apenas rupturas, mas também continuidades em relação às outras CNS e à política de saúde hegemônica. A hierarquização e a regionalização são vistos como princípios que poderiam facilitar o acesso da população ao sistema de saúde. Mas o que não é evidenciado é que a consolidação do princípio de hierarquização só é possível dentro de um viés biomédico e racionalizador, pensado tecnocraticamente, dentro de uma perspectiva gerencial-administrativa.

Por mais que vários autores já tenham realizado críticas a esse princípio, principalmente a partir da década de 90, em nossa experiência cotidiana em serviços de saúde é possível constatar o quanto ele permanece presente no imaginário dos trabalhadores e gestores da área da saúde.

Evidenciamos então um paradoxo: apesar da 8ª CNS e do SUS afirmarem um conceito ampliado de saúde, o modo de organizar a rede assistencial continua denotando um viés biomédico e racionalizador. O novo conceito ampliado de saúde defendido parece não mais estar baseado na história natural da doença; porém a rede assistencial continua sendo organizada tendo em vista um princípio que tem nela a sua gênese<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Esta discussão será retomada no Tópico 3.4.7.

Outro paradoxo deve ser apontado, a fim de evidenciar o campo de forças no qual o SUS e a reforma psiquiátrica são desenrolados. O paradoxo consiste na afirmação de um sistema de saúde com caráter estatal e universal em um contexto neoliberal. A abertura política e a redemocratização no início da década de 80 foram acompanhadas de uma crise econômica e um período de recessão, que levou a década de 80 a ser chamada de a “década perdida”. Com a abertura de espaço para as propostas neoliberais, passou a vigorar a tendência de efetivação de um modelo de “estado-mínimo”, em oposição ao propalado estado de bem estar social ou *welfare state*. Ao mesmo tempo, o projeto da política de saúde expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado ao SUS propõe a universalização do Sistema de Saúde e a expansão estatal do setor. Como aponta Campos “É curioso que se pretenda instituir aqui um sistema público, no mesmo momento em que são levantadas, em todo o mundo, sérias dúvidas sobre a capacidade do Estado de produzir bens ou serviços” (1997, p. 17). Essa contradição ajuda a explicar alguns desdobramentos posteriores, onde os princípios reformistas acabaram sendo reinterpretados, a ponto de autores como Campos (1997) e Mendes (1995) afirmarem que, apesar da instituição do SUS e de seu conteúdo contra-hegemônico e reformista, o que se viu na década de 80/90 foi a consolidação do modelo neoliberal. Mendes (1995) afirma que na década de 80 houve mudanças jurídico-institucionais influenciadas pelos pressupostos da reforma sanitária, passando a “impressão” de que esse viés teria predominado nas políticas de saúde. Mas que, contraditoriamente, foi o projeto neoliberal que se consolidou no período, em função de uma série de fatores. A universalização proposta na 8ª CNS, na Constituição Federal e no SUS tornou-se, na prática, uma “universalização excludente”, tendo em vista pelo menos dois fatores: a queda na qualidade dos serviços públicos, que levou a classe média/trabalhadora a buscar a chamada assistência suplementar; a perspectiva de focalização preconizada pelos organismos internacionais. Segundo Mendes (2002), dentro do processo de formulação da Constituição

Federal realizou-se uma negociação entre a centro-esquerda e a centro-direita: a primeira propondo a implantação de um sistema único no Brasil; a segunda, buscando abrir espaço para que os sistemas privados pudessem expandir, resultando no artigo constitucional (e também presente no SUS) que afirma que a assistência à saúde é livre a iniciativa privada. Dessa negociação resulta não um sistema único, mas um sistema plural e segmentado.

Dessa maneira, observa-se uma defasagem entre as propostas da 8ª CNS incorporadas ao SUS em relação às condições para que elas se efetivem. Observam-se ainda as forças presentes na gênese do processo de desintegração/fragmentação do sistema de saúde<sup>26</sup>, colocando em xeque a própria noção de sistema e sua pretensão em propiciar uma integração, justamente onde as forças presentes no contexto apontam o caminho contrário. Isso nos leva a explorar um pouco mais o modo com a lógica neoliberal pensa a configuração das redes assistenciais, pois observaremos uma tensão constante entre estas diferentes perspectivas.

### **3.3.1 A configuração de rede assistencial na lógica neoliberal<sup>27</sup>**

Na lógica neoliberal, a intervenção do Estado no setor saúde deve ser mínima, resumindo-se à elaboração de políticas complementares destinadas àqueles que não conseguem ter condições de acessar a assistência em saúde em decorrência de suas condições financeiras (ou outras condições) desfavoráveis. Sendo a participação do Estado reduzida ao mínimo, o privilégio é dado ao setor privado, onde a saúde tem por característica ser vista como um objeto de lucro, e não como um direito. Isso traz uma série de implicações para a

---

<sup>26</sup> Mendes (2002) cita o dilema da segmentação *versus* universalização, por exemplo, proveniente das diferentes forças em disputa.

<sup>27</sup> Nogueira (2007) desenvolve a idéia da existência de uma “ideologia liberal”, que defende princípios como a livre iniciativa, a não intermediação da relação médico-paciente pelo Estado, entre outros valores. O autor chama neoliberal a ideologia liberal desenvolvida no contexto contemporâneo.

disposição dos serviços em uma rede assistencial, o acesso e o fluxo entre os serviços. Na lógica privada, existe uma tendência à concentração de serviços de saúde em locais acessíveis às pessoas que possam pagar pela assistência. Havendo o princípio de autonomia e livre iniciativa, também não há problemas, na lógica privada, na concentração de serviços com a mesma finalidade, pois a competição é que determinará o serviço a ser escolhido. Em compensação poderiam existir áreas com ausência de serviços assistenciais. Já em relação ao fluxo de pessoas, o acesso aos serviços é realizado mediante a capacidade de pagar pela assistência, não importando o território espacial habitado pelo usuário ou se antes de acessar o hospital ele acessou uma unidade básica.

Nesse sentido, observamos que o SUS defende uma lógica de territorialização-espacial dos serviços, dispostos hierarquicamente, com um fluxo vertical de usuários (determinando uma configuração de rede); enquanto isso, o modelo neoliberal defende outra lógica de localização espacial dos serviços e fluxo de pessoas – determinando outra configuração de rede.

A lógica liberal também atravessa várias corporações profissionais, entre elas a psicologia. Sob o viés da psicanálise, por exemplo, pode-se interpretar que o fluxo de pessoas entre os serviços não poderia ser guiado por uma perspectiva administrativa, biologicista ou hierarquizada. Em pesquisa recente<sup>28</sup>, observamos que o pagamento é tomado como um indicador da implicação do paciente com a terapia. Apesar do valor ser negociado levando em consideração cada caso, o atravessamento financeiro está colocado como um pressuposto da implicação em todos eles. Observamos um primeiro tensionamento da inserção do serviço investigado na rede de saúde de Porto Alegre, pois coloca em jogo a idéia da assistência como um direito e, portanto, gratuito (discurso da saúde pública) *versus* a idéia da assistência como

---

<sup>28</sup> SILVA, R. N.; NARDI, H.C.; ZAMBENEDETTI, G.; PEREIRA, L.A.S. Relatório da Pesquisa “Produção social do sintoma e análise da demanda da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e de sua inserção na rede de atenção à saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre”. Pesquisa realizada em 2006 e 2007.

valor de troca – portanto, paga, denotando a implicação do paciente (discurso psicanalítico). Observamos um segundo tensionamento em relação ao acesso aos serviços e fluxo de pessoas. Uma psicóloga do serviço pesquisado observou que o acesso aos serviços não pode ser pensado apenas na perspectiva territorial (segundo os princípios de regionalização e distritalização dos serviços de saúde), mas que é importante levar em consideração se o paciente tem *transferência institucional* com o serviço ou não. Dessa maneira, tornava-se ponto de discussão das reuniões se o serviço deveria aceitar apenas usuários de Porto Alegre ou também usuários de outros municípios. O que queremos apontar é que isso só se torna pauta de discussão na medida em que coloca em jogo duas estratégias de verdade distintas e em disputa: a estratégia da saúde pública, baseada no esquadramento e controle do espaço; e a estratégia psicanalítica, baseada nas relações. A lógica da rede topológica e a lógica da rede relacional.

Existe ainda a posição neoliberal que defende que, caso a saúde seja considerada um direito a ser assegurado pelo Estado, a prestação de serviços deveria ser realizada pela compra de serviços privados, como ocorria até a década de 80. Essa perspectiva é passível de ser atualizada se consideramos que a lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) prevê a participação da iniciativa privada em caráter complementar. Prevê ainda, no cap. 3, art. 10, que os municípios podem constituir consórcios intermunicipais para desenvolver ações e serviços de saúde em conjunto. Existe hoje uma série desses consórcios constituídos no estado do RS, sendo que a lógica que os atravessa é a de contratação de serviços profissionais autônomos (consulta psicológica, consulta psiquiátrica, e assim por diante). O profissional será acessado caso esteja conveniado, mas nada garante que seu consultório seja acessível aos usuários, ou que seu atendimento seja atravessado pelos princípios do SUS, pela lógica de interação interdisciplinar, e assim por diante.

Observamos assim que, por mais que as CNS defendam uma determinada configuração de rede assistencial, no cotidiano existem vários outros discursos em disputa, constituindo configurações híbridas.

Nosso intuito até aqui foi evidenciar quais as justificativas para que determinada configuração de rede fosse defendida, assim como apontar saberes e forças que a atravessaram no campo da saúde pública.

Essa construção prepara o campo para a análise do modo como a atenção em saúde mental será pensada. Se não bastasse o campo de forças próprio à reforma psiquiátrica, o qual será analisado no ponto a seguir, a reforma psiquiátrica terá que passar a se haver com as disputas colocadas no campo da reforma sanitária.

As configurações de rede no campo da saúde mental refletirão os desafios inerentes ao campo mais específico da reforma psiquiátrica (o discurso médico-psiquiátrico-hegemônico *versus* o discurso psicossocial e desinstitucionalizante; a defesa do hospital psiquiátrico *versus* a defesa da rede de atenção em saúde mental), mas também aos desafios colocados no campo da assistência pública, do Sistema Único de Saúde. Entendemos que a dificuldade de implantação de uma rede de saúde mental não ocorre apenas porque existe um embate entre uma posição manicomial *versus* uma posição antimanicomial. As políticas neoliberais (que defendem a focalização e o estado-mínimo), a lógica da racionalização e da hierarquização, também imprimirão certas configurações à rede de saúde mental, como veremos no tópico a seguir.

#### 3.4 A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL AOS SISTEMAS DE SAÚDE



Até aqui foi possível entender como se processou uma passagem: de uma atenção prestada eminentemente no hospital, centralizada nos grandes centros urbanos e tendo como foco de ação a cura de doenças; para uma atenção prestada em uma rede de serviços de saúde com ênfase na atenção básica, a qual passou a integrar um sistema de saúde que tentou ordenar sua disposição e modos de funcionamento. Nosso interesse agora será entender como foi possível pensar essa passagem no âmbito da saúde mental. Ou seja, como foi possível pensar a assistência em saúde mental não mais prioritariamente no hospital psiquiátrico, mas em uma rede assistencial diversificada, acoplada aos modos de funcionamento dos sistemas propostos no campo da saúde pública. Observaremos que não existe um único modo de pensar a rede assistencial no campo da saúde mental, por isso consideraremos a existência de configurações de rede. Apesar da existência de diversos saberes atravessando a constituição dessas configurações, enfatizaremos os saberes produzidos pelo modelo preventivista e pelo modelo desinstitucionalizante.

### **3.4.1 A configuração de rede de saúde mental expressa na 7ª CNS como um analisador histórico.**

Já na III CNS, realizada em 1963, foi possível observarmos críticas ao modelo de assistência à doença mental no Brasil, considerado ultrapassado, cronificador, excludente. Na época, países europeus já vinham passando por reformulações da assistência psiquiátrica: na França, com a experiência de psicoterapia institucional; na Inglaterra, com a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas. Outras experiências seriam desenroladas logo em seguida: ainda na década de 60, nos EUA, com a psiquiatria preventiva; a experiência da psiquiatria de setor,

na França; e a experiência da psiquiatria democrática italiana, que detalharemos mais adiante. Porém, como vimos, o modelo proposto na III CNS não foi implantado, sendo que a atenção à doença mental continuou tendo o hospital psiquiátrico como foco (o chamado sistema hospitalocêntrico) ao longo das décadas de 60 e 70.

Depois da III CNS só encontraremos menção específica ao campo da saúde mental na 7ª CNS, realizada em 1980. Seguindo as propostas discutidas na V, VI e 7ª CNS referente ao modo de organização da atenção em saúde em uma rede disposta de forma hierarquizada e regionalizada, a atenção em saúde mental passa a ser pensada dentro desses mesmos pressupostos. Podemos apontar então uma continuidade no modo como a assistência é pensada no âmbito da saúde de maneira geral e no âmbito da saúde mental. Tomaremos uma passagem da 7ª CNS, realizada em 1980, como um analisador histórico que expressa uma configuração de rede de saúde mental proposta nesse momento. A partir dessa exposição analisaremos os saberes que a atravessam.

No relatório final da 7ª CNS consta o relato das discussões de um grupo que teve como tema “Saúde Mental e doenças crônico-degenerativas e os serviços básicos de saúde”. Como orientação dos debates, sugeriu-se que os especialistas elaborassem as conceituações de doença mental/saúde mental, assim como um plano que definisse quais doenças mentais deveriam ser atendidas e como deveriam ser atendidas dentro do sistema de saúde. Consta então um anexo à 7ª CNS com essas elaborações, sob autoria de Wassili Chuc (CHUC, 1980). Após apresentar os conceitos de doença mental/saúde mental, o autor propõe pensar o desenvolvimento de programas de saúde mental que levassem em conta três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. O autor adverte que

a condição *sine qua non* para a execução desse programa é que se tenha uma concepção médica sobre as doenças mentais. Toda e qualquer outra concepção – psicológica, sociológica, antropológica, filosófica, etc., concepções não médicas – não só não condizem com a natureza da doença mental, como também se contrapõem à execução de qualquer programa médico de saúde mental (CHUC, 1980, p.182).

A concepção médica da doença mental é afirmada em detrimento dos interesses econômicos que permearam a assistência psiquiátrica na década de 70.

Ao discutir a inserção da saúde mental nos três níveis da assistência e pensar as ações potencialmente desenvolvidas em cada nível, o autor do texto faz o seguinte apontamento sobre a prevenção e o papel do nível primário (correspondente à atenção básica) em relação às pessoas com personalidades neuróticas: a prevenção consistiria em

através da educação sanitária (ação básica) mostrar como é fundamental para a formação da personalidade sadia a assistência afetiva da família e da comunidade, a segurança e o desfrutar dos bens. Se não se pode nessa “aldeia global” anular os fatores estressantes que comprometem a saúde mental, pode-se controlá-los através do aprendizado de atitudes sadias frente aos mesmos. Atuar junto à família, a escola, a igreja. Atuar também junto aos meios de comunicação de massa, mostrando a nocividade para a formação da personalidade dos programas vazios de valores éticos e espirituais. (CHUC, 1980, p. 182)

Já o tratamento consistiria em

reeducação, através de qualquer técnica psicoterápica, inclusive técnicas não médicas. Institucionalização da psicoterapia de grupo, como vem sendo feito num setor isolado no INAMPS, no Rio de Janeiro. Transformar, como se está fazendo no estado de Goiás, as equipes das unidades sanitárias em, também, equipes de saúde mental com a ajuda e supervisão do PISAM. (CHUC, 1980, p. 182)

Já em relação ao papel preventivo do nível primário em relação às psicoses afetivas o autor afirma: “Difícil. O aconselhamento, nesses pacientes, para a não procriação seria desejável (...) Tratamento: puramente sintomatológico, com psicofármacos e eletroconvulsoterapia” (CHUC, 1980, p. 183). Em relação às psicoses esquizofrênicas a sugestão é semelhante: a prevenção é “Difícil. À equipe de saúde mental cabe conscientizar a comunidade sobre o caráter heredofamiliar dessa doença. A única medida profilática seria a não procriação dos enfermos esquizofrênicos” (CHUC, 1980, p. 183).

Essa passagem chamou nossa atenção, não só pelo caráter disciplinar de estratégias de controle da população, mas, principalmente, pelo caráter eugênico<sup>29</sup> das ações propostas em

---

<sup>29</sup> Na história da psiquiatria brasileira, costuma-se apontar a eugenia como uma característica do movimento de higiene mental, cristalizado na Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923. Constitui características da eugenia o estabelecimento de modelos ideais de comportamento; purificação, aperfeiçoamento e recuperação de

relação ao público psicótico/esquizofrênico no nível primário de atenção. Fala-se em uma política de saúde mental onde as ações resumem-se a não procriação. A medida preventiva volta-se para o não surgimento de novos casos de doença mental, mas não há o que fazer no nível básico de atenção com o sujeito já acometido por doenças mentais. Mas, além disso, o que mais surge como novidade nesse trecho da 7ª CNS?

