



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

Vania Roseli Correa de Mello

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL:
Cartografando as Intervenções de Apoiadores Institucionais**

Porto Alegre, abril de 2009.

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL:
Cartografando as Intervenções de Apoiadores Institucionais**

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

Orientadora: Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre, abril de 2009.

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL:
Cartografando as Intervenções de Apoiadores Institucionais**

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

Aprovado em abril de 2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos

Prof. Dra. Liane Beatriz Righi

**Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon
Orientadora**

Porto Alegre, abril de 2009.

Aos meus filhos,
Vitor e Henrique,
pelo desafio da reinvenção de cada dia.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, em especial, aos da Política Nacional de Humanização e da Saúde Mental por não medirem esforços na construção de alternativas para uma saúde melhor para todos os cidadãos brasileiros.

Às apoiadoras Cláudia, Dolores, Eleonora, Elinar, Guiomar, Josemari, Luciana, Margarete, Martha, Rosane e Simone Martins pela co-autoria nesta pesquisa e pelo compromisso com o cuidado em liberdade.

Aos colegas de mestrado, em especial ao Ruben, Janete, Gustavo, Carla, Michele e Thiele, que dividiram comigo as alegrias, dúvidas, frustrações e conquistas deste processo.

Ao Paulo Ferraz, colega deste percurso acadêmico, que com muita sensibilidade me incentivou a registrar através da escrita, a experiência do encontro “quando um certo alguém cruzou o meu caminho”.

À Carla Bottega, descoberta-presente, que, com sua alegria e coragem fez “ninho” em minha vida.

À Rosane Neves, pela acolhida inicial deste mestrado.

À Maria Luiza Cardinale Baptista, a Malu, da Pazza Comunicazione, por me ensinar que é possível estabelecer outra relação com a escrita. Por sua alegria e paixão no que faz e no que acredita.

Às colegas da Secretaria de Estado da Saúde: Patricia, Jaqueline, Vanessa, Glória, Rosane, Assunción, Rosa e Magali pelo apoio e generosidade com que acolheram minha demanda de estudos.

Aos residentes com os quais tenho tido, na função de supervisora, uma riqueza (in)tenso de trocas que me ensinam a cada dia, o desafio de aprender e ensinar.

Aos companheiros da Comissão de Saúde Mental do CES/RS pela boa luta e trabalho coletivo.

Aos amigos que souberam compreender minha ausência neste período.

À Miriam Dias por tudo que tem me ensinado no cuidado em Saúde Mental.

À Gislei Lazzarotto, pela delicadeza do afeto.

À Marta Conte, por tudo (e muito mais).

À Maria Elizabeth Barros de Barros, pela preciosidade e pertinência de seu parecer na etapa de qualificação desta pesquisa.

À Analice Palombini, Eduardo Passos e Liane Righi, pela generosidade da leitura e composição desta banca. A presença de vocês torna este momento especialmente feliz para mim.

À minha mãe, Teodora, pelo amor, exemplo e apoio. E por acreditar na educação, como um legado fundamental a ser defendido aos filhos.

Ao Cláudio, meu amor, companheiro e porto seguro com o qual divido a dor e a delícia desta vida em comum.

À Simone Mainieri Paulon, mestre e cúmplice de trabalhos e desafios. Pela alegria, respeito e parceria como experimentamos, orientadora e orientanda, nossa primeira “viagem” no percurso acadêmico deste Programa de Pós-Graduação da UFRGS.

*Para passar de um lado a outro do canyon, é necessária uma ponte.
A ponte é o elemento que permite conectar uma idéia a outra, um tempo a outro.
Pontes e viadutos são elementos que servem para transpor os abismos das gargantas.
Transportar, transitar, reduzir distâncias. Elementos que estabelecem ligações, laços. São
passagens.*

*“Um mergulho no ar com chão embaixo”, como se referiu o escritor Antonio Paulo
Klein em seu livro: Pontes e viadutos.*

*Uma mescla de necessidade, simbolismo e aventura envolve o conceito de ponte.
A ponte tem por finalidade conectar fragmentos de mundos, realidades distintas ou
similares, é uma solução ao problema do transporte sobre o abismo do recorte. Ela permite
a comunicação entre os povos e culturas separadas pelas gargantas dos abismos
geográficos.*

*As pontes possuem o atributo da universalidade, reagrupam fragmentos, superam os
abismos e as divergências configurados pelo corte. A ponte é o lugar onde se entrecruzam
passado, presente e futuro. Sua intensidade poética e sua dramaticidade estão diretamente
associadas à sua capacidade de unir espaços separados, ou de transpor grandes
profundidades, grandes dificuldades. As pontes são um ponto fraco, tal qual outro elemento
de ligação. Sempre foram o alvo predileto dos bombardeios, a maneira mais fácil de romper
as ligações, as comunicações. São, também, o lugar predileto das trocas, das trocas de
prisioneiros, das celebrações de paz, dos armistícios, dos tratados e acordos.*

O lugar ideal para os cenários de romance. O lugar do ritual, da consagração.

*Por suas características simbólicas, são, também, o lugar preferido do sacrifício e do
suicídio. Jogar-se de uma ponte significa o último estado, no qual o ser abandona o sentido
horizontal da travessia, se lançando no sentido vertical da queda. A ponte ou o viaduto são o
lugar decisivo, do arrebatamento, do ir em frente ou retornar.
Ali acontece a consolidação do presente, do encontro.*



CANYONS
FERNANDO FREITAS FUÃO

RESUMO

Esta pesquisa se propôs a estabelecer possíveis conexões entre dois campos da saúde coletiva: a saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, e a Política Nacional de Humanização (PNH). Seu objeto foi a humanização do cuidado em saúde mental, expresso nas intervenções realizadas a partir do processo de formação de Apoiadores Institucionais, do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, realizado entre 2007 e 2008, no Rio Grande do Sul. Dos 64 trabalhos monográficos de conclusão do curso, foram selecionados os 11 planos de intervenção desenvolvidos no campo da saúde mental. A proposta delineou-se no sentido de apontar para a construção de aproximações e laços – ‘pontes’, como metaforicamente serão referidas, ao longo da pesquisa - entre estas duas políticas públicas de saúde, de modo a contribuir para a qualificação das práticas humanizadas de cuidado em saúde mental. O trabalho percorreu as linhas teóricas da saúde coletiva, da Reforma Psiquiátrica e da PNH. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que utilizou a cartografia como estratégia metodológica. Da leitura dos trabalhos de conclusão, aliada às observações decorrentes da participação da pesquisadora, como apoiadora pedagógica do curso, emergiram os principais conceitos operadores, que subsidiaram a análise dos resultados: grupalidade, protagonismo e transversalidade. Tal percurso de investigação indicou, ao final, que os dispositivos ofertados pela PNH mostram-se potentes e afinados à perspectiva do cuidado em Saúde Mental, defendidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como sua estratégia de formação-intervenção mostrou-se fundamental na construção de ‘pontes’, que viabilizem a diminuição do abismo existente entre os processos de formação da academia e as necessidades dos serviços de saúde e, conseqüentemente, respondam, de modo mais incisivo, às necessidades de saúde das comunidades a que se destinam.

Palavras-chave: Humanização; Cuidado; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study intended to establish the possible connections between two fields in collective health: mental health, from the perspective of Brazil's Psychiatric Reform, and the National Humanizing Policy (Política Nacional de Humanização, PNH). It was aimed at humanizing mental health care through interventions carried out within the process of training Institutional Aid Workers in the specialization course Humanizing Attention and Management at the Unified Health System in 2007-2008, in the state of Rio Grande do Sul. Eleven intervention plans developed in the field of mental health were selected out of the 64 monographic term works. The proposal pointed to building approximations and bonds – "bridges", as they are metaphorically referred to along the study – between those two public health policies so as to contribute to improve humanized practices in mental health care. The work developed along the theoretical lines of collective health, Psychiatric Reform, and PNH. It is a qualitative research study that used cartography as its methodological strategy. From the reading of term works, together with observations resulting from the researcher's participation as the course's pedagogical advisor, core operating concepts emerged that supported the analysis of the results: groupness, protagonism, and transversality. Such investigative direction eventually pointed that the devices provided by PNH show to be potent and aligned with the perspective of care in Mental Health, advocated by Brazil's Psychiatric Reform, just as its training-intervention strategy showed to be crucial in building "bridges" that allow reducing the huge gap between academic training processes and the needs of health services. Therefore, they respond more sharply to the needs of the communities they are aimed at.

Key words: *Humanizing; Care; Mental health; Psychiatric Reform.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 QUANDO UM CERTO ALGUÉM CRUZOU O MEU CAMINHO	20
2.1 O CUIDADO EM SAÚDE OU QUEM CUIDA DE QUEM?.....	22
2.2 SAÚDE COMO UM BEM.....	29
2.3 UMA POLÍTICA PARA REENCANTAR O SUS.....	34
3 A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	43
3.1 LOUCURA À SOLTA: APROXIMAÇÕES AO CAMPO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	43
3.2 CENÁRIO DAS INTERVENÇÕES	46
3.3 TECENDO REDES DE CUIDADO	47
3.4 EXISTIR É DIFERIR.....	50
4 PREPARANDO OS PILARES DA PONTE.....	56
5 CARTOGRAFANDO O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL	65
5.1 GRUPALIDADE.....	66
5.2 PROTAGONISMO.....	69
5.3 TRANSVERSALIDADE	72
6 DAS NOVAS PASSAGENS AOS PRÓXIMOS MERGULHOS	77
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A – QUADRO-SÍNTESE DOS TCCS/INTERVENÇÕES	93
APÊNDICE B - QUADRO-SÍNTESE DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	94
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	95
ANEXO A – ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS DO CURSO.....	98
ANEXO B – TABELAS	99

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente pesquisa é a humanização do cuidado em saúde mental, evidenciado nas intervenções realizadas a partir do processo de formação de Apoiadores Institucionais, do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no ano de 2007 e 2008. A pesquisa propõe-se a estabelecer possíveis conexões e repercussões entre dois campos da saúde coletiva: a saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica, e a Política Nacional de Humanização.

Trata-se de duas políticas públicas de saúde, forjadas no contexto do Sistema Único de Saúde que, apesar de não terem sido inicialmente construídas uma para a outra exclusivamente, guardam, no decorrer de suas trajetórias, muitas relações entre si. Ambas compartilham, entre outras afinidades, a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; a inclusão das diferenças, como incremento às experiências coletivas; e a mudança nos modos de produção do cuidado em saúde.

A possibilidade de transformação e qualificação das práticas de cuidado em saúde mental, na interface com a Política Nacional de Humanização (PNH), constituiu-se, portanto, no fio condutor desta pesquisa. A interação aqui proposta é fruto de um esforço para a construção de conexões e laços entre ambas, que apontem para a possibilidade de contribuir com o processo de qualificação das práticas de produção de um cuidado mais humanizado em saúde mental. Possibilidade, portanto, de construir pontes.

Uma primeira ponte que se ergue é o diálogo profícuo entre os princípios do SUS e as diretrizes da PNH, com o modo de cuidar em saúde mental, demandado pela reforma psiquiátrica. A trama teórica que subsidiou a discussão da humanização do cuidado em saúde mental perpassou o campo da saúde coletiva, da reforma psiquiátrica e da Política Nacional de Humanização. A saúde coletiva emerge no contexto do movimento da reforma sanitária, cujas articulações políticas e sociais desencadearam a constituição do próprio SUS. Como área de conhecimento interdisciplinar e multiprofissional, a saúde coletiva busca “[...] transformar a produção científica e tecnológica do campo sanitário em instrumento e ferramenta de qualificação da vida, colocando-a sob a égide da justiça social” (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 2).

A reforma psiquiátrica, embora contemporânea da reforma sanitária, tem sua história inscrita em um contexto internacional de mudanças, pela superação do modelo asilar e pela defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Nesta perspectiva, a reforma psiquiátrica compreende um conjunto de mudanças e transformações na sociedade como um todo que, apesar dos inegáveis avanços, ainda enfrenta enormes desafios na alteração da relação da sociedade com a loucura.

O *corpus* de análise desta pesquisa constituiu-se da humanização do cuidado em saúde mental, evidenciado a partir das intervenções realizadas pelos alunos/apoiadores da primeira edição do Curso de Especialização da Humanização da Atenção e Gestão do SUS, ocorrido entre junho de 2007 e abril de 2008. Dos 64 trabalhos finalizados, foram selecionados os 11 trabalhos de conclusão de curso (TCCs), desenvolvidos no campo da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que utilizou a cartografia como estratégia metodológica. A partir de uma cartografia do cuidado humanizado em saúde mental, deduzida da leitura dos trabalhos de conclusão de curso, emergiram os principais conceitos operadores, os quais foram dando consistência à análise dos resultados da leitura realizada: grupalidade, protagonismo e transversalidade.

O cuidado em saúde vem se constituindo, cada vez mais, como um dos principais desafios para a qualificação dos modos de produção da saúde. Configura-se como uma tecnologia a que Merhy (2006) designou por “leve”, de caráter relacional e que se produz nos encontros entre usuários e trabalhadores no campo da saúde.