Em primeiro lugar, a idéia de uma rede assistencial onde a atenção em saúde mental é pensada em diferentes níveis (primário, secundário e terciário) incorporados ao sistema de saúde. Em segundo lugar, a idéia de prevenção. Em terceiro lugar, a ênfase na “saúde mental”. Essas são idéias novas nesse momento, o que nos leva a investigar o discurso que atravessa esta configuração de rede apresentada.

### **3.4.2 A rede assistencial sob o viés preventivista.**

No plano do sistema público de saúde já observamos que essa fragmentação dos níveis assistenciais foi possível a partir da concepção de história natural do processo saúde-doença. No plano da saúde mental o modelo da história natural do processo saúde-doença foi incorporado pelo modelo da psiquiatria preventiva norte-americana. Este modelo surgiu no EUA na década de 60, no mesmo contexto de emergência da medicina comunitária/preventiva e das políticas de combate à pobreza. No Brasil, esse modelo teve forte influência sobre a

---

‘raças’ (as quais são hierarquizadas e caracterizadas como superiores e inferiores); pretensão de uma coletividade ‘sadia’ e ‘pura’ (AMARANTE, 1994). Uma das propostas eugênicas consistia na prescrição da esterilização de ‘alienados delinqüentes’ e ‘degenerados alcoólicos’, como uma forma de penalidade ou de profilaxia (COSTA, 1981 citado em NARDI et al, 2005). A passagem analisada da 7ª CNS aponta um novo ponto de emergência do discurso eugênico, assim como um ponto de sobreposição desse discurso com o discurso preventivista e comunitário, demonstrando a possibilidade de co-existência de lógicas aparentemente muito distintas.

política assistencial ao doente mental na passagem da década de 70 para 80. A configuração de rede analisada na VII CNS é atravessada por esse referencial.

Segundo Birman e Costa (1994) a psiquiatria preventiva incorpora a “história natural da enfermidade”, a qual

discriminará 3 tempos na formação e desenvolvimento da enfermidade, até a sua resolução, e estabelecendo 3 formas diversas de intervenção, de acordo com o momento de sua constituição: prevenção primária, secundária e terciária. A doença mental passa a ter uma história natural, estabelecendo-se a sua assistência de acordo com o seu momento evolutivo. (p. 54).

O principal representante das formulações do modelo preventivo no campo da saúde mental foi Gerald Caplan (CAPLAN, 1980), e uma das principais novidades desse modelo foi a prevenção primária, que preconiza intervenções sobre as condições de produzir a enfermidade, mas não sobre a enfermidade já constituída. Dentro desse modelo seria possível supor que, virtualmente, poder-se-ia prevenir qualquer caso dentro do campo da saúde mental, sendo que a prevenção implicaria impedir que os fatores que causam as doenças progridam, de modo que ela não venha a se manifestar.

Como desdobramento do discurso preventivista, voltado para o campo da saúde mental (e não mais da doença mental), ocorre a criação de Centros Comunitários de Saúde Mental – serviços extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

Esse modelo preconiza um processo de desospitalização<sup>30</sup>, baseando-se na idéia de que, prevenindo-se o aparecimento da doença mental, “naturalmente” o hospital teria seu papel reduzido dentro do sistema assistencial. Entretanto, é necessário enfatizar que isso não implica a eliminação do hospital psiquiátrico, apenas a diminuição de seu papel.

---

<sup>30</sup> É necessário ressaltar o sentido atribuído à palavra “desospitalização” e “desinstitucionalização”. Segundo Amarante (1996) a noção de desinstitucionalização surge nos EUA na década de 60, em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, sendo entendida naquele contexto como um conjunto de medidas de desospitalização. Já no contexto da psiquiatria democrática italiana, a palavra desinstitucionalização designa o sentido de desconstrução do saber psiquiátrico-hegemônico. Existe ainda uma terceira interpretação da palavra desinstitucionalização, caracterizada pelo sentido de desassistência. Este último sentido costuma ser usado pelos defensores da permanência ou reativação dos hospitais psiquiátricos. Para facilitar a leitura, sempre que estivermos falando em psiquiatria preventiva utilizaremos a palavra “desospitalização”. Por outro lado, restringiremos o uso da palavra “desinstitucionalização” ao sentido atribuído ao movimento de psiquiatria democrática italiana.

Assistencialmente, então, observamos a emergência de uma rede tal qual proposta na 7ª CNS, composta por serviços hospitalares e extra-hospitalares, dispostos em níveis hierárquicos com um fluxo vertical de pacientes.

Porém, segundo Birman e Costa (1994), existe uma inconsistência teórica neste modelo, pois ele pressupõe justamente aquilo que os modelos teóricos da saúde mental não dão: um balizamento etiológico e um sistema causal consistente – pois é a partir disso que seria possível controlar os fatores que determinam a eclosão da doença mental.

para as enfermidades mentais não possuímos modelos causais constituídos dessa forma (...) O conhecimento etiológico é pequeno para o grande número das enfermidades mentais conhecidas (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 59).

Esse fato é admitido por Caplan (1980), um dos fundadores do modelo de psiquiatria preventiva. Apesar de não saber a etiologia das doenças mentais – fator que justificaria pensar uma política de prevenção às doenças mentais e um nível primário de assistência– o autor pergunta:

Devemos ou não esperar pelo conhecimento das causas de uma doença, antes de se instituir um programa para a prevenir? A resposta pode ser encontrada na história da saúde pública. Alguns dos programas de maior êxito na prevenção primária foram instituídos antes de contarmos com etiologias válidas das doenças que estavam sendo prevenidas. (CAPLAN, 1980, p. 43)

A não existência da comprovação de fatores causais das doenças mentais leva-o a buscar suporte em outras teorias para sustentar as intervenções propostas pelo modelo da psiquiatria preventiva. Uma das teorias incorporadas ao modelo consiste no trabalho de Erik Erikson, que desenvolveu o conceito de crises de desenvolvimento e crises acidentais, que correspondem a períodos de perturbação causados por acidentes (morte de pessoas próximas, doenças na família, separações) ou próprias ao desenvolvimento (passagem da adolescência para a fase adulta, dificuldade de independização dos pais, etc). O trabalho desenvolvido pelo autor sugere que estas crises, se mal resolvidas, poderiam levar ao aparecimento das doenças mentais. Porém, a teoria desenvolvida procede a uma ampliação da noção de crise, não

estando mais restrita apenas às manifestações psicóticas. Como consequência os Centros Comunitários de Saúde Mental passam a ocupar-se de uma nova clientela, das pessoas que potencialmente poderiam tornar-se doentes mentais. O problema apontado por Baságlio (2005) e Birman e Costa (1994) é que a clientela atendida nos hospitais psiquiátricos – os doentes mentais: psicóticos e esquizofrênicos – permaneceu intocada, continuando a ter como destino os hospitais psiquiátricos, os quais, de fato, nunca deixaram de existir.

Observa-se então um processo de defasagem entre a política proposta, o modelo teórico e as práticas institucionais. A política preconiza a desospitalização (migração da população dos hospitais psiquiátricos para os centros comunitários de saúde mental). O plano teórico supõe que isso seria possível, mas pela sua inconsistência acaba criando uma nova clientela e deixando praticamente intocada aquela para a qual realmente foi criada. A configuração de rede produzida dispõe os serviços hospitalares e extra-hospitalares hierarquicamente nos níveis primário, secundário e terciário. Por fim, na prática assistencial, o hospital psiquiátrico continua existindo e recebendo o público “doente mental”, enquanto os serviços extra-hospitalares ocupam-se de uma nova clientela, identificada como “doentes mentais em potencial”. Sendo assim, ao invés do nível primário da rede assistencial ser acessado por pessoas acometidas por qualquer problema de saúde, esse nível acaba selecionando um público onde a doença ainda não está instalada.

Fica evidente, ainda, que o campo da doença mental/saúde mental também não se adequa a leitura da história natural da enfermidade. A psicose/esquizofrenia não corresponde a uma passagem linear de um estado de saúde mental para um estado de doença mental, entendidos como pontos extremos ou pólos de uma mesma linha. Ela é vivenciada como uma ruptura, como um corte na vida do sujeito. Não há um desenvolvimento linear e gradual tal qual ocorre com um câncer, por exemplo, ou uma infecção causada por uma bactéria.

Isso parece explicar as proposições colocadas na 7ª CNS que envolvem uma ampliação da clientela atendida no nível primário de atenção, em especial as neuroses. Ao mesmo tempo, as afirmações de que não existem muitas ações a serem desenvolvidas em relação à psicose/esquizofrenia na atenção básica, a não ser medidas de caráter eugênico. A saúde mental identificada como o oposto da doença mental. Essa dicotomia aponta que o modelo da psiquiatria preventiva não efetuou uma substituição do discurso da doença mental<sup>31</sup> pelo discurso da saúde mental<sup>32</sup>, mas sim, efetuou uma sobreposição do discurso da saúde mental sobre o da doença mental. Da mesma maneira houve uma sobreposição de modelos assistenciais, constituindo uma rede assistencial na presença do hospital psiquiátrico e dos Serviços Comunitários de Saúde Mental.

Com certeza poderíamos atualizar essa discussão sobre a atenção em saúde mental nos diferentes níveis assistenciais. Em muitos debates<sup>33</sup> atuais têm surgido a necessidade de inserção do psicólogo, assim como de outros profissionais, no nível básico de atenção, sob a justificativa de que é necessário fazer prevenção. Mas de que prevenção se está falando? Existem subsídios para pensar a prevenção<sup>34</sup> no campo da saúde mental e da psicologia? Que prevenção seria essa, a quem se destinaria e quem dela seria excluído? Faz sentido falarmos de inserção profissional na atenção básica? Ou seria mais adequado pensarmos a inserção profissional em redes? Apesar de não ser o foco de nossa pesquisa, aponto essas questões como possibilidades a serem exploradas em novas pesquisas.

---

<sup>31</sup> O discurso da doença mental tem como objeto a doença mental, que historicamente identificava a psiquiatria enquanto tal, justificando a existência do hospital psiquiátrico constituído com a finalidade de curar (BIRMAN; COSTA, 1994).

<sup>32</sup> O discurso da saúde mental tem como objeto a saúde mental, voltando-se para o estudo e intervenção sobre as condições de possibilidade e sobre as formas de instaurá-la originariamente nos indivíduos (BIRMAN; COSTA, 1994). Além da mudança epistemológica, implica também uma mudança do ponto de vista assistencial, pois, com a emergência do discurso preventivo, fundam-se estruturas de base comunitária com a finalidade de prevenir a instalação da doença.

<sup>33</sup> Essa questão apareceu com frequência nas discussões e nos debates promovidos pela Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia-RS durante os anos de 2006 e 2007.

<sup>34</sup> Para ampliar a discussão sobre prevenção em saúde mental ver: BARRETO, J. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v. 8, n. 2, p. 191-198, 2005.



O que nos interessa nesta dissertação é apontar o modo como uma determinada configuração de rede é desdobrada a partir de diferentes discursos, como o discurso da doença mental e o discurso da saúde mental.

### **3.4.3 Desdobramentos da configuração de rede sob o viés preventivista nas políticas e nas práticas institucionais no Brasil**

O discurso preventivista evidenciado na VII CNS atravessa a constituição de políticas de saúde mental no Brasil na passagem da década de 70 para 80. Uma série de autores evidenciou o modo como essas políticas foram desdobradas, ainda, em práticas institucionais. Resende (2001) coloca que já em 1972 o Ministério da Saúde havia incorporado como seu o discurso de seus críticos:

Em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando a pronta reintegração social do indivíduo (p. 65).

O plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) e as Ações Integradas em Saúde (AIS) consistiram em políticas de saúde, lançadas respectivamente em 1982 e 1983, as quais veicularam planos específicos direcionados à saúde mental no Brasil. Ambos enfatizaram a necessidade de constituição de uma “rede extra-hospitalar”, disposta de maneira hierarquizada e regionalizada, seguindo princípios advindos do movimento de reforma sanitária. Esta rede extra-hospitalar acabou sendo traduzida na implantação de ambulatórios – os quais deveriam ser a porta de entrada do sistema de saúde - conformando um sistema baseado no binômio hospital-ambulatório. Em alguns estados como São Paulo (CAMPOS, 2000) e Rio Grande do Sul (FAGUNDES, 1992)

procedeu-se também à implantação de equipes de saúde mental na atenção básica. No Rio Grande do Sul é destacada a experiência da psiquiatria comunitária desenvolvida no Centro de Saúde Murialdo no final da década de 70 e início da década de 80 (PAULIN, TURATO, 2004; FAGUNDES, 1992).

Porém, na prática, as estratégias da reforma psiquiátrica sob o modelo preventivista logo demonstraram suas fragilidades e a incapacidade de efetivarem um processo de desospitalização. Os ambulatórios implantados, entendidos como “intermediários” entre a atenção básica e a internação e funcionando em uma lógica sintomatológica e biomédica, constituíram-se em trampolins para a internação a cada episódio de crise ou intensificação dos sintomas. As equipes de saúde mental na atenção básica acabaram selecionando uma clientela distinta daquela que tinha como destino a internação, atendendo a uma nova demanda a partir da oferta de atividades como grupo de pais, gestantes, hipertensos. Passaram a ocupar-se do público “neurótico”. Ou ainda, nos casos em que conseguiram ocupar-se do público psicótico observou-se que

as unidades sanitárias que deveriam ser a porta de entrada do sistema de saúde passam a ser a saída: começam a atender egressos de instituições psiquiátricas numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa do hospital e de reinternações a cada surto psicótico, fechando um circuito gerador/reprodutor de aniquilamento psico-social. (FAGUNDES, 1992, p.59).

Dessa maneira, ao longo da década de 80 foi tornando-se evidente que a configuração de rede proposta sob o viés preventivista não dava conta de um processo de reformulação da assistência psiquiátrica, pois o impacto sobre os portadores de sofrimento psíquico grave institucionalizados nos hospitais psiquiátricos foi menor do que o esperado<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Além das incongruências teóricas e epistemológicas do modelo da psiquiatria preventiva, outros fatores são associados à ineficácia do modelo proposto. Vasconcelos (2004) aponta os baixos salários pagos aos servidores públicos, a mera transposição da prática clínica privada para os serviços públicos, a dificuldade de adequação das práticas clínicas. Goldberg (1996) aponta a inadequação do modelo ambulatorial, baseado nas consultas e procedimentos individualizados, para o atendimento ao público psicótico. Além disso, o financiamento continuou centrado nos hospitais psiquiátricos, que chegavam a concentrar 96% dos gastos em saúde mental na década de 80.

Apesar de meu foco de análise ser o material das CNS, cito estas outras referências pois elas indicam que idéias muito próximas da concepção de rede assistencial em saúde mental definida na 7ª CNS estavam sendo veiculadas no plano das políticas de saúde mental no Brasil, assim como vinham tendo desdobramentos na prática assistencial. Apesar da existência desses desdobramentos, o modo como a rede se configura em cada plano (teórico, institucional, político) constitui um novo platô de rede, sobreposições, não constituindo isomorfismos.

O que mais nos interessa apontar é a convergência, neste período, das propostas de reforma sanitária com a proposta de reforma psiquiátrica, no que diz respeito ao plano político e aos princípios organizativos da rede assistencial. A reforma sanitária enfatizava a extensão da cobertura assistencial a partir da atenção básica, enquanto a reforma psiquiátrica enfatizava a necessidade de constituir serviços extra-hospitalares, podendo a atenção básica desempenhar ações neste campo. Esse acoplamento é possível, pois o viés preventivista é comum aos dois campos. Em ambos desenvolve-se a idéia de uma assistência prestada em uma rede de serviços, disposta de maneira hierarquizada e regionalizada, com fluxo vertical de usuários, fluxo esse guiado pela referência e contra-referência.

Ao mesmo tempo, também é evidenciado o quanto esse modelo não deu conta de resolver os problemas colocados no campo da reforma psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos continuaram existindo, assim como as práticas de violência e segregação nele agenciadas. Esses problemas convocam novos saberes a reconfigurarem a rede assistencial, seja no modo de compor e dispor os serviços, seja no modo de pensar os fluxos de pessoas e informações entre eles – aspectos evidenciados a partir da I CNSM.

### 3.4.4 I CNSM: reconfigurando a rede sob o viés da desinstitucionalização.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, surge como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. É realizada no contexto brasileiro de redemocratização política e recessão econômica. Já se pode contar, neste momento, com algumas experiências de rearranjo da assistência psiquiátrica, assim como com algumas avaliações revelando os pontos fracos dos projetos desenvolvidos.

Sendo um desdobramento do 8ª CNS, a I CNSM reafirma os princípios da reforma sanitária defendidos na 8ª CNS. Dessa maneira a I CNSM defende que “as ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência (...)” (BRASIL, 1987, p. 4).