Atualmente a busca de cuidado tem sido apontada, de forma inequívoca, como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira. É uma demanda que surge como uma crítica das coisas, das instituições, das práticas e discursos em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

O tema da humanização tem procurado incidir nas agendas da saúde desde a XI Conferência Nacional de Saúde, cujo título era “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A Política Nacional de Humanização da

Gestão e da Atenção (PNH), em curso no Brasil desde meados de 2003, apresenta-se como um dispositivo de fortalecimento da Política Pública de Saúde.

A construção do objeto desta pesquisa – a humanização do cuidado em saúde mental - vem sendo amadurecida ao longo de uma trajetória de quase duas décadas de trabalho, na área da saúde pública. Entre todas as experiências que tive a oportunidade de vivenciar, ganham destaque especial a trajetória junto à equipe do Centro de Saúde Bom Jesus; a experiência como residente do Programa de Residência Integrada em Saúde, da ESP/RS; e mais recentemente, a participação como integrante da equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do RS.

Tal destaque advém da riqueza e da intensidade com que essas experiências se constituíram como referências no plano pessoal e profissional. Ao vivenciar as dificuldades de um SUS ainda em construção, essas foram e têm sido experiências capazes de atizar a esperança, reacender o desejo e apostar na capacidade, concreta e responsável, de transformação das condições de vida e saúde da população.

Atualmente, como sanitarista na Secretaria de Estado da Saúde do RS, tenho participado da discussão e implementação de uma política de saúde mental, afinada com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que observe e contemple o respeito às diferenças e aos direitos humanos, através da incorporação de práticas de cuidado e da constituição de equipamentos de saúde, que possam dar sustentação a esses princípios. Todos sabem quanto, nessa arena, apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a ser trilhado...

Esta não é uma realidade abstrata ou distante para mim, mas advém de uma dura constatação que pude fazer, não só como trabalhadora, mas também como usuária do Sistema Único de Saúde, ao recorrer a um serviço de assistência farmacêutica, no qual o atendimento aos usuários beira ao descaso. Ali foi possível sentir na pele o quanto a saúde ainda é vista, por ambas as partes, usuários e trabalhadores, como um favor e não como direito.

Na ocasião em que precisei recorrer a este serviço específico de saúde, foi-se evidenciando o quanto uma relação, que deveria se pautar pelo respeito e parceria, muito facilmente transforma-se numa relação de favor e gratidão. Em certa medida, há um esforço para melhorar as condições de espera dos usuários como, por exemplo, a instalação de aparelhos de ar condicionado, cadeiras em melhor estado

de conservação e guichês mais bem distribuídos. A questão, no entanto, é bem mais ampla. Deveria começar pela consciência de que o serviço de saúde é igualmente, responsável por quem está lá fora, por aqueles que ainda não conseguiram entrar.

Na cena vivenciada por mim, em todo o ambiente, o clima era de hostilidade e tensão. Um vigilante cumpria o papel de barrar aqueles que, por ventura, tentavam entrar ou solicitar uma informação. A fila do lado de fora era constante e a expectativa, grande. “Será que receberei a medicação de que necessito?” Todos pareciam estar preparados para o pior. Poucas eram as situações amistosas ou de cordialidade, revelando-se como uma experiência desgastante e desrespeitosa.

Alguns cartazes espalhados no ambiente chamaram minha atenção, pelo caráter daquilo que pareciam querer transmitir: distância, frieza e formalidade. O receio dos trabalhadores não é em vão, pois já houve situações concretas de violência física. Constata-se, no conteúdo dos cartazes, o quanto algumas situações operam na contramão do que preconiza uma política pública que faça jus ao que a adjetiva.

Sejas grato por tudo que tens e receber, assim nunca lhe faltará

Código penal:

Desacato:

Art 31: desacatar funcionário público no exercício de função ou em razão dela

Pena: detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos ou multa.

Boas Vindas:

Quem vier, de onde vier,

Venha em paz

Paciente:

Algumas definições

Benfeitor: é o que ajuda e passa

Amigo: é o que ampara em silêncio

Companheiro: é o que colabora sem constranger

Renovador: é o que se renova para o bem

Forte: é o que sabe esperar no trabalho pacífico

Esclarecido: é o que se conhece

Corajoso: é o que nada teme de si mesmo

Defensor: é o que coopera sem perturbar

Eficiente: é o que age em benefício de todos

Vencedor: é o que vence a si mesmo

Essas situações são reveladoras do paradoxo que indica, por um lado, a capacidade dos serviços de produzir um cuidado centrado em procedimentos, no caso, no fornecimento da medicação e, por outro, a força da construção imaginária em torno dele, induzindo os usuários muitas vezes a demandarem o remédio, a receita ou exame, atribuindo-lhe um potencial de produção de cuidado em si mesmo. (FRANCO; MERHY, 2005). Afinal, o recado é claro: o bom usuário é o que ajuda, silencia, não perturba, não constrange, coopera e vence a si (e por si, parece) mesmo!?!

Relatos de mau atendimento, falta de leitos, médicos e remédios, entre outros problemas nos serviços de saúde ganham, com frequência, destaque pela mídia. As dificuldades vividas pelo SUS nos colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios que estão assegurados em lei. Uma trajetória de fragmentação da rede de assistência e do processo de trabalho, onde o baixo investimento na qualificação profissional não incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, acaba por repercutir no desrespeito aos direitos dos usuários. Temos aqui, sem dúvida, um abismo a ser enfrentado. São justamente situações como estas que justificam a existência de uma Política Nacional de Humanização.

Apesar de reconhecermos os desafios e a legitimidade das reivindicações que se apresentam, entendemos como justo e necessário, destacar exemplos de situações exitosas, que acontecem diariamente nos serviços de saúde e que não

chegam sequer a ser divulgadas. Assim, não há somente uma versão a ser contada e a PNH tem sido capaz de dar visibilidade às experiências concretas e implicadas que demonstram que é possível “um SUS que dá certo”.

Como alternativa para o enfrentamento dos impasses que estes 20 anos de SUS nos colocam, a PNH tem desenvolvido estratégias de formação que procuram incidir no abismo formação - demanda dos serviços de saúde. A formação-intervenção da PNH sustenta-se em vários princípios. Um deles é a inseparabilidade entre formar e intervir, onde todo o processo de formação se delinea em torno de um plano de intervenção, desenvolvido concretamente nos serviços de saúde. Além disso, existe o foco no “aprender-fazendo”: mais do que “fazer-conhecer”, à PNH importa “fazer participar”, de modo que a relação com o aprender se estabelece com base na apropriação, mobilização e construção de conhecimentos. Outro princípio diz respeito à descentralização e à corresponsabilização locais: os projetos de formação devem considerar os cenários locais e a pactuação dos atores envolvidos. Pode-se destacar, ainda, o aspecto *Multi-input* da PNH, ou seja, o processo de formação deve levar em consideração a inclusão de atores estratégicos, ao longo do processo. Além disso, há a perspectiva da avaliação formativa, com a inclusão de ações de monitoramento e avaliação, onde possam ser identificados e incorporados os diferentes analisadores institucionais produzidos, de modo a destacar o caráter participativo e emancipatório, que o processo de avaliação pode adquirir. (PAULON; CARNEIRO, 2009)

O curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem sido desenvolvido segundo esses princípios, numa parceria entre o Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), com o apoio da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP). A partir desse processo de formação, é agenciada uma rede de dispositivos, que coincide à reflexão, no que diz respeito ao cuidado humanizado em saúde.

A oportunidade, oferecida aos alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGPSI/UFRGS), no sentido de participarem na condição de alunos em disciplinas oferecidas no curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, viabilizou a oferta de dois contratos de assessoria, através do Ministério da

Saúde. Esses contratos implicaram que alunos do mestrado desenvolvessem seus projetos de pesquisa, em consonância com a PNH, e atuassem como apoiadores pedagógicos junto ao curso de Especialização.

Uma segunda ponte aqui se ergue e diz respeito à possibilidade de diminuição do abismo existente entre a academia e os serviços de saúde. Os resultados nefastos desta distância podem ser constatados, por um lado, quando os trabalhadores ressentem-se da dificuldade em obter, na Universidade, um suporte condizente com seus impasses cotidianos e, por outro lado, quando essa instituição se consome na sua própria produção de conhecimentos. Esta é sem dúvida uma questão que me diz respeito. Minha trajetória profissional como sanitaria, integrante da equipe de Coordenação da Política Estadual de Saúde Mental do RS, tem me levado a refletir sobre o modo como as políticas públicas de saúde e, em especial, de saúde mental são construídas. Quais as concepções, valores e interesses, presentes na sua operacionalização pelos diferentes governos? Como assegurar que, para além de uma política de governos, se garanta uma política de estado para todos, de forma digna e qualificada? Quais as estratégias coletivas de que dispomos para fazer frente a um modelo de atenção cada vez mais calcado na doença e na individualização? Estas e outras inquietações me levaram a buscar o espaço da academia, por meio do ingresso no programa de mestrado, como lugar potente para a qualificação de minha atuação profissional, na formulação de políticas de cuidado em saúde mental.

Foi assim que surgiu a oportunidade de integrar, no ano de 2007, a equipe coordenadora da primeira edição do referido curso de especialização. Deste modo, a experiência como apoiadora pedagógica consistiu em um trabalho contínuo e sistemático, de suporte teórico e metodológico aos formadores e, indiretamente, aos alunos/apoiadores. Esta pesquisa decorre dessa experiência.

Para apresentá-la, o primeiro capítulo inicia com a apresentação de um relato, que explicita os contornos e motivos que conduziram a problematização da humanização do cuidado em saúde mental. O relato pretende dar visibilidade para outra ética, na produção do cuidado em saúde, e delinear o campo de análise da pesquisa. Problematizando o cuidado em saúde, como dispositivo de encontro e disparador de movimentos instituintes de novas subjetividades que se reinventam nas forças do coletivo, a abordagem situa o campo da saúde coletiva, num contexto de consolidação do Sistema Único de Saúde, apresenta os princípios, diretrizes,

métodos e dispositivos da Política Nacional de Humanização, como política transversal a toda rede SUS.

O terceiro capítulo apresenta, brevemente, o contexto de trabalho em que as intervenções de saúde mental, se desenvolveram – a reforma psiquiátrica brasileira e o panorama atual de sua implementação no RS. Considera que o cuidado humanizado, demandado pela reforma psiquiátrica, guarda estreita relação com a proposta da PNH, no campo teórico-prático. Na seqüência, descreve-se a estratégia metodológica da pesquisa, caracterizada por uma cartografia do cuidado humanizado em saúde mental, desenvolvida com base na análise de 11 intervenções, desencadeadas em diferentes municípios do Estado, a partir do trabalho de conclusão dos apoiadores da primeira edição do curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

O quinto capítulo consiste na cartografia propriamente dita, destacando as principais categorias que emergiram da análise das intervenções e que foram consideradas, nesta pesquisa, como elementos que “fazem acontecer” a humanização do cuidado em saúde mental.

Ao final, são retomados os objetivos iniciais da pesquisa, considerando seus alcances e limitações. Destaca-se a relevância de um cuidado que se dá em uma rede coletiva, comprometida, afetiva, ética e potente, para sustentar a produção do cuidado humanizado em saúde mental.

Ao problematizar o modo como as práticas de cuidado em saúde mental operam no cotidiano dos serviços buscou-se, dar passagem e visibilidade aos agenciamentos que, afirmando a vida, foram capazes de produzir autonomia e liberdade.

Para isso, foi importante identificar algumas questões que perpassaram toda a trajetória de pesquisa: o que caracteriza o cuidado humanizado em saúde mental? O que permitiu às apoiadoras identificarem suas intervenções como humanizadoras? Trata-se, então, de discutir o “entre” como caminho, processo, travessia que leva o sujeito a uma aposta, na criação e reinvenção de novas tecnologias de cuidado. Trata-se de um convite à construção de novas pontes.

2 QUANDO UM CERTO ALGUÉM CRUZOU O MEU CAMINHO

Assim foi com Catarina, usuária que tive oportunidade de conhecer, durante o período de residência multiprofissional, a partir do atendimento a um de seus filhos. Mulher, mãe, trabalhadora, esposa que, quando a atendi pela primeira vez foi logo avisando que já tinha passado por todo mundo do posto.