Apesar do modo de organização dos serviços estar em continuidade com o que já vinha sendo proposto nas CNS anteriores, a partir da I CNSM começamos a perceber uma nova tendência das políticas de saúde mental: a posição antimanicomial. Até então observamos a defesa da implementação de uma rede com caráter complementar ao hospital psiquiátrico – a chamada “rede extra-hospitalar”. Um sistema que conviveria com o hospital psiquiátrico, ao qual seriam adicionados outros dispositivos chamados extra-hospitalares ou complementares, que teriam por função diminuir a importância daquele. Porém, é na I CNSM que aparece pela primeira vez a posição antimanicomial, com a proposta de gradual extinção do hospital psiquiátrico. Destaco três pontos dessa CNSM:

2.1. Reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica priorizando o sistema extra-hospitalar e multi profissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.

2.2. A partir desta conferência, o setor público não credenciará, nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo-se progressivamente os leitos existentes neste último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.

2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais. (BRASIL, 1987, p. 7).

É necessário apontar que é em 1987 que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM<sup>36</sup> – assume um posicionamento anti-manicomial, em um encontro realizado em Bauru-SP (AMARANTE, 1995; 1996). Esse posicionamento é fortemente influenciado pelo referencial do movimento de psiquiatria democrático italiano, que enfatiza a necessidade de operar um processo mais profundo que a desospitalização, colocando ênfase no conceito de desinstitucionalização. É necessário remeter a algumas noções advindas da psiquiatria democrática italiana, a fim de entender a proposta de rede assistencial que será desdobrado dentro deste modelo.

### **3.4.5 Configurações de rede a partir do viés da desinstitucionalização italiana.**

O paradigma da desinstitucionalização funda-se na crítica epistemológica ao saber médico-psiquiátrico e propõe a desnaturalização constante das práticas instituídas. Nesse sentido, a desinstitucionalização não coincide com o mero fechamento do hospital psiquiátrico, referindo-se a um processo de questionamento permanente das relações de saber-poder instituídas: no manicômio, nas famílias, na comunidade, nos serviços de saúde.

Giovanella e Amarante (1994) apontam ainda que

o aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que funda limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. (p. 140).

---

<sup>36</sup> O MTSM surge ainda no final da década de 70, sendo considerado um ator fundamental no processo de reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995; 1996).

Ou ainda, como explicitam Rotelli e Amarante (1992):

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples desmantelamento de sua estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construída em torno do objeto doença mental, com a conseqüente re-construção da complexidade do fenômeno existência-sofrimento, que implica a invenção de novas, e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos. (p. 52).

O referencial italiano pressupõe uma série de rupturas em relação ao modelo da psiquiatria preventiva norte-americana. A crítica de Baságli (2005) é de que, na psiquiatria preventiva, o saber médico-psiquiátrico não é colocado em questão, havendo ainda uma ramificação da lógica psiquiátrica para a comunidade, que passa a ser o novo campo de atuação da mesma. A partir das críticas constituídas por Baságli, o movimento por ele fundado não tenta propor uma evolução ou um melhoramento do modelo da psiquiatria preventiva. Não se trata de tomar o modelo da psiquiatria preventiva como um modelo intermediário, onde a idéia de substituição do hospital estava germinada – pois de fato esse modelo nunca conseguiu abolir o hospital psiquiátrico. Trata-se de, a partir do olhar e da crítica constituída sobre a experiência americana, propor algo muito diferente, constituindo rupturas, descontinuidades. As rupturas que o referencial italiano propõe acabam por constituir um novo paradigma de atenção (que deixa de ser o problema-solução e passa a ser baseado no paradigma da complexidade), um novo objeto (que deixa de ser a “doença mental” e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social) e um novo objetivo (da cura aos processos de produção de vida, de sociabilidade e de sentido).

A saúde deixa de ser entendida como ausência de doença, podendo ser produzida mesmo no sujeito que tem uma existência atravessada pela psicose. Pois se entende que além de psicótico ele é muitas outras coisas: o doente mental também pode ser sadio. No plano assistencial o movimento propôs o fechamento do hospital psiquiátrico e a criação de uma série de serviços, a fim de evitar a desassistência e possibilitar a criação de novos dispositivos, funcionando em meio aberto. Um desses dispositivos é o Centro de Saúde Mental, serviço

disposto de forma territorializada para atender um número delimitado de habitantes, em qualquer situação relacionada a sofrimento psíquico, 24hs por dia, 7 dias da semana (ROTELLI, 1994). Mas essa rede deveria articular ainda possibilidades de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer, cultura. Pois, se na psiquiatria preventiva a rede responde à fragmentação da *doença mental* nos diferentes momentos evolutivos da história natural das doenças - aos quais correspondem diferentes serviços assistenciais dispostos em níveis hierárquicos -, na psiquiatria democrática a rede responde à complexificação do *sujeito*, envolvendo articulações não apenas intra-setoriais, mas também intersetoriais. Rotelli (1994) cita o exemplo do processo desencadeado em Trieste:

na cidade de Trieste, que não tem nem 300 mil habitantes, no lugar do manicômio foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada bairro da cidade, que funcionam 24hs por dia, para os quais foram transferidos todos os médicos, todos os enfermeiros e todos os recursos do ex-hospital psiquiátrico. São serviços que se ocupam de todas as “patologias” psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com o respeito total aos direitos das pessoas, e com o trabalho para a reprodução social das pessoas. Uma grande quantidade de trabalho domiciliar, com uma rede de cooperativas para reinserir as pessoas no trabalho, com uma rede de apartamentos para as pessoas que não podem mais estar com as suas famílias e, portanto, com um arco de serviços de eficácia e eficiência enormemente superior ao do hospital, mas serviços que têm como a sua bandeira “a liberdade é terapêutica”. (p. 153).

Esses vários dispositivos deveriam responder à complexificação do objeto “doença mental”, pois à medida que a demanda deixa de ser relacionada apenas à cura - que justifica o hospital psiquiátrico - uma série de outros dispositivos passam a ser criados. Rotelli (1994) considerava que os serviços tinham como papel propiciar a multiplicidade de trocas, considerando que “o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco da loucura. Em outras palavras, é a multiplicação de possibilidades, de oportunidades” (p. 155). Não é difícil supor, a partir do exposto, que esta configuração de rede assistencial estaria muito mais em consonância com o conceito ampliado de saúde presente na 8ª CNS e no SUS do que a configuração que acaba sendo proposta nestas mesmas instâncias.

A proposta assistencial desdobrada do modelo de desinstitucionalização não tem como objetivo apenas efetuar uma mudança de espaços ou expansão do campo assistencial, mas uma mudança intensiva, qualitativa. Observamos ainda que a própria idéia de criar um serviço destinado a qualquer problema no campo da saúde mental responde a integralidade, diferente dos serviços criados na perspectiva preventiva onde os sujeitos são fragmentados conforme o estágio evolutivo da doença. Além disso, por mais que os Centros de Saúde Mental configurem uma estrutura, a rede relaciona-se muito mais à capacidade de criação de possibilidades, conforme as necessidades envolvidas no processo de produção de saúde. Trata-se de necessidades singulares, devendo os caminhos da rede serem traçados singularmente – não sendo dados *a priori*, dentro de conformações hierárquicas e verticalizadas como ocorre no modelo da psiquiatria preventiva e da reforma sanitária. Trata-se de pensar a rede não dentro de uma perspectiva arborescente, mas sim rizomática<sup>37</sup>.

#### **3.4.6 Impacto da desinstitucionalização italiana nas configurações de rede de saúde mental expressos nas CNSM**

Essas idéias do referencial italiano da reforma psiquiátrica já vinham sendo difundidas no Brasil desde o final da década de 70. Mas é apenas na segunda metade da década de 80 que o MTSM incorpora de fato o posicionamento antimanicomial. Apesar da I CNSM já ser atravessada pelo viés desinstitucionalizante, principalmente no que diz respeito a indicação de progressiva redução dos hospitais psiquiátricos e substituição por “serviços inovadores alternativos a internação psiquiátrica”, há poucas indicações de quais seriam eles e de como

---

<sup>37</sup> A perspectiva arborescente e rizomática serão abordadas mais detalhadamente no item 4.



seriam organizados. Observamos apenas alguns apontamentos, como o de que os serviços de saúde mental não devem se constituir à parte dos demais serviços de saúde, a fim de evitar a tendência à segregação que começa pela própria disposição espacial dos serviços. Além disso, sugere a “Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido.” (BRASIL, 1987, p. 19)

Porém, a maior importância da I CNSM é na demarcação de um posicionamento antimanicomial e no que ela convoca: a criação de alternativas.

Entre a I e a 2ª CNSM emergem uma série de experiências de serviços substitutivos. A experiência do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo; a constituição dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos-SP, que em 1993 constituem uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (LANCETTI, 2002, 2006). As primeiras experiências de moradias terapêuticas / lares abrigados nos municípios de Campinas e Porto Alegre (2004) e trabalho protegido. E assim por diante.

Na 2ª e na III CNSM, realizadas respectivamente em 1992 e 2001, o tema da rede de atenção em saúde mental assume centralidade nas discussões.

Na 2ª CNSM é ressaltada a necessidade de um entendimento do processo saúde/doença de modo contextualizado, ocorrendo uma crítica à compartimentalização do sujeito operada pelas disciplinas profissionais e pelos serviços de saúde. Como desdobramento, no plano assistencial defende-se uma atenção integral em saúde mental, a qual implica “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação)” (BRASIL, 1994, p. 7).

É colocado ainda que:

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva

em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 1994, p.7).

Nesse sentido, evidencia-se a idéia de uma rede *substitutiva*, e não mais *complementar* ao hospital psiquiátrico como aparecia nas políticas de saúde mental da década de 80.

A 2ª CNSM ressalta ainda o caráter inter-setorial e informal da rede. Dessa maneira poderíamos falar que uma “rede de atenção em saúde mental” envolveria pelo menos 3 níveis: intra-setorial (setor saúde); inter-setorial (educação, cultura, trabalho); e rede social (envolvendo os dispositivos sociais: igrejas, associações de bairro, escolas, cooperativas). Porém, apesar de ressaltar a necessidade de diversificação de serviços, a 2ª CNSM não discute os modos de dispor os mesmos no sistema de saúde, assim como o acesso e fluxo de pessoas e informações entre eles.

Na III CNSM, realizada em 2001, observamos uma certa continuidade em relação às discussões realizadas na 2ª CNSM. Em uma única passagem observa-se a idéia de substituição, desinstitucionalização, diversificação de ações e serviços e intersetorialidade.

implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada a rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial. (BRASIL, 2002, p. 38)

Entre todas as CNS e CNSM analisadas, é na III CNSM que encontramos a maior proliferação da palavra rede: rede substitutiva, rede de cuidados, rede de serviços, rede pública, rede assistencial, e assim por diante.

Porém, observamos também algumas diferenças entre a 2ª e a III CNSM. Na III CNSM ocorre uma discussão específica sobre a necessidade de incorporar ações de saúde mental na atenção básica, levando em consideração “as recomendações da 8ª Conferência

Nacional de Saúde, que indicam a responsabilidade da unidade básica por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 48)

A III CNSM sugere também a criação de equipes volantes de saúde mental, responsáveis por apoiar as equipes da atenção básica. Nesse sentido, a rede pressupõe não só o deslocamento dos usuários a partir da referência e contra-referência, mas a criação de equipes que sejam volantes, pressupondo o deslocamento dos profissionais. Estas equipes teriam função de supervisionar as equipes da atenção básica, fazer atendimentos conjuntos, articular a atenção básica com os demais serviços situados em outros níveis assistenciais. Estas funções corresponderiam ao que atualmente vem sendo chamado de *apoio matricial* (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2004).

Além da discussão sobre os serviços e ações que compõem a rede de saúde mental, a III CNSM discute ainda os modos de acesso à rede de atenção em saúde mental. Sugere-se que os serviços de atenção básica possam funcionar como portas de entrada, preferencialmente através da Estratégia de Saúde da Família – ESF. Já em relação ao princípio de hierarquização recomenda-se “suscitar discussão ampla sobre a aplicação da noção de hierarquização aos serviços de saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 48). Ou seja, esta CNSM sugere a atenção básica como porta de entrada (sugestão esta que legitima o princípio de hierarquização) e no parágrafo seguinte coloca a necessidade de discutir os efeitos da hierarquização aos serviços de saúde mental – ou seja, afirma o princípio de hierarquização e ao mesmo tempo coloca a necessidade de investigar seus efeitos.

As proposições destas CNSM demonstram o impacto do viés da desinstitucionalização italiana, tanto na postura antimanicomial que assumem quanto na formulação das propostas de redes substitutivas de atenção em saúde mental, envolvendo uma diversificação de recursos intra e intersetoriais. Por outro lado, as discussões sobre a incorporação de ações de saúde

mental na atenção básica remetem ainda ao modelo preventivista<sup>38</sup>, indicando uma sobreposição de modelos.

### **3.4.7 Tensões emergentes da proposta de adequação da rede substitutiva à lógica do SUS**

Ao longo das CNSM observamos a proposição de um número cada vez maior de modalidades de serviços, diversificando a composição da rede assistencial. Neste contexto a chamada *rede de atenção em saúde mental* designa um conjunto de serviços e ações potencialmente infinito, pois envolve recursos intra-setoriais, inter-setoriais e sociais.

Ao longo da década de 90, e principalmente a partir dos anos 2000, ocorre uma proliferação de serviços substitutivos, principalmente os CAPS, que passam a ser considerados “carros-chefe” da política de saúde mental, centros e ordenadores da rede de saúde mental (BRASIL, 2004b). Se no âmbito do SUS a atenção básica passa a ser vista como ordenadora do Sistema de Saúde, no âmbito da saúde mental propõe-se que os CAPS desempenhem esse papel, o que pode ser observado em figura divulgada no manual “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004b) (ANEXO 3). Observamos que a idéia de centro está sempre colocada nas CNS, CNSM e nas políticas de saúde: hospitalocêntrico; redebasicocêntrico, CAPS-cêntrico.

As portarias ministeriais são responsáveis pela legitimação dos serviços substitutivos, pois criam condições para que eles se efetivem na prática. Podemos dizer que as portarias são os modos de fazer acontecer algumas das proposições das CNS e CNSM. Enquanto as CNS e CNSM expressam propostas discutidas em vários âmbitos e por vários segmentos sociais, as

---

<sup>38</sup> A idéia de que a atenção básica é responsável por 80% das necessidades de saúde da população já estava colocada na 7ª CNS, realizada em 1980, sendo uma idéia atravessada pelo referencial preventivista, o qual tenta justificar a rede hierarquizada que tem como metáfora a figura da pirâmide.

leis e portarias é que proporcionarão condições para a efetivação das mesmas. Entre as leis podemos citar a lei estadual nº 9.716 (RS, 1992), que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. E a lei federal 10.216 (BRASIL, 2001) que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. As determinações dessas leis estão em consonância com as propostas das CNSM, legitimando-as do ponto de vista jurídico. Em relação às portarias, cabe destacar as principais. Em 1992 publica-se a portaria 224 (BRASIL, 1992), uma das primeiras portarias que normatiza o atendimento em saúde mental no SUS. Quase que a totalidade desta portaria já foi superada por outras normas, mas ainda são válidas as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios. Em 2000 é lançada a portaria/GM nº 106, que institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no âmbito do SUS (BRASIL, 2000; 2004a). Em 2002 é lançada a portaria/GM nº 336, definindo e estabelecendo diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2002). Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS I, II e III são destinados ao atendimento diário de adultos, portadores de transtornos mentais severos e persistentes. O que os diferencia é o porte populacional que cada um abrange, os requisitos para composição da equipe e algumas atividades (o CAPS III é o único que funciona 24hs por dia, 7 dias da semana e dispõe de leitos para internações curtas). Já o CAPSi é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente (portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, em função de sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais). O CAPSad é destinado aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b).

Dessa maneira, observamos que as CNSM constituem proposições que devem orientar a criação das políticas de saúde mental. Porém, são as leis e principalmente as portarias que

irão criar condições para que elas de fato possam ser implementadas. Apesar de alguns municípios desenvolverem ações no âmbito da saúde mental com financiamento próprio, existe uma tendência a eles passarem a implantar os serviços veiculados nas políticas federais de saúde mental, pois nesta há garantias de financiamento das ações desenvolvidas<sup>39</sup>.

Nesse sentido, ao longo dos anos 90 e 2000 observaremos os serviços listados acima sendo implantados no âmbito do SUS em diversos municípios brasileiros. Observa-se uma série de avanços na assistência em saúde mental no Brasil. Municípios que tinham como único recurso o envio de portadores de sofrimento psíquico à hospitais situados a quilômetros de distância, passam a ter condições de efetivamente constituir dispositivos assistenciais em seu território, evitando práticas de segregação.

Porém, principalmente em municípios de porte médio ou grande, passamos a observar a emergência de problemas na maneira de dispor essa diversidade de serviços no SUS, assim como em estabelecer acesso e fluxo de pessoas e informações entre eles. Além da diversificação de serviços, ocorre ainda a diversificação (e também fragmentação) das ações e práticas profissionais, tendo em vista que o sistema de saúde passa a ter a característica da multiprofissionalidade<sup>40</sup>.

Cabe, então, suscitar uma discussão sobre algumas tensões que emergiram a partir do momento que a chamada rede substitutiva teve que se adequar a lógica do SUS.