De fato, do porteiro ao chefe da unidade, todos sabiam sua história: seus problemas, defeitos, suas dificuldades, suas marcas, seu prognóstico. Fora encaminhada para o serviço de psicologia pela assistente social, devido às fugas de um de seus filhos, que constantemente permanecia na rua por longos períodos. Ninguém mais tinha paciência para ela. Afinal, não respondia às expectativas da equipe, deixava as crianças sozinhas e não sabia cuidá-las. Enfim, todos diziam ser um caso perdido! Várias eram as instituições que já haviam feito intervenções no caso: conselho tutelar, polícia, assistência social, posto de saúde, escola e tantos outros. Tratava-se, portanto, de mais uma tentativa. Assim, ao iniciar o atendimento ao menino, eu quis conhecer sua família e sua história. As notícias que havia recebido a respeito da mãe de meu paciente, antes mesmo de conhecê-la, davam conta de uma pessoa muito difícil de lidar, que não comparecia aos atendimentos e tampouco cumpria os acordos e combinações propostos pela equipe de saúde. Talvez pela minha inexperiência (era residente de primeiro ano), ou por intuição, não dei muito ouvidos ao que me disseram a seu respeito. Ao longo de dois anos, nos encontramos semanalmente e quando, por algum motivo, não era possível comparecer, ela sempre procurava avisar. Ao finalizarmos o acompanhamento, ela engravidou novamente, de uma relação conturbada com o companheiro, com o qual já tinha três ou quatro filhos. Durante esse tempo, seu filho fugiu algumas vezes permanecendo dias na rua, apesar de os períodos entre uma e outra fuga irem se espaçando cada vez mais. Entre muitas idas e vindas, ele conseguia comparecer aos encontros que costumavam ser intercalados, ora individualmente, ora com a mãe ou, até mesmo, com a mãe e alguma de suas irmãs. Apesar de extremamente inteligente e articulado, e talvez por isso mesmo, tinha muita dificuldade em permanecer na escola. Assim como sua mãe, tinha um sorriso aberto do qual nunca esqueci.

Catarina, sua mãe, por algum motivo, que naquela época eu não compreendia muito bem, vinha sempre às consultas marcadas, mesmo quando seu filho estava fugido. Ela parecia gostar de ocupar aquele lugar. Que lugar seria aquele? O dela e o meu? Que lugar construímos juntas? Ela falava sobre diversos assuntos: sua vida, seu trabalho, a relação com o companheiro, os filhos, sua preocupação com o filho que continuava fugindo. Ao longo de todo este tempo, não foram poucas as vezes em que eu me perguntava sobre o que resultariam aqueles nossos encontros? Os atendimentos, as conversas, a escuta, ouvir da vida, enfim... Foram questões que permaneceram durante alguns anos. Eis que, seis anos depois, quando nos cruzamos novamente, ela me reconheceu e me chamou pelo nome. Cumprimentamo-nos e, numa breve conversa, fizemos uma rápida atualização de nossas vidas. Falou que havia se mudado para outro bairro, deu notícias de suas filhas e contou, em tom de novidade que seu filho, aquele que fugia, já era papai e estava trabalhando. Após nos despedirmos, cada uma foi para um lado da rua. Depois de alguns passos, ela me chamou novamente. Aproximou-se com seu sorriso espontâneo e me disse que queria me contar alguma coisa. Falou que gostaria muito que eu soubesse que marquei sua vida. Lembrou o fato de já ter “passado por todos” os profissionais do posto e que, inúmeras vezes, levantou-se no meio dos atendimentos e foi embora, porque ficavam dizendo que ela devia fazer isso e aquilo. Que fui a única pessoa a lhe ouvir do jeito que ela era, sem acusações e que lhe mostrou que ela podia ser uma mãe melhor para os seus filhos. Repetiu que queria muito me dizer isso. Despedimos-nos outra vez e eu, é claro, não consegui dizer uma só palavra. Catarina já havia dito muito.

Ao longo da minha trajetória profissional, por diversas vezes, questionei-me a respeito da repercussão de meu trabalho, na trajetória das pessoas com as quais, por força do ofício, meu caminho se cruzou. Afinal, meu esforço haverá servido para alguma coisa? Hoje sei que dificilmente terei clareza do alcance de meu fazer na vida das pessoas. O encontro com Catarina disse muito sobre o que é cuidar. Para além do que este relato possa carregar, em termos de afeto, ele permite refletir sobre a experiência do cuidado em saúde. Cuidado como intercessão, como encontro, onde às vezes se cuida e, em outras, se é cuidado.

2.1 O CUIDADO EM SAÚDE OU QUEM CUIDA DE QUEM?

A dimensão do cuidado ocupa um lugar de destaque nas produções do campo da saúde coletiva e, nesta perspectiva, são colocadas sob diferentes ângulos. Uma delas refere-se ao desafio de transformar este ideário num outro modo de cuidar. Partindo da idéia de que é por meio das práticas que se dá a expressão concreta de determinada política, podemos examinar as práticas de cuidado em saúde a partir das condições que possibilitam tomá-las como dispositivos empenhados na manutenção de relações de tutela ou interessados na produção de autonomia e protagonismo dos diferentes atores envolvidos.

A complexidade do cuidado em saúde convoca a um redimensionamento das concepções de saúde, doença, cura e cuidado, levando-nos a compreendê-las como disposição para ‘acompanhar na vida, valendo-se de outras tecnologias de intervenção, calcadas fundamentalmente nas relações que aí se produzem.

Ao analisar o modo como se estruturam as políticas públicas de saúde, observa-se, em boa medida, a presença de características autoritárias e centralizadoras, predominantes em um exercício muito peculiar de poder. Por isso, examinar como determinadas práticas de cuidado operam no dia a dia dos serviços de saúde, é tornar visíveis as bases, os efeitos e os processos que constroem e sustentam uma determinada política de saúde.

Muitas práticas de gestão do cuidado em saúde atuam em uma perspectiva de desqualificação e incapacidade do outro, através de prescrições do que é certo ou errado em relação ao modo de andar na vida. Essas práticas revelam uma lógica de cuidado pautada num modelo estritamente biomédico e cientificista, desqualificando e silenciado todo o conhecimento que não esteja de acordo com essa mesma lógica.

Mattos (2006, p. 120) ao criticar este modelo de cuidado, afirma que “[...] nada nos garante que o cientificamente fundado é o melhor”, defendendo que, apesar das tentativas de justificar estas ou aquelas formas de cuidado, em função de sua suposta cientificidade, o que de fato caracteriza um modo qualificado de cuidar, é sua capacidade de apreensão ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos, aliado à habilidade para aplicar as tecnologias pertinentes.

Deste modo, o autor salienta que o conhecimento técnico e científico quando utilizado em intervenções que resultem na colonização e expropriação da saúde, servem ao aprofundamento da distância entre os diferentes saberes. Para Camargo Jr. (2006, p. 162), a concepção de saúde quando reduzida à ausência de doença, se reflete em uma “[...] dessubjetivação operada nos pacientes que procuram cuidados médicos [...] o que leva à iatrogenia e a formas de cuidado que excluem de seu horizonte necessidades legítimas daqueles que o solicitam”.

Nota-se uma enorme dificuldade manifestada claramente por alguns profissionais da saúde, em lidar com o sofrimento apresentado pelos usuários. Esses profissionais preferem, então, ater-se à doença “[...] na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas” (SILVA JR; MERHY; CARVALHO, 2007, p.125), a escutar suas demandas, histórias e mazelas, frente às quais se sentem ameaçados pela complexidade dos elementos que os compõe e pela escassa perspectiva de resolução imediata.