Apesar da diversidade de serviços estar em consonância com o que propõe o paradigma de desinstitucionalização italiano, a disposição dos mesmos no sistema de saúde os fragmentou em níveis de atenção e os submeteu aos fluxos hierarquizados e verticalizados. Cria-se um paradoxo, pois a ruptura estabelecida no plano da reforma psiquiátrica não é

---

<sup>39</sup> Por esse motivos vários serviços mudaram seus nomes. Em Porto Alegre, por exemplo, os chamados CAIS Mental (Centros de Atenção Integral em Saúde Mental) existentes desde a década de 90 passaram a ser cadastrados no Ministério da Saúde como CAPS, sendo este seu nome de referência formal.

<sup>40</sup> A inserção da psicologia nas políticas de saúde, por exemplo, inicia na década de 80 (DIMENSTEIN, 1998), sendo intensificada com a criação do SUS e as propostas da Reforma Psiquiátrica.

estabelecida no plano organizativo do SUS, atravessado por um viés racionalizador, biomédico e preventivista.

À medida que o SUS se institucionalizou, o movimento sanitário, responsável pelas lutas para que ele existisse, foi enfraquecendo-se, perdendo seu viés crítico e transformando a reforma sanitária em um conjunto de medidas predominantemente administrativas, como refere Amarante (1996)<sup>41</sup>. Assim como Amarante aponta que isso teve como desdobramento o não questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, nós tentamos mostrar o quanto o modo de dispor a rede assistencial, sua composição, disposição e fluxos assistenciais também acabaram cristalizando-se em torno de um modelo biomédico, racionalizador e sistêmico.

Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica entra em tensão não só com o discurso psiquiátrico hegemônico<sup>42</sup> ou com os desejos de manicômio<sup>43</sup>; mas com a própria lógica organizativa do SUS.

Um primeiro equívoco que passou a ocorrer em decorrência da interpretação dada à adequação dos serviços propostos pela reforma psiquiátrica ao SUS foi a colocação de cada um deles em uma das “caixinhas” dos níveis assistenciais. Dentro da lógica hierarquizada o CAPS é classificado como um serviço intermediário entre o hospital-dia e o ambulatório de saúde mental. Já o ambulatório de saúde mental é classificado como intermediário entre o CAPS e a atenção básica. E assim por diante. Este modo de classificação pode ser observado em um manual de saúde mental publicado pela Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (RS, 2002). Dentro dessa perspectiva classificatória, abre-se a possibilidade de interpretação de que

---

<sup>41</sup> Talvez não seja por outro motivo que autores como Campos (2007) colocam a necessidade de revitalização de um movimento social como foi o da reforma sanitária nos anos 70 e 80.

<sup>42</sup> O trabalho de Ramminger (2005) enfatiza a disputa entre o discurso psiquiátrico hegemônico e as novas discursividades no campo da reforma psiquiátrica.

<sup>43</sup> Segundo Machado e Lavrador (2001), os desejos de manicômio “se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar” (2001, p. 46)

o que guiaria o fluxo dos usuários entre os serviços seria sua sintomatologia. Como coloca uma trabalhadora de um serviço de saúde:

que na minha idéia a formação de rede é, por exemplo, o paciente em crise, ele interna, fora de crise ou em alguma outra situação intermediária vá para o CAPS, numa outra situação para o PSF. (Enfermeira C). (ZAMBENEDETTI, 2005, p. 45).

Torna-se evidente que a proposta de um mesmo serviço atuar em diferentes níveis – da prevenção e atuação no território até a atenção à crise – presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é tensionada pela lógica de classificação de serviços adotada pelo SUS, tradicionalmente verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade, segundo os quais os serviços se adequariam.

Nesse sentido, apesar de o CAPS ser criado para substituir a internação, o modo como é classificado na rede assistencial do SUS e pensado em termos de fluxo de usuários o coloca na posição de ser complementar ao hospital, pois pressupõe-se sempre a existência de um nível mais complexo, identificado pelo hospital psiquiátrico.

Corre-se o risco, então, que os serviços substitutivos acabem tornando-se complementares ao hospital, pois sua classificação supõe sempre a existência de um local “mais complexo”. Outro problema é que a complexidade continua sendo entendida na perspectiva racionalizadora. Porém, como propõe Lancetti (2006), na saúde mental deveríamos falar de uma “complexidade invertida”. Tradicionalmente o hospital psiquiátrico seria entendido como o nível de maior complexidade dentro do sistema de saúde mental. Porém, a partir de uma perspectiva psicossocial e desinstitucionalizante ocorre o contrário, pois o mais complexo torna-se justamente manter o portador de sofrimento psíquico em seu contexto social. O hospital psiquiátrico tende a simplificar o sujeito: apesar da crise ser de difícil manejo, as práticas articuladas no hospital psiquiátrico são menos complexas na medida que envolvem dispositivos físicos: o muro/grade, a contenção mecânica e



medicamentosa, e assim por diante. Mas em termos de tecnologias leves<sup>44</sup>, a atenção básica seria muito mais complexa, pois são as tecnologias relacionais que são acionadas. Segundo Lancetti (2006), complexo é lidar com a loucura na sociedade, na comunidade, no local em que o usuário habita.

Outro tensionamento derivado da incorporação dos serviços de saúde mental a lógica do SUS diz respeito ao atravessamento dos modos de organizar a rede sobre a clínica. A prática do encaminhamento dentro da lógica da referência e contra-referência, ao mesmo tempo em que possibilita o acesso a outro serviço, propicia também a destituição do vínculo e a fragmentação do tratamento. Paradoxalmente o encaminhamento, caricaturizado na referência e contra-referência, pode criar tanto possibilidades de acesso quanto a possibilidade de que, de fato, nenhum serviço se responsabilize pelo usuário, perpetuando a chamada empurroterapia e propiciando ainda uma “assistência partida” (ALVES E GULJOR, 2004).

Além dos aspectos mencionados, observamos ainda que à diversificação dos serviços de saúde mental corresponde também uma fragmentação dos mesmos. Na desinstitucionalização italiana observávamos a proposta de criação de um serviço que se responsabilizasse pelas demandas de saúde mental em um dado território, independentemente da patologia. Já os CAPS brasileiros levam em consideração justamente uma fragmentação por patologias: as psicoses e neuroses graves; os dependentes de álcool e outras drogas; e assim por diante. Por mais que esta fragmentação tente dar conta de priorizar os casos considerados mais graves, acaba criando uma situação paradoxal, pois possibilita a entrada no sistema de saúde apenas mediante um diagnóstico atravessado social e historicamente por estigma e preconceito. Para incluir socialmente, cria-se um local específico que reúne “os diferentes”. Isso tudo dentro de um sistema que supõe a universalidade de acesso. Poderíamos argumentar que além do princípio de universalidade existe o princípio de equidade. Porém,

---

<sup>44</sup> As tecnologias leves são designadas por Merhy (2002b) como tecnologias relacionais, que não envolvem o uso de equipamentos e insumos ou saberes estruturados.

acreditamos que este princípio tem servido muitas vezes para cristalizar posições restritivas, em defesa de um SUS como política complementar e focal. Tem servido para dizer quem pode e quem não pode acessar o SUS.

Nesse sentido podemos dizer que, se num primeiro momento a idéia de rede de saúde mental surge como uma solução, a partir de um determinado contexto ela passa a ser colocada em xeque. Não porque não tenha conseguido dar conta de algumas de suas proposições, mas principalmente porque outros problemas surgiram. Por um lado, elas contribuíram para a eliminação dos grandes depósitos de enfermos e das violências asilares. De maneira geral, também tentaram veicular um modelo de inclusão social. Mas surgem questões, hoje, como a fragmentação assistencial, a destituição de vínculos, e a própria trans-institucionalização. Ou seja, o usuário que passa anos transitando de um serviço a outro da rede de serviços (PSF, CAPS, hospital), mas de fato não consegue ser inserido nas redes sociais informais. São outros e novos problemas que surgem.

Dessa maneira, observamos os efeitos paradoxais do acoplamento da proposta de rede de atenção em saúde mental ao SUS, com foco nos efeitos dos princípios organizativos da rede assistencial. O fato é que a rede hierarquizada, guiada pelo fluxo vertical de usuários no mecanismo da referência e contra-referência, tão defendida nas CNS, até a I CNSM, começa a dar indícios de suas limitações, convocando novos arranjos da rede, mais flexíveis e menos determinísticos.

#### 4. DA LÓGICA DO SISTEMA A LÓGICA DA REDE RIZOMA

Como evidenciamos ao longo do texto, existe uma variação ao longo do tempo no modo como as redes assistenciais são configuradas na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública. Num primeiro momento, no contexto da década de 60, evidenciamos a emergência de problemas como concentração dos dispositivos assistenciais, distribuição desigual dos serviços, políticas guiadas por interesses da indústria da doença e da loucura, descoordenação entre os órgãos que executam ações em saúde. Como resposta, observamos a adesão a uma perspectiva sistêmica e a abordagem de história natural da doença, desdobrada no princípio de hierarquização, racionalização e no mecanismo de referência e contra-referência, configurando uma rede expressa na figura da pirâmide.

Na década de 80, à medida que a saúde mental foi sendo inserida nesta mesma lógica sistêmica e hierarquizada, algumas limitações das proposições organizativas do sistema passaram a ser percebidas. Observamos uma série de rupturas no plano da reforma psiquiátrica, com proposição de uma rede de serviços substitutivos sob o viés da desinstitucionalização. Porém, essa rede continuou sendo submetida ao fluxo hierarquizado, agora presente como um princípio do SUS, gerando no cotidiano um modelo híbrido e muitas vezes confuso.

A partir da década de 90 emergem críticas em relação à fragmentação da rede assistencial, sua burocratização, seu enrijecimento. O que mais se buscava na década de 70 era uma disciplina para o funcionamento do sistema, um esquadrinhamento do espaço e controle dos fluxos. E agora a disciplina torna-se um problema.

No plano discursivo, assim como observamos a passagem de um paradigma preventivista para um paradigma desinstitucionalizante, passamos também a observar, a partir

da década de 90, a passagem da lógica do sistema para a lógica da rede-rizoma. É sobre essa passagem que gostaríamos de desenvolver algumas considerações neste capítulo. Essa passagem é evidenciada principalmente no plano da reforma psiquiátrica e nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, onde observamos a proposição de uma rede capilarizada, constituída intra-setorialmente, intersetorialmente e socialmente. É necessário apontar que não entendemos a passagem enquanto uma ruptura, mas sim como uma sobreposição. A análise realizada aponta justamente a co-existência de modelos de rede, assim como a co-existência do modelo preventivo com o modelo desinstitucionalizante. O que nos permite falar em passagem são os diferentes pontos de emergência de cada modelo e suas proposições iniciais. Cabe então explorarmos em que consiste cada uma dessas lógicas e como incidem sobre os modos de configuração das redes assistenciais.

O modo como a rede foi sendo pensada ao longo das CNS pareceu levar em consideração a existência de condições ideais para que ela se efetivasse, dentro de uma perspectiva gerencial-administrativa, tecnocrática. Procedeu-se a uma solução de compromisso: expandiu-se a assistência e democratizou-se seu acesso, mas dentro de certas restrições e através de caminhos enrijecidos, racionalizados, controlados. Não é por nada que os “pontos da rede” que mais se expandiram foram a atenção básica, entendida inicialmente como uma atenção mínima. Também não é a toa que os fluxos entre os serviços seguiam um sentido único: vertical, para cima ou para baixo dentro da pirâmide, denotando um sentido de circulação e controle: trata-se de circular para melhor controlar. Dentro desse contexto, adotou-se a perspectiva sistêmica, como evidenciado na V CNS e na institucionalização do Sistema Nacional de Saúde em 1975 e do Sistema Único de Saúde em 1990.

Porém, observamos que a perspectiva sistêmica preocupou-se demasiadamente com as interações entre os “pontos da rede” que acabou não colocando em análise o problema da fragmentação, tal qual a fragmentação ocasionada pela leitura da história natural da doença

aliada ao princípio de hierarquização e racionalização. Seus pressupostos, dentro da teoria geral dos sistemas apontada por Bertalanffy (1973), constituem um modelo próximo aos modelos matemáticos, excluindo as ambigüidades e o fator humano-subjetivo. Pelo caráter mecanicista que adquire, a teoria geral dos sistemas acaba correndo o risco de constituir-se como uma abstração, propícia a tecnocratas e burocratas, mas distante do cotidiano das pessoas que dependem do acesso aos serviços de saúde. Lembramos aqui de uma advertência realizada por Bertalanffy (1973) em relação à teoria sistêmica, no contexto da década de 70:

Os perigos desta nova criação infelizmente são evidentes e já foram muitas vezes enunciados. O novo mundo cibernético, de acordo com o psiquiatra Ruesch (1967) não se refere a pessoas, mas a sistemas. O homem torna-se substituível e consumível.(...) Isto está de acordo com um princípio bem conhecido dos sistemas, o da progressiva mecanização, no qual o indivíduo se torna cada vez mais uma roda dentada, dominado por uns poucos líderes privilegiados, mediocridades e mistificadores que só tem em vista seus interesses privados sob a cortina de fumaça das ideologias (Sorokin, 1966, pp. 558ss). (BERTALANFFY, 1973, p. 26-27).

Aponta-se assim o risco de que, ao invés de o sistema ser organizado em função das pessoas (no caso, dos usuários e trabalhadores do sistema de saúde pública), as pessoas é que acabam tendo que se organizar em função do sistema, tornando-se mais uma ‘roda dentada’ de sua engrenagem. Isso ajuda a explicar os processos de alienação a que trabalhadores e usuários dos serviços de saúde são submetidos em seu dia-a-dia. Não é difícil observarmos usuários que tentam acessar um serviço de saúde e descobrem que “não estão no lugar certo”. “Mas porque não posso ter uma consulta aqui?”, poderia perguntar um usuário. E a resposta seria: porque o sistema é que determina os pontos de entrada, saída, encaixe e circulação. Também não é incomum observarmos profissionais que não sabem o que fazer quando a necessidade do usuário não corresponde ao “perfil” do serviço acessado. Ou, quando fazem os encaminhamentos para outros serviços, não sabem onde ficam e como funcionam de fato. Podemos então pensar na metáfora do usuário como um produto na esteira de produção: cada profissional e cada serviço correspondendo a um ponto de intervenção da linha de produção. A esteira como o encaminhamento do usuário de um ponto a outro (seja de um profissional ao

outro dentro do serviço ou o encaminhamento de um serviço a outro). Existe um começo, um meio e um fim. Não há como entrar no meio do processo, é preciso começar sempre do início. Todos os pontos conectados (pela esteira de produção), conformando uma totalidade - um sistema. Um ponto só fará sentido na interação com as demais unidades, dando ao sistema a característica “constitutiva”, citada por Bertalanffy (1973) – só haverá um produto final se todos os pontos estiverem articulados pela esteira de produção. Uma lógica de sistema taylorizado, onde se procede por fragmentação/especialização e complementaridade das ações.

Uma situação pode expressar essa metáfora. Trata-se de uma situação onde uma psicóloga - vinculada a um CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) no município de Viamão-RS, inserido no SUAS (Sistema Único de Assistência Social) - percebeu a necessidade de um usuário ser atendido em um CAPS. Porém, apesar dela ser uma profissional da saúde mental, inserida em um serviço público de saúde, o sistema de saúde determinou que, necessariamente, para chegar ao CAPS o usuário deveria acessar sua unidade básica de saúde de referência, pois somente após avaliação do médico da unidade de saúde é que o encaminhamento poderia ser realizado. Ela telefonou para o CAPS e tentou discutir o caso, no sentido de tentar evidenciar a situação e a necessidade do encaminhamento. Mas a resposta continuou sendo a mesma: a rede funciona assim. Afinal, a atenção básica deve ser a porta de entrada do sistema de saúde.

Porém, no cotidiano observamos que de porta de entrada, a atenção básica acaba muitas vezes se tornando um mediador burocrático ao CAPS. De fato, então, não temos um sistema único, mas vários pretensos sistemas únicos operando por filiação: saúde, assistência social, justiça, e assim por diante<sup>45</sup>. Conforme a filiação opera-se por um princípio ou por

---

<sup>45</sup> Além da segmentação própria ao sistema público, que fragmenta-se em vários sistemas, é necessário relembrar ainda o impasse colocado pela impossibilidade dos sistemas públicos absorverem toda a demanda no campo da saúde e saúde mental, tendo em vista que as condições de possibilidade não estão colocadas para tal.

outro. E ao profissional e usuário cabe tornar-se a roda dentada do sistema e o produto na esteira de produção.

Goffman (2003) descrevia um mecanismo alienante de funcionamento das instituições totais, que consistia na dissociação entre os que pensam/planejamos e os que executamos; essa dissociação geralmente ocorria entre “a direção” e os trabalhadores. “A direção”, essa entidade despersonalizada, acabava sendo a culpada pelo que o trabalhador realizava. Será que “o sistema” muitas vezes não acaba submetendo os trabalhadores e usuários a esse mesmo regime? Quem é o sistema? A quem reclamar? É o risco que se corre: que o sistema passe a justificar-se por si mesmo, e não pelas pessoas que dele usufruem.

O que estamos apontando aqui são os efeitos da configuração da rede assistencial em uma perspectiva sistêmica mecanicista, racionalizadora e disciplinar, efeitos esses que passam a ser criticados por uma série de autores a partir dos anos 90. Nesse contexto, passa-se a reivindicar a possibilidade de constituição de fluxos de pessoas, informações e comunicação que transversalizem a rede de saúde, para além do sentido vertical e hierarquizado que tradicionalmente assumem (BRASIL, 2006). Novos arranjos entre os serviços, extrapolando a figura da pirâmide. Possibilidades de múltiplas conexões.

Entre esses autores podemos citar Cecílio (2004), Campos (1997, 2006), Ceccim e Ferla (2006). Estes autores não só criticam o enrijecimento dos princípios de funcionamento da rede assistencial como passam a propor novas ferramentas conceituais e novas figuras-metáforas para caracterizar as redes de saúde.

Nas palavras de Cecílio (2004), o modo de organização do SUS faz sentido para os tecnocratas e burocratas dos níveis de gestão e planejamento; mas muitas vezes não faz sentido para a população que precisa acessar os serviços de saúde. Partindo da crítica à lógica racionalizadora e técnica, pensada a partir do “exterior” do sistema e com caráter totalizador, propõe pensar o sistema de saúde como um círculo. Chega a essa proposição a partir do que

ele considera ser uma análise “de dentro” do sistema, levando-se em consideração a realidade do sistema de saúde atual e o cotidiano dos usuários. Nessa perspectiva o autor constata que a rede básica não se constitui de fato como porta de entrada do sistema, que continua sendo os hospitais e pronto-socorros. O acesso aos serviços especializados é difícil e muitas vezes o tempo de espera dessas consultas leva meses, ocasionando a desistência do usuário. Os encaminhamentos, que deveriam seguir uma lógica racionalizadora, muitas vezes se apresentam como uma possibilidade de o profissional “livrar-se” dos pacientes. A partir destas constatações, Cecílio conclui que a pirâmide é muito mais um desejo dos técnicos do que uma realidade com a qual a população pode contar. Fica evidente um processo de defasagem entre o modo como se supõe que o sistema deveria funcionar e o modo como de fato ele opera. Como resultado, a população acaba tendo que montar seu ‘menu’ de serviços, buscando o atendimento de que necessita onde é possível. “Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o povo é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível” (CECÍLIO, 2004, p. 95).

As colocações desse autor convergem com as colocações de Campos (1997; 2006). Um dos pontos abordados pelo autor diz respeito às ambigüidade do sistema pensado a partir da pirâmide e do princípio de hierarquização: por um lado, permite um planejamento mais racional dos sistemas públicos; por outro lado, gera a burocratização do sistema e o fechamento dos serviços. A hierarquização

termina por recortar a história de cada doente por uma lógica que lhe é estranha. Além de fragmentar o doente e sua doença, este cristal de pureza hierárquica também diminui a abertura das unidades a variedade dos problemas individuais e coletivos de saúde (CAMPOS, 2006, p. 62).

Observamos que o princípio de hierarquização da rede de serviços acaba atravessando a constituição das equipes (que ocorre por corporações profissionais – serviços de psicologia, corpo médico - e não por composição multidisciplinar), o fluxo de usuários dentro de um



serviço e entre serviços, assim como a comunicação e troca de informações entre profissionais.

Em função dessa fragmentação e enrijecimento, Campos propõe um ‘borramento’ entre as divisões estabelecidas por esse modelo. Fazendo um jogo metafórico, propõe a

substituição da pirâmide por um redemoinho de ponta-cabeça. Microfuracões com a base em movimento sobre o solo. Ao invés de uma estrutura ossificada pelo concreto de normas e programas, um fluxo estruturado. Um fluxo cuja velocidade, disposição espacial e direção fossem governadas pelo tal do modelo. Um tufão invertido e em movimento, tendo como fonte de energia as necessidades e interesses dos usuários e como leme o diálogo do saber técnico com este torvelinho de desejos (CAMPOS, 2006, p. 61-62).

Apesar de expressarem duas figuras diferentes (o círculo e o redemoinho de ponta-cabeça) o intuito de ambos os autores é convergente. Eles não negam as contribuições da “pirâmide” para o planejamento do sistema, mas procuram formas de flexibilizá-lo a fim de neutralizar seus efeitos de segmentação e homogeneização. Uma das formas de flexibilização ocorre com uma tentativa de captura dos movimentos cotidianos dos usuários pelo sistema, a partir do olhar ‘de dentro’ do sistema, como refere Cecílio. Captura no sentido de tentar dar legitimidade a esses movimentos realizados pelos usuários (ao invés de negá-los), partindo da consideração que nem sempre os serviços funcionam como deveriam funcionar. Nesse sentido, trata-se de não tornar o sistema algo abstrato, onde os trabalhadores e usuários são tomados como engrenagens de seu funcionamento. Mas sim como algo inerente aos processos cotidianos de produção de serviços e ações em saúde. O cotidiano e os processos micropolíticos devem poder influenciar o modo de conceber o sistema, colocando-o em análise. Trata-se de não conceber os planos macro e micropolíticos como dicotômicos, mas sim intercambiáveis.

Enquanto política de gestão, pensar o sistema a partir dessas novas figuras-metáforas implica uma reorganização dos processos de trabalho e a adoção de práticas como o acolhimento em todos os serviços, justamente para que os usuários sejam recebidos e ouvidos em qualquer serviço - ao invés de simplesmente ouvir um “não”, ou “seu lugar não é aqui”,

“esse problema não é pra nós, é para o PSF”. Além disso, busca-se organizar os processos de trabalho de modo que seja possível estabelecer vínculo, responsabilização, serviços/equipes/profissionais de referência, PTI (Projeto Terapêutico Individual), apoio matricial, onde os trabalhadores de um serviço mais especializado propõem atividades conjuntas, educação permanente e supervisões em relação aos serviços de atenção básica (CAMPOS, AMARAL, 2007; CAMPOS, DOMITTI, 2007). São as novas ferramentas-conceituais, que surgem com o intuito de operar os fluxos da rede a partir de uma nova lógica. Campos (1997) pensa também na possibilidade de que os vínculos profissionais sejam estabelecidos de modo que haja mobilidade dos profissional entre os vários níveis da rede. Como exemplo ele observa que

os servidores dos Centros de Saúde seriam estimulados a dividir sua jornada de trabalho com o hospital da região, de maneira que o profissional que atendesse a um pré-natal na rede pudesse, ele mesmo, realizar um parto; que o enfermeiro, o fisioterapeuta, o pediatra ou o cirurgião que trabalhasse no hospital também atendessem em um centro de saúde (CAMPOS, 1997, p. 177)<sup>46</sup>.

O principal objetivo dessa mobilidade seria propiciar uma quebra das estruturas verticais e encerradas em si mesmas. Resulta ainda numa configuração de rede onde não apenas os usuários deslocam-se de um serviço a outro, mas também os profissionais. Facilitaria ainda o diálogo, troca de informações entre os profissionais, ampliando a compreensão sobre o funcionamento do sistema. Poderíamos pensar que essa mobilidade propiciaria que os profissionais fossem vistos como “profissionais da rede”, ao invés de profissionais de um ou outro serviço.

O deslocamento dos profissionais entre os serviços, seja para a discussão de casos compartilhados, reuniões, realização de atendimentos, indica uma nova relação com o espaço inter-institucional. Apesar dos profissionais serem a princípio vinculados a um ou outro

---

<sup>46</sup> A idéia de mobilidade profissional entre os serviços, na saúde mental, remete ao movimento de psiquiatria de setor francesa, onde os profissionais podiam trabalhar no hospital e também nos serviços territoriais. O objetivo era que a necessidade de passar de um espaço a outro não implicasse o rompimento de vínculo profissional-usuário. A idéia de vínculo tem sua gênese na lógica liberal, sendo incorporada na saúde pública recentemente.

serviço, há possibilidades de circulação entre eles, a fim de atingir o objetivo que é a produção de saúde. O espaço potencial de atuação é a rede assistencial. Poderíamos falar aqui de uma certa “nomadização” do espaço de trabalho, recorrendo ao pensamento de Deleuze & Guattari (1997). Segundo estes autores, nomadizar não implica necessariamente deixar de habitar um território. O nômade muda de lugar justamente para continuar habitando o território. Ele desloca-se em busca das condições que lhe possibilitam viver, sendo que é na falta dessas condições que ele muda de lugar. Trazemos essa contribuição da filosofia da diferença para pensar justamente a possibilidade de que não apenas os usuários se desloquem entre os serviços da rede, mas também os profissionais. É necessário apontar, no entanto, que não está sendo dito que um mero deslocamento físico dos profissionais resolva todos os problemas, mas sim apontado a possibilidade de que esse deslocamento se constitua em um dispositivo - um disparador de processos implicados com a produção da saúde, da vida e da sociabilidade. Além disso, apontamos ainda a necessidade de um deslocamento intensivo – relativo ao paradigma que atravessa a intervenção - onde o objetivo deixa de ser a tutela e o olhar sobre a doença mental e passa a ser a produção de saúde e o olhar sobre o sujeito em sofrimento em relação ao seu contexto social.

Outra proposta que vem sendo desenvolvida no âmbito da saúde coletiva e com possíveis aplicações ao campo da saúde mental gira em torno das “linhas de cuidado” ou “malha de cuidados ininterruptos” (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2006; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004; SILVA JR. *et al*, 2005). Para pensar as linhas de cuidado, Ceccim e Ferla (2006) propõem a representação da rede de saúde na figura da mandala, composta por “um círculo sobre um quadrado desdobrado em um diagrama de linhas que estabelecem contato” (2005, p. 165). A partir dessa figura os autores pensam o desdobramento de ‘linhas de cuidado’ ou ‘malha de cuidados ininterruptos’, que são formuladas singularmente,

conforme as necessidades dos usuários. Essa proposta supõe um sistema usuário-centrado (centrado na perspectiva dos usuários e não de princípios racionalizadores-administrativos).

o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004, p. 130)

Na proposta da linha de cuidado o fluxo do usuário pela rede é guiado pelas suas necessidades singulares, fugindo do enrijecido fluxo vertical a partir da referência e contra-referência. A conformação de linhas do cuidado exige a pactuação entre gestores-trabalhadores, a partir da organização de comitês gestores responsáveis por organizar os fluxos assistenciais. Porém, como alerta Franco e Magalhães Jr.(2004), esse processo exige a conformação de uma série de fatores, passando pelo desejo de adesão ao projeto por parte de gestores e trabalhadores, disponibilidade de recursos financeiros, materiais, vontade política. Ou seja, requer uma articulação entre a macropolíticas (as diretrizes e pactuações do sistema) e a micropolítica (o desejo de fazer acontecer as diretrizes e pactuações do sistema, ou até mesmo reformulá-las).

Ceccim e Ferla (2006) apontam que a linha do cuidado implica um redirecionamento permanente do processo de trabalho, tendo-se em vista a complexidade de demandas abertas a partir do momento em que se considera que “não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação” (p. 167). Essa abertura à complexidade das demandas em saúde também implica na necessidade de enlaçar a linha do cuidado com recursos e práticas que não compõem o sistema de saúde formal, como a rede social dos usuários – tal qual observamos na proposta de desinstitucionalização italiana<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Apesar de a linha de cuidado em saúde mental ser uma possibilidade apresentada pelos autores, não foram encontrados relatos de experiências nessa área.

Penso que a idéia de linha do cuidado tem grandes contribuições para a organização das redes de atenção em saúde mental, justamente porque a linha aproxima-se da proposta da desinstitucionalização italiana, envolvendo componentes intra-setoriais, inter-setoriais e sociais, articulados a partir das singularidades do usuário – formando linhas, e não totalidades formatadas. Porém, devemos apontar o risco da linha do cuidado preocupar-se apenas em melhor articular os vários pontos da rede, sem colocar em questão como esses vários pontos (ou “fragmentos”) foram produzidos. Por isso penso a importância de não apenas pensarmos modos de melhor articular os pontos da rede, mas também de colocarmos em análise o modo como esses vários “pontos” foram produzidos. Antes de perguntar pelos modos de articulação, devemos nos perguntar também porque existe tanta desarticulação, tendo em vista que a própria existência de níveis assistenciais deve ser ressignificada.

Outro risco evidente é que a linha do cuidado, a figura do círculo, da mandala ou do redemoinho invertido, assim como as demais ferramentas-conceituais propostas, acabem se institucionalizando – não no sentido de legitimação, mas de cronificação. Isso porque seu funcionamento também depende de investimentos materiais e financeiros, de pactuações formais, de desejo. Como dizia uma funcionária de uma Clínica-Escola onde realizamos uma pesquisa<sup>48</sup>, o que determina se um serviço faz parte ou não do SUS não é uma lei, mas a existência ou não de um contrato, com previsão de verbas, perspectiva de produção de atendimentos, etc.

Nesse sentido, está sempre presente o risco de que o plano de possibilidades seja capturado pelo plano de organização. Sendo assim, o mais importante da colocação desses autores é o que eles colocam em movimento, as linhas de fuga que produzem, os processos de

---

<sup>48</sup> SILVA, R. N.; NARDI, H.C.; ZAMBENEDETTI, G.; PEREIRA, L.A.S. Relatório da Pesquisa “Produção social do sintoma e análise da demanda da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS e de sua inserção na rede de atenção à saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre”. Pesquisa desenvolvida ao longo de 2006 e 2007.

desterritorialização. O círculo, o redemoinho de ponta-cabeça ou a imagem da mandala nada mais são do que imagens instantâneas, provisórias – e não novas verdades ou novos modelos a serem instituídos como uma nova prescrição.

Como aponta Perrone (2007), em relação às novas tecnologias que emergem no campo da saúde mental, “Não devemos nos iludir com um novo modo de verdade, com uma tecnodisciplina omnicomprensiva, mas com a linha de fuga entre arte, ciência e política, com a artesanaria da máquina desejanter” (PERRONE, 2007, p. 114).

Nesse sentido, o mais importante não é apontar a “forma” que adquire a rede (círculo, pirâmide, mandala), mas sim o paradigma e o modo de funcionamento que a constitui dentro das novas propostas veiculadas na interface entre saúde mental e saúde coletiva.

Se na década de 70 o sistema era o slogan, nos anos 2000 são as teorias de rede que assumiram esse papel.

As redes tornaram-se ao mesmo tempo uma espécie de paradigma e de personagem principal das mudanças em curso justo no momento em que as tecnologias de comunicação e de informação passaram a exercer um papel estruturante na nova ordem mundial. A sociedade, o capital, o mercado, o trabalho, a arte, a guerra são, hoje, definidos em termos de rede. Nada parece escapar às redes, nem mesmo o espaço, o tempo e a subjetividade (PARENTE, 2007, p. 101)

Na interface saúde mental e Sistema Único de Saúde o conceito de rizoma<sup>49</sup> tem se mostrado uma importante ferramenta-conceitual para pensar as redes de saúde. Esse conceito nos auxilia a pensar não apenas a lógica de funcionamento e articulação dos serviços que compõem a rede assistencial, mas o próprio paradigma que atravessa a constituição das configurações de rede, assim como as conexões entre as práticas discursivas, as relações de poder e a produção de subjetividade.

---

<sup>49</sup> Não estamos dizendo que a noção de rizoma surgiu na década de 90, mas sim que foi a partir desse período que tal noção ganhou uma operatividade nos campos da saúde pública e saúde mental, tendo em vista os novos problemas emergentes no contexto em questão. Também devemos apontar a emergência de novos paradigmas na teoria de sistemas a partir do trabalho de autores como Humberto Maturana e Francisco Varela, os quais, porém, não são discutidos nessa dissertação.

O conceito de rizoma foi formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995). Emerge como uma crítica ao modelo arborescente que atravessa as ciências modernas e que tem como características a tendência à fragmentação dos campos de saber, a dicotomização (sujeito *versus* objeto, indivíduo *versus* sociedade) e o binarismo (lógica do uno que se torna dois, que se torna quatro, e assim por diante).

“Esse pensamento nunca compreendeu a multiplicidade: ele necessita de uma forte unidade principal, unidade que é suposta para chegar a duas, segundo um método espiritual”. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 13)

Esse modelo de pensamento remete a possibilidade de buscar a raiz, a filiação de algo, o lugar da verdade. Silva (2003) caracteriza de maneira bastante clara a lógica arborescente:

Tal paradigma propõe um sistema de interpretação capaz de compreender e descrever o mundo, definindo não só os problemas a serem investigados como os meios de se proceder a esta investigação. Sua principal característica é a fragmentação e a dispersão dos campos de conhecimento através de um movimento de hierarquização e multiplicação das especialidades. O modo de conhecer o mundo é fundado na divisão (indivíduo X sociedade; sujeito X objeto; homem X natureza) e na busca de uma regularidade do fenômeno estudado através de um processo de purificação tanto dos objetos a serem conhecidos como do próprio sujeito do conhecimento por meio de um apelo constante à “neutralidade”. Nesse caso, sujeito e objeto são considerados como duas realidades distintas, ‘naturais’, e que preexistem ao próprio conhecimento: existe, de um lado, um sujeito do conhecimento e, de outro, objetos estáveis sujeitos a leis universais. Por esse motivo, é preciso garantir a regularidade dos fenômenos estudados através de instrumentos fidedignos que apreendam com exatidão aquilo que se quer conhecer. (p.36-37).