Neste sentido, buscam em um conjunto de sinais e sintomas, encontrara afinidades com diagnósticos disponíveis em manuais e códigos de doenças, que definem à luz da ciência o que é ou não é normal.

Canguilhem (2006), questionando o caráter prescritivo e rígido dos diagnósticos, argumenta que a fronteira entre o que é considerado normal ou patológico torna-se imprecisa. Segundo ele, apenas o próprio sujeito que sofre ou vive a experiência de uma vida diferente da “normal”, é que pode determiná-la. Ao defender que é apenas em relação a si mesmo e não em relação a uma média ou padrão social que alguém se torna doente, o autor nos faz pensar é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência para as ações de saúde.

Pesquisa apresentada por Acioli (2006) ao discutir os sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, doença e cuidado em um grupo social urbano, mostrou que a idéia de estar com a saúde completa foi percebida como estar feliz e sentindo-se bem, relacionando-a diretamente com a valorização de aspectos subjetivos da vida cotidiana.

No mesmo estudo, a idéia de estar ou sentir-se doente foi relacionada diretamente à experiência com a dor e o sofrimento, sejam eles objetivos ou não, bem como é associada a mágoas e às relações com o grupo social de referência.

Assim, o sentido atribuído à experiência da enfermidade, pela população observada, expressa a idéia de que a doença é um processo individual, mas construído socialmente. Apesar disso, muitas das práticas de cuidado em saúde decorrem do que se denominou “medicalização” da existência e que pode ser entendida pelo menos de duas maneiras

[...] por um lado, o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, pela sua transformação em ‘problemas de saúde’; por outro, a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, em particular (ou quase exclusivamente, para alguns) médicos (CAMARGO Jr., 2006, p. 164).

A respeito das práticas de cuidado em saúde, a contribuição de Merhy é fundamental ao afirmar que

No campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar (MERHY, 2002, p. 117).

Como um problema a ser enfrentado, na gestão dos processos produtivos em saúde, o autor aponta para “[...] esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de serem atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde” (MERHY, 2002, p. 119). Esta tensão é marcada pela relação entre os diferentes núcleos de competência dos trabalhadores de saúde e a dimensão cuidadora que qualquer profissional da saúde detém.

Constata-se a repercussão do modelo médico hegemônico na acentuada diminuição da dimensão cuidadora dos diversos profissionais da saúde, em particular, do próprio médico, subordinando-a a um papel irrelevante e complementar. Além disso, as ações dos demais profissionais “[...] são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com seu núcleo cuidador empobrecido” (MERHY, 2002, p. 125).

Chama-nos a atenção o fato de que, apesar dos inúmeros avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde, em geral, os usuários reclamam do modo como são atendidos em suas demandas. Além de se sentirem desrespeitados, inseguros e desprezados, eles se queixam da falta de interesse e responsabilização em torno de seus problemas.

O autor ainda considera que todo o trabalhador da saúde, independente do papel que desempenha, é sempre um operador do cuidado e, em consonância com os princípios da PNH, vivencia a indissociabilidade entre o processo de cuidar e o processo de gerir.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações intercessoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico (MERHY, 2002, p. 130).

Em seu texto, “O cuidado é um acontecimento, e não um ato”, Merhy (2006) aborda o cuidado em saúde como um encontro, no qual há a presença de importantes valises, as quais chamou de “caixas de ferramentas tecnológicas”. Segundo ele, essas valises, como saberes e seus desdobramentos, materiais ou não, ganham sentido de acordo com os lugares que ocupam e as finalidades para que são utilizadas.

Assim, no encontro com o usuário do serviço de saúde, o trabalhador se utiliza de valises – tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, a e chamou de: tecnologias duras¹, tecnologias leve-duras² e, por último, as tecnologias leves³.

O cuidado é entendido como um acontecimento autopoiético, que permite resignificar os encontros, na produção de saúde. Portanto, o mesmo lugar ocupado em algum momento pela interdição é, em outro, espaço de encontro autopoiético. Pensar o cuidado no tensionamento entre o plano das formas e o plano das forças/movimentos, nos permite compreender a idéia dos encontros autopoiéticos

¹ Equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

² Representadas pelos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia.

³ Representadas pelos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia.

como movimentos vivos que valorizam as diversidades, os laços com as singularidades e ativam processos de criação e invenção.

Desse modo, têm-se uma concepção que toma por cuidado os encontros capazes de provocar aumento de potência, considerados acontecimentos de afirmação e recriação da vida. Esta nos parece uma boa “valise”, de que podemos lançar mão para adentrar o campo específico da saúde mental, em busca da caracterização de um cuidado humanizado.

Outra importante ferramenta da qual podemos nos valer, na construção da ponte saúde mental e humanização, encontramos na genealogia de Foucault (2006). Em ‘A ética do cuidado de si como prática da liberdade’, o autor lança uma importante reflexão a respeito da relação entre o sujeito e os jogos de verdade. Procede, então, a um deslocamento de suas análises anteriores, das práticas coercitivas – como na psiquiatria e no sistema penitenciário - para uma prática de si, ligada à ascese, como um exercício de dobrar-se sobre si mesmo, a fim de transformar-se e atingir certo modo de ser.

Foucault diferencia as relações de poder e os estados de dominação, justamente porque, sendo o poder da ordem relacional, uma forma de ação sobre a ação do outro - de incitação e persuasão - não existe relação de poder onde não existam sujeitos livres. Os estados de dominação, por sua vez, caracterizam-se por um campo de relações de poder, com fluxos que se encontram bloqueados e cristalizados.

Ainda que a liberação possa ser uma condição política ou histórica, necessária para a prática da liberdade, certamente ainda não é suficiente para garanti-la. Para Foucault (2006, p. 267), “[...] a liberação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade”. O problema ético da prática da liberdade é, precisamente, o modo como se pode praticá-la. Nesse sentido, o autor entende que a ética é a própria prática, refletida da liberdade.

A ética, como prática racional da liberdade tornou-se, na Grécia antiga, um imperativo fundamental: “cuida-te de ti mesmo”. Foucault (2006) observa que a ética liga-se a um jogo de verdade, no qual cuidar de si implica conhecer-se e, também, conhecer certo número de princípios prescritivos de que se possa lançar mão no momento dos acontecimentos.

Liberdade, para os gregos, tem uma dimensão política, na medida em que tem a ver com não escravidão: não ser escravo dos outros nem de si mesmo e, logo, estabelecer uma relação de poder, de domínio sobre si mesmo.