É no âmbito desse paradigma que se constitui o modelo da história natural das doenças/doenças mentais e a teoria geral dos sistemas, os quais atravessam a constituição das configurações de rede presentes nas Conferências Nacionais de Saúde nas décadas de 70 e 80 e na própria legislação do SUS. Apesar de a teoria geral dos sistemas tentar efetuar um deslocamento em relação ao paradigma científico clássico, não consegue se distanciar muito dele<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> As teorias sistêmicas enfatizam as interações, e não o funcionamento das partes isoladamente. Nesse sentido ela opera um deslocamento em relação aos procedimentos analíticos clássicos (BERTALANFFY, 1973). Porém,

Como alternativa ao chamado paradigma arborescente, Deleuze e Guattari (1995), utilizando-se de conceitos da biologia, propõem o modelo “sistema radícula” ou “raiz fasciculada”, representado pelo rizoma, onde não há raiz principal. Os autores propõem seis princípios aproximativos sobre o funcionamento do rizoma. O primeiro princípio é o de conexão, segundo o qual qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro, não havendo fixação de pontos ou uma ordem pré-determinada. As conexões do rizoma não obedecem a ordens hierárquicas, de filiação ou de causalidade, conectando-se antes por contágio mútuo ou aliança, para todos os lados e direções. Em concordância com o que colocou Silva (2003) anteriormente, Kastrup (2004) aponta que este princípio se ergue contra os pressupostos da ciência moderna que veiculam as idéias de causalidade (relação causa-efeito), determinismo e previsibilidade. Nesse sentido, poder-se-ia pensar na possibilidade de uma rede de saúde com “n” possibilidades de articulação, levando em consideração também a singularidade das intervenções, e não apenas os princípios administrativos do sistema. Ceccim e Ferla (2006) apontam a necessidade de fazer do Sistema de saúde um rizoma, com múltiplas possibilidades de fluxos de pessoas, informações e comunicações, para além da mera referência e contra-referência.

O segundo princípio é o da heterogeneidade, segundo o qual os traços que o rizoma conecta não são necessariamente de mesma natureza: podem estar relacionados às organizações de poder, às artes, à legislação, às lutas sociais. No decorrer da análise das CNS observamos que não são somente as produções teóricas que justificam uma determinada configuração de rede, mas o agenciamento dessas teorias com o campo econômico, movimentos sociais, e assim por diante.

O terceiro é o princípio da multiplicidade, a partir do qual é possível entender que o rizoma “não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não

---

ao olhar para o sistema acaba assumindo uma perspectiva totalizante, deixando de problematizar as práticas divisoras que constituem as unidades. O sistema acaba sendo vislumbrado como uma nova unidade.



tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 32). O rizoma também se opõe à idéia de estrutura - definida por um conjunto de pontos e posições – sendo constituído somente por linhas. Estas linhas estabelecem antes movimentos e potencialidade do que formas determinadas. Os agenciamentos, por sua vez, é que atualizam as possíveis conexões, realizando a operação de subtração (n-1). Ou seja, ao invés de caminhos estabelecidos rigidamente, de maneira vertical e hierarquizado, teríamos possibilidades de constituição de caminhos, a serem atualizados a cada novo encontro, ou a cada nova conversa – como aponta Teixeira (2003; 2004). Esse princípio também aponta para a sobreposição de práticas discursivas e não discursivas: o discurso preventivista enfatizando a atenção básica; o discurso desinstitucionalizante; o discurso racional-administrativo; o discurso liberal-privado, e assim por diante.

O quarto princípio é o da ruptura a-significante, segundo o qual é possível pensar que o “rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc, mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 18). Nesse sentido, podemos entender que o modo como o viés desinstitucionalizante propõe a configuração das redes envolve a existência de serviços, dispostos para atender a população dentro de um determinado território – plano organizacional. Trata-se das determinações: um Centro de Saúde Mental para um número delimitado de habitantes, circunscritos a uma área territorial. Porém, o que acontece para além disso está sujeito aos movimentos que serão produzidos no encontro com os usuários e a sociedade. O serviço é pensado não como um ponto, mas como um dispositivo da rede de relações e afetos, produzindo subjetividade. Não como um ponto-lugar, mas como um ponto-passagem.

O quinto e o sexto princípios são os da cartografia e da decalcomania. O decalque remete ao modelo representativo, à lógica da árvore, de reprodução do mesmo. Já o princípio de cartografia remete ao mapa, “aberto, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. (...) Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas”. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22). É a partir desse princípio que constituímos a idéia presente nesta dissertação de “configurações de rede”, as quais são delineadas por diferentes linhas de composição: ora temos uma rede com ênfase nos hospitais, ora na atenção básica; ora em fluxos hierarquizados, ora em fluxos horizontais e/ou transversais; ora em deslocamento de usuários, ora em deslocamento de profissionais; ora uma lógica de referência e contra-referência, com transferência de responsabilidade de um serviço a outro; ora a lógica do apoio matricial, onde um serviço apóia o outro numa perspectiva de co-responsabilidade; ora uma rede intra-setorial, ora uma rede capilarizada, envolvendo recursos intra-setoriais, inter-setoriais e sociais; ora uma ênfase no conhecimento higienista, ora no conhecimento preventivista e ora no desinstitucionalizante; configurações neoliberais, configurações estatais; são “n” possibilidades de combinação.

Deleuze e Guattari (1995) fazem algumas ressalvas quanto à leitura do modelo rizomático como bom e do modelo arborescente como ruim. Como bem lembram, “há o melhor e o pior no rizoma: a batata e a grama, a erva daninha” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 15). Portanto, considerar necessário tornar a rede do SUS rizomática não diz nada por si só; além de remeter a um pleonasma. A lógica rizomática aceita contradições, como a colocada pela co-existência de hospitais psiquiátricos junto às chamadas redes substitutivas. Essa situação é muito comum ainda hoje, sendo a situação encontrada em municípios como Porto Alegre. Apesar da constituição de alguns serviços substitutivos, ainda em proporção menor do que o preconizado pela reforma psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos ainda são

uma realidade. Apesar da 2ª e III CNSM afirmarem a necessidade de constituição de rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, no cotidiano ainda encontramos a co-existência desses modelos – configurações híbridas.

Os autores também fazem uma ressalva quanto à leitura do mapa como sendo bom e do decalque como ruim. Isso porque as relações são sempre temporárias e transitórias, de maneira que algo que surge como uma linha de fuga logo tende a ser capturado novamente pela lógica hegemônica, de forma a reproduzir justamente aquilo a que resistia. Dentro dessa lógica poderíamos pensar as proposições da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica e a necessidade que hoje emerge de revisão desses ideais. Ou ainda, da realização de uma “reforma da reforma”, como aponta Campos (1997). Nesse sentido remetemos novamente à noção de desinstitucionalização, que, é preciso lembrar, não remete a um lugar, mas a um movimento constante de colocar-se em análise, de sair do lugar. Dessa maneira poderemos vislumbrar a possibilidade de ligarmos os decalques aos mapas, relacionar a árvore ao rizoma, abrir o sistema em rizoma, ressitando os problemas sobre o mapa a fim de buscar novas linhas de fuga possíveis. Os agenciamentos não são “puros”, podem ter diferentes naturezas e conectar mapas a decalques ou rizomas a raízes, com diferentes graus de desterritorialização. Portanto, o rizoma não vem simplesmente para substituir outras noções (como a noção de sistema), mas para tensioná-las, distendê-las, abri-las para os movimentos instituintes.

O conceito de rede-rizoma pode ser pensado, então, tanto como um paradigma quanto como um modo de funcionamento da rede assistencial em saúde mental.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa produção foi possível complexificar a idéia de rede na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública, demonstrando a multiplicidade e dispersão desta noção (e não uma evolução ou progressão, como faria pensar o pensamento histórico tradicional). Começando pelo deslocamento inicial, onde passamos a entender que não existe *uma* rede de saúde mental, mas sim modos de configuração das redes na interface entre os campos da saúde mental e saúde pública. Essas configurações são atravessadas por diferentes composições de serviços e diferentes modos de conceber os fluxos de pessoas, informações e comunicação entre eles. Surgem como expressão de diferentes discursos, os quais emergem como linhas de composição das configurações de rede.

Nossa pesquisa evidenciou o quanto essas configurações variam ao longo do tempo, assim como apontou pontos de emergência de configurações de rede, a que necessidades essas configurações respondem e que práticas discursivas as atravessam, tendo em vista a interface saúde mental e saúde pública. Além de pontos de emergência, evidenciamos também pontos de sobreposição ou co-existência de discursos aparentemente distintos e excludentes, constituindo configurações híbridas – diferentes linhas discursivas que se cruzam e acoplam-se, tendo em vista um determinado campo de forças.

Ao analisar um processo histórico, evidenciamos o quanto esse processo é marcado não só por continuidades, mas também por discontinuidades e processos de defasagem entre discurso e práticas institucionais.

Fazendo uma retomada do processo analisado, a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental constatamos que na década de 60 emergia como problema a concentração dos serviços assistenciais, basicamente os hospitais, em grandes

centros urbanos, deixando grande parte da população sem possibilidades de acesso a serviços de saúde, principalmente em áreas rurais e periferias urbanas. No âmbito da saúde mental havia concentração de leitos em grandes hospitais localizados nas redondezas de centros urbanos, produzindo depósitos de enfermos. Como solução reivindica-se a descentralização da atenção em saúde e saúde mental – que constituem dois âmbitos distintos - a partir da constituição de uma extensa rede de serviços permanentes: de um lado as unidades médico-sanitárias; de outro, os ambulatórios praxiterápicos, tendo em vista experiências francesas e inglesas. Porém, essas propostas não constituíram um agenciamento no tecido social, de maneira que não foram assim implementadas, ocorrendo uma defasagem entre o discurso da III CNS e as políticas e práticas desdobradas no mesmo período.

Na década de 70 permanece o problema relativo à concentração assistencial, somando-se o fato de o setor saúde passar a ser governado pelos interesses da indústria médico-hospitalar, que transforma a doença e a loucura em um objeto de lucro, produzidos em escala industrial. Emerge ainda o problema da descoordenação e desarticulação dos órgãos que executam ações de saúde (os “pontos da rede”), a duplicidade de órgãos com a mesma finalidade, a ausência de uma racionalidade na constituição, disposição espacial e de fluxos de pessoas e informações entre esses serviços. Aos poucos também se torna evidente o quanto a extrema desigualdade na distribuição dos serviços de saúde reflete a extrema desigualdade social e econômica em que vive a população brasileira, situação denunciada principalmente na 7ª CNS.

Nesse jogo de forças, emergem as propostas de expansão da assistência a partir da constituição de uma atenção básica, dentro de um viés racionalizador, destinada a atender problemas de baixo custo e ampla cobertura e resolutividade. Porém, na medida em que a atenção básica não consegue ser resolutiva em casos de maior complexidade, surge a

necessidade de melhorar sua articulação com os demais níveis assistenciais, constituindo um fluxo hierarquizado de pessoas através do mecanismo de referência e contra-referência.

A partir disso a rede de serviços passa a ser pensada como um sistema, um complexo de unidades em interação, compartilhando objetivos e princípios comuns. Esse sistema é apresentado na 7ª CNS a partir da figura da pirâmide, que se torna a representação hegemônica da rede de saúde. Teoricamente esse sistema acopla-se ainda ao entendimento do processo saúde-doença dentro da perspectiva da história natural da enfermidade, correspondendo cada momento evolutivo da doença a um nível assistencial. Essa fragmentação e a posterior necessidade de conexão produzem *a* rede - enquanto conjunto de serviços - e *em* rede, referindo-se aos fluxos de pessoas entre os serviços. Se o sentido de *a* rede já estava presente na década de 60, o sentido do *em* rede passa a ser enfatizado a partir da década de 70, remetendo à disposição dos fluxos de pessoas e informações.

Na passagem da década de 70 para 80 a saúde mental passa a ser acoplada dentro dessa mesma lógica. Além da perspectiva sistêmica, a incorporação da história natural da doença pelo referencial da psiquiatria preventiva norte-americana possibilitou que a saúde mental pudesse ser pensada dentro de uma rede composta por diferentes níveis assistenciais, co-existindo os hospitais psiquiátricos com uma rede complementar ou extra-hospitalar disposta em níveis hierárquicos. Ficou evidente que neste referencial a rede responde, por um lado, a fragmentação do processo saúde-doença em diferentes momentos, aos quais correspondem distintos serviços; e, por outro lado, à expansão da clientela através do discurso preventivista.

No que diz respeito à configuração de rede assistencial há, neste período, uma continuidade entre as propostas defendidas nas CNS, nas políticas de saúde e de saúde mental: as reformas psiquiátrica e sanitária andam juntas, compartilham os princípios políticos e organizativos da rede assistencial.

No entanto, os efeitos do modo como as políticas de saúde mental foram implantadas do início até meados da década de 80 despertaram novas reflexões; surge como problema no plano da saúde mental a necessidade não só de descentralizar os serviços, mas principalmente oferecer um novo modelo de atenção, que não reproduzisse a exclusão social, a cronificação e as violências asilares. A criação de uma rede complementar ao hospital psiquiátrico não foi suficiente para eliminá-lo ou diminuir sua centralidade no sistema. Começa a ser enfatizada, então, a proposta anti-manicomial, influenciada pelo discurso desinstitucionalizante, denotando uma descontinuidade em relação ao discurso da psiquiatria preventiva. O viés da desinstitucionalização traz novas formulações em relação ao processo saúde-doença; ao objeto e aos objetivos das intervenções. Estas se desdobram em uma nova proposta de configuração de rede assistencial, caracterizada pelo caráter substitutivo (e não apenas complementar) em relação ao hospital psiquiátrico. Essa rede substitutiva, também chamada rede de atenção em saúde mental, responde ao processo de complexificação do sujeito, envolvendo recursos intra-setoriais, intersetoriais e sociais. Apesar da existência de uma rede de serviços organizados, territorializados, propõe-se que a rede não se resuma aos serviços formais do setor saúde e do sub-setor saúde mental. Mas sim que a rede seja capilarizada, estendendo-se por todo tecido social. O serviço como dispositivo de uma rede de relações, de produção de subjetividade e sociabilidade. Um modo de funcionamento rizomático.

Apesar da descontinuidade ocorrida no plano da reforma psiquiátrica, observamos que o mesmo não ocorre no plano organizativo do SUS, que passa a submeter a rede de atenção em saúde mental aos seus princípios de hierarquização, fluxo vertical de pessoas através do mecanismo de referência e contra-referência, fragmentação. A diversificação de serviços corresponde ao viés desinstitucionalizante. Mas sua classificação no SUS e disposição dos fluxos corresponde ao viés preventivista e racionalizador. Novas tensões emergem desse

encontro entre a reforma psiquiátrica e o SUS, assim como a necessidade de flexibilização das redes assistenciais.

O conceito de rizoma começa a aparecer, então, tanto como um novo modo de pensar o funcionamento da rede de atenção em saúde mental no SUS quanto um paradigma que baseia a produção de saber que atravessa a constituição das configurações de rede. Como um modo de funcionamento, a rede-rizoma liga-se a idéia de flexibilidade, múltiplas possibilidades de entrada, fluxos transversais, acentrismo. Mas liga-se também a idéia de desterritorialização, de abertura de linhas de fuga, de processualidade e movimento.

A própria idéia de configurações de rede presente nessa dissertação é atravessada pela perspectiva rizomática. Apesar de apontarmos pontos de emergência de práticas discursivas e seus atravessamentos sobre a constituição de configurações de rede, ou até mesmo passagens de um discurso a outro (do preventivista ao desinstitucionalizante, do sistema ao rizoma), não podemos dizer que as configurações de rede são puras. Esses diversos campos discursivos acabam sobrepondo-se, de maneira que uma configuração de rede sempre será um híbrido, um composto de agenciamentos heterogêneos – conexão, multiplicidade e heterogeneidade. Essa sobreposição pode ser constatada pelo próprio movimento que apontamos de acoplamento de um discurso desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica com o discurso sob o viés preventivista e racional-administrativo do SUS. Dessa maneira, observamos pontos de emergência e sentidos singulares atribuídos à rede, assim como processos de atualização desses sentidos, remetendo a uma multitemporalidade (PARENTE, 2007). Para entender o que se passa no cotidiano das redes assistenciais em saúde não basta procurar “modelos”, mas justamente poder pensar como diferentes modelos, aqui pensados como diferentes linhas discursivas, cruzam-se e resultam em uma determinada configuração de rede. Ao invés da homogeneidade e unicidade pretendida pelos sistêmicos clássicos, evidenciamos o hibridismo, a heterogeneidade e a multiplicidade rizomática do campo analisado.



Ao invés da idéia de presença-ausência de redes, a idéia de modos de configuração de rede. Dessa maneira podemos pensar que a ausência de serviços públicos, ou a presença limitada destes, não necessariamente denota a ausência de rede, mas sim uma configuração de rede com um forte traço neoliberal e/ou racionalizador e/ou privatizante.

Ao longo do trabalho também observamos que a análise das configurações de rede pode levar em consideração diversos planos, sendo o campo discursivo das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental apenas um deles. As diversas referências utilizadas nos apontaram pistas de como as redes foram configuradas em outros planos, como no plano das políticas públicas e no plano das práticas institucionais. Entre esses planos observamos processos de sobreposição e defasagem, pois eles não são constituídos isomorficamente. Da proposição das CNS à formulação da política pública e seu desdobramento na prática institucional observamos remanejamentos, em maiores ou menores graus conforme o contexto analisado.

Os mapas ao contrário se superpõem de tal maneira que cada um encontra no seguinte um remanejamento, em vez de encontrar nos precedentes uma origem: de um mapa a outro, não se trata da busca de uma origem, mas de uma avaliação dos deslocamentos. Cada mapa é uma distribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras (DELEUZE<sup>51</sup>, citado por LANCETTI, 2006, p. 118).

Abre-se, assim, a possibilidade de novos estudos levando em consideração uma pesquisa de campo, onde seja possível analisar as práticas discursivas e as práticas não discursivas que atravessam a constituição de redes na interface entre os campos da saúde pública e saúde mental.

Para finalizar, cabe apontar que a análise realizada sugere a relevância de não subestimarmos os modos de disposição da rede assistencial, apontando o quanto essa disposição está em conexão com campos de saber, concepções de saúde-doença, subjetividade, e assim por diante. Em algumas pesquisas, temos observado essa disposição

---

<sup>51</sup> DELEUZE, G. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Ed. 37, 1997.

ser subestimada, sendo tomada como uma dimensão macropolítica ou meramente como um território espacial onde os processos comunicacionais e os processos de trabalho são desdobrados. Por mais que no cotidiano existam sempre possibilidades de resistência, que na micropolítica se configurem possibilidades do trabalhador operar a rede de múltiplas maneiras - para além de uma rede hierarquizada e um fluxo verticalizado e burocrático - observamos que estes enunciados permanecem hegemônicos, estando ainda muito presente no imaginário dos gestores e trabalhadores de saúde, seja como um ideal a ser alcançado, seja como algo que eles supostamente cumprem em seu dia-a-dia.

Dessa maneira apontamos a necessidade de estudos futuros que levem em consideração os modos de constituição de configurações de rede na articulação entre as perspectivas micro e macropolíticas, sem que uma perspectiva seja assumida em detrimento da outra.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p. 221-240

AMARANTE, P.D.C. (Org.). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. p. 73-84. In: Amarante, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida** – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AROUCA, A.S.da S. A História Natural das Doenças. In.: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (org.). **Saúde em Debate**: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p. 16-20. (Artigo originalmente publicado na Revista CEBES, edição n. 1, p. 15-19, em out/nov. de 1976)

BARRETO, J. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista de APS**, Juiz de Fora, MG, v. 8, n. 2, p. 191-198, 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/prevenir.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2008.

BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York - o doente artificial. In: AMARANTE, P. \_\_\_\_\_ (Org.) **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica** / Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N. M. de. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n.3, 2004.

BERTALANFFY, L.V. **Teoria Geral dos Sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1973.

BIRMAN, J. ; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. **Constituição Federal** (1988). Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 out. 2005.

**Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria/SNAS nº 224** - De 29 de janeiro de 1992. Portaria de 1992 que normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html>>. Acesso em 25 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 106** - De 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços residenciais Terapêuticos. Disponível em <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html> (Acessado em 25/01/2008 )

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3605.html>>. Acesso em 25 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 336** - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4125.html>>. Acesso em: 25 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados** – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/blob/182.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2008.

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

CAMPOS, G.W. de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

\_\_\_\_\_. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. In.: CECÍLIO, L.C.de O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 3ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2006. p. 29-87.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, no.2, p.301-306, abr 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(4): 849-859,2007.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 324 p.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECCIM, R.B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de. (org.) **Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ –CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CECILIO, L. C. de O. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada. In: BRASIL/Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília, 2004. p 90-106.

CRUZ, L. “**(Des)Articulando as políticas públicas no campo da infância**: implicações da abrigagem. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

\_\_\_\_\_, G. **Conversações, 1972 – 1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

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

\_\_\_\_\_. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 5. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DIAS, M.T.G. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental** : uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS. Porto Alegre, 2007.

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, 3 (1), p. 53-81, 1998.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco / Apresentação. **Revista Vivência**, Natal, n. 32, p. 25-31, 2007.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In.: BEZERRA JR, B. AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992. p. 57-70.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ –CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 159 – 173.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. IN: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-135.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In.: MERHY, E.E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

FREIRE, F. H. M. de A., UGÁ, M. A. D., AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P. (org.) **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**/vol.2. RJ: NAU, 2005. p. 113-139.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.113-147.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2003.

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

KASTRUP. V. A psicologia na rede e os novos intercessores. In: FONSECA, T.M.G.; FRANCISCO, D.J. (org.) **Formas de ser e habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000. p.13 – 26.

\_\_\_\_\_. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede**: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 80 – 90.

\_\_\_\_\_. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.1, jan./abr. 2007a.

\_\_\_\_\_. **O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção**. (no prelo). 2007b.

LANCETTI, A. A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A. D. et al (Org.). **SaúdeLoucura**: Saúde Mental e Saúde da Família, n. 7. São Paulo: Hucitec, 2002. pp. 11 - 52.

\_\_\_\_\_. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

\_\_\_\_\_. **A esperança de Pandora**: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

LUZ, M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – Ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In.: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 85-95.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979. p. VII-XXIII

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M.C.C. Loucura e subjetividade. In.: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M.C.C. ; BARROS, M.E.B.de (Org.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45 – 58.

MARTINS, A. Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4., jul./ago. 2004.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.).



**Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO – Hucitec, 1995. p.19 – 91.

\_\_\_\_\_. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO – Hucitec, 1995. p. 93 – 158.

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Saúde no Brasil – SUS e Sistema Complementar. SANARE, Rev. de Políticas Públicas. Ano III, n. 1, Sobral (Ceará): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2002.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In.: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 2002. p.197 – 228.

\_\_\_\_\_. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: HUCITEC, 2002b.

MERHY, E; QUEIROZ, M. Saúde Pública, Rede básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (2), p. 177 – 184, abr./jun 1993.

MORAES, M. **Alianças para uma psicologia em ação:** sobre a noção de rede. 2003. s/p. Disponível em: <[www.necso.ufrj.br/Ato2003/MarciaMoraes.html](http://www.necso.ufrj.br/Ato2003/MarciaMoraes.html)>. Acesso em 25 mar. 2007.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede:** novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 17 – 38.

NARDI, H. C. et al. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4. p.1045-1054, jul./ago. 2005.

NICÁCIO, F., AMARANTE, P., BARROS, D. D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial/vol.2.** RJ: NAU, 2005. p. 195-214.

NOGUEIRA, R. P. A Ideologia Médica Neoliberal. In.: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (org.). **Saúde em Debate:** Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p. 55 – 58. (Artigo originalmente publicado na Revista CEBES, edição n. 15/16, p. 44-47, em fev. de 1984).

OLIVEIRA, J.A. de A. O “Sistema Nacional de Saúde”. In.: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (org.). **Saúde em Debate**: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p. 68-76. (Artigo originalmente publicado na Revista CEBES, edição n. 4, p. 54-62, em jul/ago/set. de 1977).

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5), p. 1053-1062, mai. 2006.

PAIM, J.S. Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica. In.: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Org.). **Saúde em Debate**: Fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p. 12-15. (Artigo publicado originalmente na Revista do CEBES, edição n. 1, p. 9-12, em out/nov. de 1976)

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PARENTE, A. Enredando o pensamento: redes de transformação e subjetividade. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede**: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 91 – 110.

\_\_\_\_\_. Rede e subjetividade na filosofia francesa contemporânea. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.1, p. 101-105, 2007.

PÉREZ-BARREIRO, G. **Jorge Macchi**: exposição monográfica. Porto Alegre: Fundação Bienal do Mercosul, 2007.

PERRONE, C.M. A morada por vir: anotações de um diário de bordo para sair das prisões do possível. In: FONSECA, T.M.G. et al (Org.). **Rizomas da Reforma Psiquiátrica** – A difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. p. 87 – 118.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental**: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, 27 (4), p. 680 – 693, 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org). **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 15-74.

RIO GRANDE DO SUL. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000.

RS. Lei Estadual Nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. RS, 1992.

ROLNIK, S. B. **Cartografia sentimental** : transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2006.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-170.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.de. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.de (Org). **Trabalhador da Saúde**: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 123-142.

SCISLESKI, A. C. C. **“Entre se quiser, saia se puder”**: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCISLESKI, A.C.C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R.N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2), p. 342-352, fev. 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Plano de saúde mental 2005 – 2008**. Assessoria de Planejamento. Coordenação da Política de Saúde Mental. Porto Alegre, 2005.

SILVA, R. A. N. Ética e paradigmas: desafios da psicologia social contemporânea. In: PLONER, K. S. et al. (Org.). **Ética e Paradigmas na Psicologia Social**. Porto Alegre: ABRAPSO, 2003. p.34-39.

SILVA JÚNIOR, A.G. da; ALVES, C.A.; ALVES, M.G.M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.77 – 90.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2003. p. 89-111.

\_\_\_\_\_. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Working-paper apresentado na **Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América**. Center for Iberian and Latin American Studies University of California. San Diego, 2004. Disponível em <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>> ; Acesso em jan./2007.

\_\_\_\_\_. O desempenho de um serviço de atenção primária a saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.9, n. 17, p. 219-234, mar/ago. 2005.

TSCHIEDEL, R. B. **Redes e Políticas Públicas**: tecendo uma perspectiva analítico-institucional. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós Graduaados em Psicologia Social, PUC-SP, 2006.

UFRGS. Departamento de Psicologia. **Manual de orientação para elaboração de dissertações de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional**. Porto Alegre, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Revista Mnemosine – Psicologia em Histórias**. Vol. 1, nº 0, Edição Especial. 2004. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemosine/viewarticle.php?id=10&layout=html>>. Acesso em: 02 ago. 2005.

VEIGA-NETO, A. **Michel Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

WADI, Y.M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

ZAMBENEDETTI, G. **O processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria-RS**. Monografia (Graduação em Psicologia), Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, 2005. Disponível em: <<http://www.bvs-psi.org.br>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C.M.; **O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental**: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, 2008. (no prelo).

## DOCUMENTOS CONSULTADOS

BRASIL. (1941). **Relatório Final / 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1confna\\_ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1confna_ed.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. (1992). **Anais / III Conferência Nacional de Saúde.** Niterói: Fundação Municipal de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07\\_01.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf\\_nac1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf)> e <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf\\_nac2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac2.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. (1975). **Relatório Final / V Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf\\_nac\\_rel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. (1977). **Relatório Final / VI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf\\_nac.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf_nac.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. (1980). **Relatório Final/Anais / 7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

CHUC, W. Anexo I: Sobre a Saúde Mental. In: BRASIL. **Anais/7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p. 180-184. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

JATENE, A.D. Extensão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas. In: BRASIL. **Anais/7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p. 49 – 56. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

KWITO, M. Modelos de serviços básicos e sua articulação com os serviços especializados. In: BRASIL. **Anais/7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p. 101 – 104. Disponível em:

<[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

MACEDO, C.G. de. Extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos. In: BRASIL. **Anais/7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p. 19-30. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final / 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf\\_nac\\_rel.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf)>. Acesso em 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental\\_relatorio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A: Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental.

<b>CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>ANO</b>
I Conferência Nacional de Saúde*	1941
II Conferência Nacional de Saúde*	1950
3ª Conferência Nacional de Saúde*	1963 (relatório publicado em 1992)
IV Conferência Nacional de Saúde*	1967
V Conferência Nacional de Saúde*	1975
VI Conferência Nacional de Saúde*	1977
7ª Conferência Nacional de Saúde*	1980
8ª Conferência Nacional de Saúde*	1986
9ª Conferência Nacional de Saúde	1992
10ª Conferência Nacional de Saúde	1996
11ª Conferência Nacional de Saúde	2000
12ª Conferência Nacional de Saúde	2003
13ª Conferência Nacional de Saúde	2007

\* Conferências Nacionais de Saúde analisadas na presente dissertação.

<b>CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL</b>	<b>ANO</b>
I Conferência Nacional de Saúde Mental*	1987
II Conferência Nacional de Saúde Mental*	1992 (Relatório final publicado em 1994)
III Conferência Nacional de Saúde Mental*	2001 (Relatório final publicado em 2002)

\* Conferências Nacionais de Saúde Mental analisadas na presente dissertação.

## APÊNDICE B: Quadro resumo das Conferências Nacionais de Saúde.

CNS	Características/Problemas apresentados	Propostas (linhas de configuração de rede)
<b>I CNS 1941</b>	- Destinou-se ao levantamento dos problemas referentes ao âmbito da saúde no Brasil, através de questionários enviados aos Estados.	- os dados não são apresentados no texto do relatório da Conferência.
<b>II CNS 1950</b>	Não disponível.	
<b>3ª CNS 1963</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brasil: grande extensão territorial, população predominantemente rural.</li> <li>- Concentração dos estabelecimentos assistenciais (basicamente hospitais) nos grandes centros urbanos, atendendo uma parcela restrita da população;</li> <li>- Necessidade de expansão da assistência (entendida enquanto assistência médica).</li> <li>- Limitação de recursos na área da saúde (racionalização das propostas emergentes);</li> <li>- Grandes depósitos de doentes mentais; “modelo nosocomial ultrapassado”; carência de serviços ambulatoriais.</li> <li>- “Estrutura hospitalar alienista e arcaica”.</li> <li>- Carência de uma política diretora de saúde mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição de uma infra-estrutura de serviços de saúde permanente.</li> <li>- Constituição de unidades municipais médico-sanitárias em todos os municípios (prestando atendimento básico e de baixo custo operacional) - estratégia de descentralização da assistência (expansão da assistência com baixo custo). → discurso sanitarista e discurso racionalizador.</li> <li>- Municipalização.</li> <li>- Política de hospitais regionais e ampliação dos ambulatórios psiquiátricos praxiterápicos (baseado nas experiências inglesa e francesa). → discurso reformador, apontando para a desospitalização.</li> </ul>
<b>IV CNS 1967</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escassez de mão de obra qualificada para acompanhar a interiorização dos serviços de saúde.</li> <li>- Carências na área da formação para o trabalho na saúde pública.</li> <li>- resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na atuação de pessoal de nível médio e auxiliar.</li> <li>- Trabalho supervisionado por médicos e enfermeiros.</li> </ul>
<b>V CNS 1975</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- concentração assistencial;</li> <li>“cerca de 40% dos municípios brasileiros não dispõem de qualquer infra-estrutura de saúde” (BRASIL, 1975, p. 51);</li> <li>- Heterogeneidade das ações produzidas no setor saúde;</li> <li>- Problema nos fluxos de informação;</li> <li>- Pluralidade de órgãos atuantes no setor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposição da organização sistêmica (Sistema Nacional de Saúde), com vistas à eliminação dos conflitos entre serviços e instâncias (Federação, Estados e Municípios) → discurso sistêmico.</li> <li>- Proposta de difusão dos conceitos das teorias de sistemas;</li> <li>- Princípios organizadores do sistema:</li> </ul>

	<p>saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descoordenação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal;</li> <li>- Indefinição de políticas e diretrizes para o setor saúde;</li> <li>- Competição e rivalidade entre instituições de saúde;</li> <li>- Duplicidade de recursos com a mesma finalidade;</li> <li>- Descoordenação entre os níveis federal, estadual e municipal;</li> <li>- Indefinição de políticas e diretrizes para os serviços;</li> <li>- Competição e rivalidade entre os serviços de saúde;</li> <li>- Dicotomia entre ações de saúde pública e atenção médica individual.</li> </ul>	<p>descentralização, hierarquização, regionalização, níveis crescentes de complexidade → discurso administrativo e discurso biomédico (possibilita a fragmentação dos momentos evolutivos da doença em estágios diferentes, cada um atendido em um nível de complexidade).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ênfase na expansão da atenção básica (uma estrutura permanente e simplificada, com ações de baixo custo, ampla cobertura e eficácia na resolução de problemas).</li> </ul>
<p><b>VI CNS 1977</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de expansão da cobertura das ações de saúde e saneamento.</li> <li>- Críticas a irracionalidade do sistema de saúde centrado no hospital (pois tem baixo alcance populacional e custo elevado).</li> <li>- Dificuldade de articulação dos órgãos que executam ações de saúde.</li> <li>- Antagonismos entre o individual e o coletivo.</li> <li>- “Realidade multi-institucional do sistema de saúde brasileiro, com flagrantes duplicações, antagonismos e desorientações” (p. 54).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo PIASS (Programa de Interiorização de Ações Básicas de Saúde e Saneamento), com prioridade as áreas rurais.</li> <li>- Ênfase no incentivo das ações preventivas.</li> <li>- Reafirmação do Sistema Nacional de Saúde e de seu papel de organizador da rede de serviços.</li> <li>- Sistema operado a partir de princípios como regionalização, níveis de complexidade crescente, hierarquização.</li> </ul>
<p><b>7ª CNS 1980</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migração campo-cidade; crescimento das periferias urbanas.</li> <li>- Existência de um sistema de atenção médico onde co-existem diferentes lógicas e modelos de atendimento, configurando um quadro caótico e irracional, guiado por interesses políticos diversos.</li> <li>- Distorção do modelo de assistência: co-existência entre o mais alto e o mais baixo nível de assistência à saúde em uma mesma cidade/local (alta tecnologia / baixa cobertura X atenção básica / grande cobertura). Desigualdade na distribuição da assistência como reflexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposta de expansão do modelo PIASS, incluindo como prioridade as regiões urbanas periféricas;</li> <li>- Ênfase na expansão da atenção básica, principalmente em áreas rurais e urbanas periféricas (atenção básica como uma atenção simplificada para atender problemas simples);</li> <li>- Metáforas de rede: pirâmide; e dos serviços como pontos, unidos por traços representando o caminho dos fluxos de pessoas/informação/comunicação;</li> <li>- Sistema: conjunto de unidades em interação; necessidade de disciplinar as interações a fim de atingir as metas com</li> </ul>