O cuidado de si é ético em si mesmo, porque sempre implica uma relação com o outro, seja porque é preciso cuidar-se, para bem de saber governar, seja pelo fato de que sempre é preciso um mestre – filósofo – para guiar o sujeito, na prática do cuidado de si.

Pode-se também compreendê-lo, como uma maneira de controlar e limitar um possível abuso de poder, na medida em que

[...] o risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder tirânico decorre precisamente do fato de não ter cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravo dos seus desejos. Mas se você se cuida adequadamente, ou seja, se sabe ontologicamente o que você é, se também sabe do que é capaz, [...] pois bem, você não pode a partir desse momento abusar do seu poder sobre os outros (FOUCAULT, 2006, p. 272).

Não raras vezes, o usuário dos serviços de saúde está situado num jogo de verdade, definido por um saber ou por um modelo médico e que se constitui como doente, em relação e diante daquele que o declara como tal. A medicalização da saúde está, dessa forma, inevitavelmente ligada a uma série de processos sociais e econômicos e inscrita, em inúmeras instituições e práticas de poder, que delas decorre.

Foucault (2006) sugere a distinção entre as relações de poder como jogos estratégicos entre liberdades, onde uns tentam determinar a conduta dos outros e vice-versa e os estados de dominação, comumente chamados de poder. As tecnologias governamentais são a maneira e os instrumentos com que se tenta governar os outros e estariam entre os dois, os jogos de poder e os estados de dominação.

Esta nova ética, através da qual o sujeito se constitui de maneira ativa, através do cuidado de si, articula “[...] a preocupação ética e a luta política pelo respeito dos direitos, a reflexão crítica contra as técnicas abusivas de governo e a

investigação ética que permite instituir a liberdade individual” (FOUCAULT, 2006, p. 285).

Na esteira desta mesma concepção de cuidado, Franco e Merhy (2005) defendem a necessidade de desconstrução da centralidade, ocupada pelo procedimento, como caminho para a produção do cuidado. Para os autores, a construção de novas formas de produção do cuidado passa pela promoção do que chamaram de transição tecnológica.

A transição tecnológica refere-se a modificações não apenas no modo de organização do processo produtivo do cuidado em saúde, mas, fundamentalmente, na produção de mudanças significativas no relacionamento entre trabalhadores e usuários. Isso pode ocorrer a partir de serviços mais acolhedores, que possibilitem a construção de vínculos e de espaços de escuta e de fala.

A responsabilização da equipe no cuidado aos usuários, ao mesmo tempo em que propicia um sentimento de segurança, fortalece a confiança na capacidade de a equipe produzir o cuidado que esses usuários desejam. Isso faz com que os usuários se sintam capazes de se cuidar.

[...] reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde não vai se dar apenas pela excelência técnica...será necessário também investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar por sua clientela (FRANCO; MERHY, 2005, p. 189-190).

É nesta medida que a ética do cuidado de si desempenha um importante papel na mudança do processo de produção da saúde, pois, em sua potência de acionar o protagonismo dos sujeitos, coincide com os princípios promulgados pela Política Nacional de Humanização.

Realizar mudanças nos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a

transformação das próprias práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392)

2.2 SAÚDE COMO UM BEM

O campo da saúde constitui-se numa experiência permeada por constantes tensões e disputas, exigindo de quem se aventura a vivê-la, boa dose de tolerância e frustração, assim como, de entusiasmo e capacidade para o exercício diário de superação. A atualidade destes movimentos reconhece o Sistema Único de Saúde (SUS), em toda a sua ambigüidade, ao considerar que os avanços e desafios “[...] se devem à própria dinâmica das políticas públicas, atravessadas que são por interesses políticos e econômicos que se (re)atualizam sistematicamente”, tornando o SUS “a um só tempo, mudança e conservação” (PASCHE, 2008, p. 5).

Merhy (2002), ao analisar o tensionamento constitutivo das ações de saúde, entende que elas operam em, pelo menos, três campos. Um deles está ligado ao fato de que o território onde se desenvolvem as práticas de saúde é palco das múltiplas disputas, jogos de interesses e constituição de políticas. Neste palco, os diferentes coletivos, de acordo com seus interesses ou capacidades para agir, aliam-se ou confrontam-se em torno de certos direcionamentos para as políticas de saúde.

O outro campo em que as ações de saúde operam diz respeito ao fato de que, hegemonicamente, a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, o que lhe confere características distintas de outros processos produtivos e cuja centralidade está no alto grau de incerteza em que opera. Esse alto grau de incerteza é marcado pela ação dos atores participantes do encontro intercessor do cuidado em saúde.

Esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde define-o como um espaço aberto para a exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações, que conformam as representações da saúde como bem social (MERHY, 2002, p. 164-165).

Por último, o autor considera as próprias organizações de saúde como territórios tensionais, em si, uma vez que é neste espaço cotidiano que os trabalhadores, ao exercerem seu trabalho vivo em ato, disputam com as regras e normas instituídas para o controle organizacional.

O campo da saúde coletiva, ao longo de sua trajetória histórica, tem sido alvo dos mais diferentes modelos tecnoassistenciais. Forjado no âmbito de determinada política, um modelo de atenção expressa certa concepção de saúde e, conseqüentemente, de fazer política de saúde. Assim, ao colocar em análise um projeto nesta área, independente de sua orientação política, é interessante indagarmos a respeito das contribuições que eles têm a oferecer, efetivamente, no cuidado prestado aos usuários dos serviços.

A criação de condições para uma saúde com qualidade e que atenda, de modo mais satisfatório possível, às necessidades em saúde daqueles a quem dirigimos nossas ações e esforços, depende intimamente de processos de trabalho cujos efeitos colaboram, ou não, para a produção de políticas públicas de saúde, afinadas com a efetiva defesa da vida.

Como trabalhadores em saúde, estabelecer sentido ao nosso cotidiano de trabalho requer coragem para nos arriscarmos em situações que possibilitem a experimentação de novos contornos, paisagens e encontros verdadeiramente produtores de vida. Como cidadãos, nosso compromisso é com o fortalecimento de projetos comprometidos com o longo e árduo caminho, trilhado pela sociedade brasileira, na consolidação de políticas públicas mais justas e democráticas.

Neste ano de 2008, o Sistema Único de Saúde comemora 20 anos de importantes conquistas para a população brasileira. Fruto de um amplo e intenso movimento social, cultural e político, que se dá no cenário de redemocratização do país, o SUS iniciou uma significativa reforma do Estado brasileiro e introduziu profundas mudanças no paradigma da inclusão social, ao agregar, em seus princípios, as noções de qualificação e humanização.