	<p>da desigualdade social. Necessidade de democratização da assistência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de saúde guiado pelos interesses da indústria da doença/loucura, farmacêutica e médico-hospitalar.</li> <li>- preocupação com a dificuldade da população em aceitar os novos fluxos propostos de acesso à assistência.</li> <li>- Necessidade de articulação e criação de fluxos entre atenção básica, secundária e terciária.</li> </ul>	<p>menor custo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmação dos princípios de organização do sistema: hierarquização, regionalização, porta de entrada única (atenção básica), fluxo vertical de usuários, esquadramento territorial.</li> <li>- proposta de inserção da atenção em saúde mental nos três níveis de assistência: Nível Primário: ações dirigidas ao público neurótico. Ao público psicótico medidas preventivas, entendidas como a recomendação para não procriação, eletroconvulsoterapia e medicamentos. → Discurso preventivista; discurso biomédico; discurso eugênico.</li> </ul>
<p><b>8ª</b> <b>CNS</b> <b>1986</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de democratização do acesso aos serviços de saúde; universalidade e integralidade;</li> <li>- Estatização X privatização;</li> <li>- Modelo de organização do setor público anárquico, pouco eficiente e eficaz.</li> <li>- Crítica: setor social (inclusive a saúde) não foi prioridade dos governos;</li> <li>- Sistema guiado pelos interesses de empresários da área médico-hospitalar.</li> <li>- Crítica a mercantilização da saúde;</li> <li>- Escassez da participação popular na formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;</li> <li>- Modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor.</li> <li>- Crítica à interferência clientelística na contratação de pessoal;</li> <li>- Crítica ao privilégio na aplicação de recursos públicos na rede privada de assistência;</li> <li>- Inadequação na formação de recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- saúde como direito, e não como mercadoria (perspectiva do welfare state);</li> <li>- hierarquização, regionalização da rede assistencial;</li> <li>- universalização em relação à cobertura populacional e equidade do acesso;</li> <li>- Descentralização da atenção;</li> <li>- Necessidade de fortalecimento e expansão do setor público; participação do setor privado de forma complementar → acoplamento entre os enunciados estatizantes e os enunciados privatizantes;</li> <li>- Separação (em nível federal) entre Previdência e Saúde;</li> <li>- Proposição de um conceito ampliado de saúde;</li> <li>- A reforma do setor saúde transcende uma reforma administrativa e financeira – aspectos culturais;</li> <li>- Proposta de integração da política de saúde às políticas sociais e econômicas;</li> <li>- Criação de um Sistema Único de Saúde.</li> <li>- Discurso democrático; discurso neoliberal; discurso sanitarista;</li> </ul>

## APÊNDICE C: Quadro resumo das Conferências Nacionais de Saúde Mental

CNSM	Características e Problemas apresentados	Propostas (linhas de configuração de rede)
<p><b>I CNSM 1987</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema relativo à exclusão social e sua legitimação pelas instituições psiquiátricas;</li> <li>- Ciclo vicioso do trabalho da saúde, onde ganha-se mal e trabalha-se mal;</li> <li>- Discussão sobre estatização X privatização;</li> <li>- Necessidade de democratização dos serviços de saúde, participação de usuários, etc;</li> <li>- Crítica à cronificação dos usuários e violências asilares;</li> <li>- Modelo assistencial organicista e medicalizante;</li> <li>- Ausência de política específica para crianças e adolescentes;</li> <li>- “A rede de atenção à saúde mental se caracteriza, ainda, por um modelo asilar e cronificador”;</li> <li>- Modelo manicomial, sistema hospitalocêntrico e médico-psiquiátrico dispendioso financeiramente e ineficaz;</li> <li>- Concentração de recursos públicos na área hospitalar;</li> <li>- Predomínios de leitos psiquiátricos no setor privado;</li> <li>- Centralização do poder político.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmação das diretrizes da 8ª CNS;</li> <li>- Reafirma importância da implantação de uma reforma sanitária no país;</li> <li>- “As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal.” (p. 16);</li> <li>- Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização;</li> <li>- Não credenciamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos tradicionais;</li> <li>- Progressiva redução nos leitos em hospitais psiquiátricos e substituição por leitos em hospitais gerais públicos ou por ‘serviços inovadores alternativos’ a internação psiquiátrica;</li> <li>- Proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos;</li> <li>- Estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde;</li> <li>- Programas de emergência psiquiátrica;</li> <li>- Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido;</li> <li>- Descentralização dos ambulatórios públicos;</li> <li>- Equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais, etc;</li> <li>- Idéia da rede extra-hospitalar;</li> <li>- Criação de programas de reabilitação para crônicos.</li> </ul>
<p><b>2ª CNSM 1992</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de definição de marcos conceituais (atenção integral, conceito de saúde);</li> <li>- necessidade de definição de diretrizes do modelo de atenção – redes de atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmação dos princípios do SUS;</li> <li>- Rede: caráter intra-setorial, intersetorial e informal;</li> <li>- Intra-setorial: Substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços/rede de atenção diversificada: unidades de saúde mental em</li> </ul>

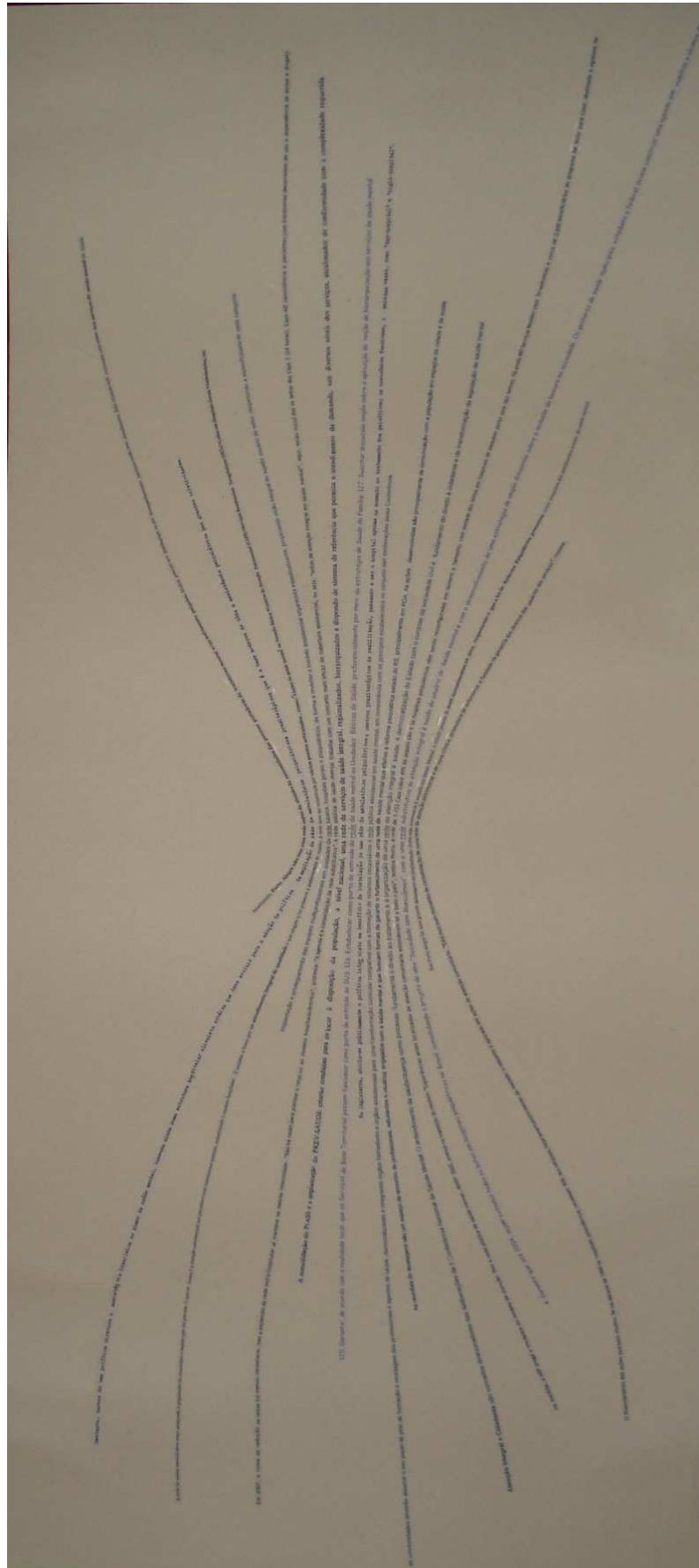
	em saúde mental.	<p>hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fluxos efetivos de referência e contra-referência;</li> <li>- Intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros;</li> <li>- Caráter intersetorial: Integração das ações de saúde mental às outras políticas sociais (educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação);</li> <li>- Caráter informal: recursos da comunidade, atenção informal em saúde mental desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, organização de familiares, organização de pais e outras;</li> <li>- Definição das equipes como multiprofissionais, incluindo profissionais da área artística, cultural e educacional;</li> <li>- Sugestão da adoção dos conceitos de território e responsabilidade;</li> <li>- Descentralização;</li> <li>- Municipalização;</li> <li>- Constituição de equipes itinerantes que atuem nas comunidades, em áreas urbanas e rurais.</li> </ul>
<p><b>III CNSM 2001</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar dos avanços e da demonstração da viabilidade de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, “o modelo asilar ainda permanece hegemônico, tanto no que se refere à capacidade instalada como no total de recursos gastos na rede hospitalar, insistindo em perpetuar relações produtoras de exclusão com a experiência do sofrimento mental” (p. 12)</li> <li>- Necessidade de avaliação do processo da R.P. e proposição de novos caminhos para sua efetivação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reafirmação do SUS, seus princípios e diretrizes, e da saúde como direito;</li> <li>- processo de reorientação pautado em uma concepção de saúde como processo, e não como ausência de doença.</li> <li>- Rede: caráter intra-setorial, intersetorial e informal/social;</li> <li>- macro e micro territorialização;</li> <li>- utilização da epidemiologia;</li> <li>- integração dos serviços de saúde mental à rede de saúde;</li> <li>- desospitalização (desativação dos hospitais psiquiátricos e criação de rede substitutiva);</li> <li>- desinstitucionalização (paradigma que reorienta as ações; questionamento do modo de relação sociedade-instituições) → discurso desinstitucionalizante;</li> <li>- proposta de consolidação de uma sociedade sem manicômios, com a garantia da extinção dos leitos</li> </ul>

		<p>psiquiátricos em hospitais psiquiátricos até 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- caráter público da rede.</li><li>- garantia de efetivação dos mecanismos de referência e contra-referência em todos os níveis de atenção.</li><li>- descentralização, com criação de equipes de saúde mental em todos os municípios.</li><li>- diversificação da oferta de serviços e ações, prestando cuidado e não apenas identificando patologias.</li><li>- Implementação de uma rede de serviços de saúde mental/rede substitutiva/rede de atenção/rede pública/rede de cuidados/rede assistencial de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico/modelo hospitalocêntrico.</li><li>- Criação de equipes volantes multidisciplinares em saúde mental para atendimento de urgências, VDs e apoio a atenção básica;</li><li>- horizontalização da rede de cuidados que atravessa a rede de serviços</li><li>- Articulação de ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial.</li><li>- Integração entre saúde mental e PACS, PSF E ESM. Ações conjuntas entre SM e PSF.</li><li>- Discussão sobre acesso e fluxo pela rede: atenção psiquiátrica na urgência/emergência; UBS como porta de entrada, preferencialmente a ESF;</li><li>- Necessidade de discussão sobre os efeitos do princípio de hierarquização sobre os serviços de SM.</li><li>- garantia de acesso à atenção em saúde mental 24hs, 7 dias da semana.</li><li>- constituição de uma “rede de solidariedade” em saúde mental.</li></ul>
--	--	---

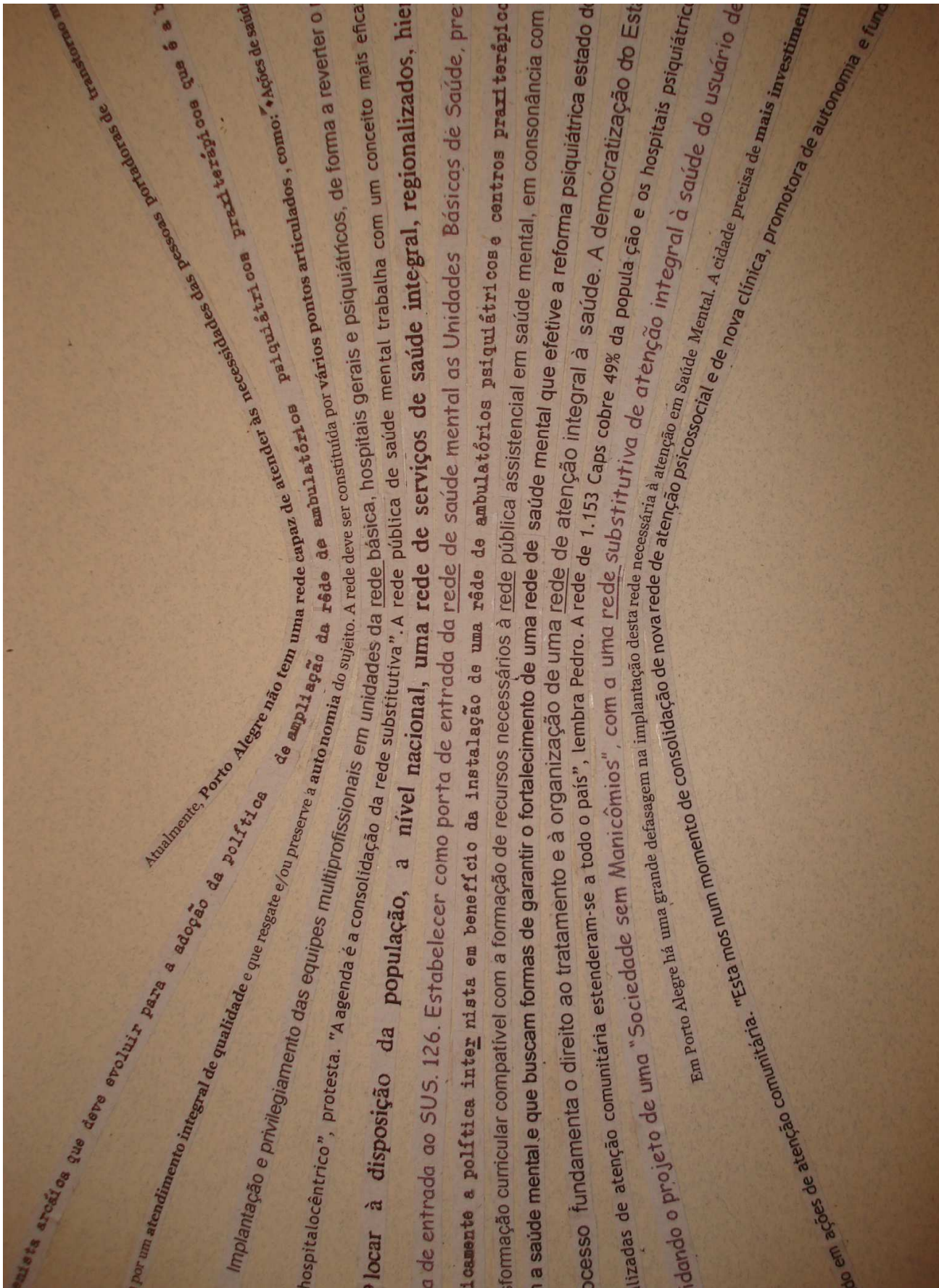
# ANEXOS



ANEXO 1 – DIAGRAMA DE REDE



## ANEXO 2 – DIAGRAMA DE REDE (EM FOCO)



ANEXO 3 – Rede de atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2004b, p. 11)