Passados 20 anos de sua criação, o SUS, considerado por muitos sanitaristas como a maior organização sanitária da América do Sul, ainda enfrenta inúmeros desafios. A este respeito, Campos (2007a) aponta, além da existência de inúmeros obstáculos estruturais, que dificultam nossa capacidade em assegurar distribuição de renda e bem-estar às pessoas, a necessidade de se refletir sobre o SUS, de modo “objetivo, sistemático e científico”, de tal forma que “[...] nossos desejos e

utopias não sirvam como venda a ocultar o óbvio: há pedras no meio do caminho” (CAMPOS, 2007a, p. 298).

A despeito da atualidade de um discurso, que considera as políticas públicas como artigos fora de moda e de uma lógica que coloca a saúde como uma questão de mercado, o mais grave, neste sentido, é o fato de que

[...] não pensamos e agimos como se o SUS fosse nosso espaço vital encarregado de co-produzir saúde. A classe média e as empresas fogem pela saúde suplementar; os governantes, para programas focais; a mídia, raramente nomeia o SUS: fala em fila, hospitais, entretanto ignora o sistema, sequer menciona o controle social e a gestão participativa; os pesquisadores são segmentados e empurrados para temas da moda: governança, avaliação, integralidade, promoção, humanização. Raramente logramos realizar alguma “meta-análise” que articule alhos com bugalhos (CAMPOS, 2007a, p. 298).

Tomando para si o desafio de fazer uma análise consistente sobre o SUS, o autor apresenta sete estratégias, por meio das quais busca contribuir para a superação dos impasses e de um certo desencantamento com o SUS (CAMPOS, 2007b). Para isso, propõe a necessidade de articulação entre três planos, que chamou de uma tríade complexa: (1) político, (2) de gestão e (3) de reorganização do modelo de atenção. As alternativas propostas por ele consistem em:

1. Estimular a combinação e integração do SUS às demais políticas de proteção social, como distribuição de renda, habitação, educação, segurança pública e tantas outras que, integradas, poderiam tornar o SUS mais potente;
2. Buscar alternativas para a ampliação do financiamento para o SUS, através de contratos de gestão que introduzam processos de co-gestão, capazes de ampliar a responsabilidade sanitária de cada ente federado;
3. Mudança no modelo de atenção que se realize de maneira progressiva e concomitante, nas diversas regiões do país, pois, ao mesmo tempo em que algumas regiões já trabalham com as diretrizes de funcionamento em rede, importância estratégica da atenção primária, trabalho interdisciplinar, desospitalização, universalidade e saúde como direito, entre outros, ainda

- predominam resquícios de um modelo antigo de organização da atenção, sustentado num modelo hospitalocêntrico e médico-centrado;
4. Instituição de arranjos organizacionais, que garantam a responsabilização macro e microssanitária das três esferas de governo, dos serviços e das equipes de saúde;
 5. Ampliação da capacidade de ação da Atenção Básica, a partir da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de seu modelo de financiamento, de resgate de sua função clínica e de atendimento da demanda espontânea, através das práticas de acolhimento;
 6. Revisão no atual modelo de gestão, de modo a diminuir o peso do governo (poder executivo), na gestão do SUS, valorizando os espaços de gestão compartilhada, que, combinando autonomia e integração à rede, por meio de contratos de gestão regulados e submetidos ao controle público, configurariam um **ethos** de novos processos de contratualização;
 7. Consolidação de políticas de parceria, entre o Ministério e secretarias de estado da saúde, com Universidades e instituições de pesquisa, para o desenvolvimento científico e a incorporação de tecnologia em saúde, através de linhas de pesquisas de interesse público, não necessariamente guiadas pela lógica de mercado.

Tais alternativas ou estratégias levam-nos a considerar que, para além dos impasses e das pedras em seu caminho, o SUS “ainda se move” (CAMPOS, 2007b, p. 302). O pulso ainda pulsa⁴. E se vive, resiste, teima e pulsa é porque, como obra aberta, em pleno curso de mudanças, nos convoca a ocupar o lugar de protagonistas e corresponsáveis na defesa intransigente da vida.

Deste modo, o autor aposta que a sustentabilidade do SUS e seu sucesso estão intrinsecamente relacionados com a nossa capacidade, enquanto sociedade, de colocar a defesa da vida das pessoas acima de qualquer outra argumentação ou interesse.

Tal argumento complementa-se com a opinião de outro autor que entende que

⁴O Pulso. Titãs. Arnaldo Antunes.

A criação do SUS só foi possível pela construção de um movimento pela reforma sanitária, suprapartidário e plural que reuniu segmentos sociais muito amplos em defesa de profundas mudanças no sistema e serviços de saúde, reafirmando o direito do povo a uma saúde universal e de qualidade (PASCHE, 2008, p. 3).

Ao refletirem sobre o processo histórico no qual se constituiu o SUS, estas reflexões permitem entender que o que a inscrição legal fez foi alterar a compreensão do próprio conceito de saúde, na medida em que esta passou a ser entendida, para além da simples ausência de doenças, como produção social, resultante da interação entre complexos elementos sociais, culturais e econômicos. Isto significa reconhecer que os processos de distribuição de renda e os modos de vida dos diferentes grupos sociais têm a ver, diretamente, com a qualidade de vida. Ao mesmo tempo, sabemos que a existência de regras sociais mais justas, por si só, não anula a presença de doenças e riscos à saúde. Assim, torna-se fundamental a reorganização das práticas de produção de cuidado em saúde, de modo a torná-las cada vez mais resolutivas e de qualidade.

Apesar dos avanços históricos, advindos com o movimento da Reforma Sanitária, uma análise mais criteriosa constata enormes desafios a serem enfrentados na atualidade. Entre eles, podemos apontar: desvalorização dos trabalhadores e a precarização das relações de trabalho; a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva, nas práticas de atenção; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; os poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde e o desrespeito aos direitos dos usuários. (BRASIL, 2008, p. 8).

São esses alguns dos desafios que levaram, em 2003, à criação de uma Política Nacional de Humanização.

2.3 UMA POLÍTICA PARA REENCANTAR O SUS

Com o propósito de superar os limites do cotidiano dos serviços, em 2003, o Ministério da Saúde elaborou uma política transversal às diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde: a PNH.

Assim, a PNH se apresenta como uma inflexão do próprio SUS e se constitui, exatamente, a partir de seus problemas e contradições, pois, embora reconheça os desafios que estão colocados para o fortalecimento do SUS, não toma os problemas, senão para enfrentá-los.

Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e cuidar), onde se localizava as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança. Ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo, que “dá certo” como modo de fazer e como direção ético-política (PASCHE, 2008, p. 6).

Mas, afinal, de que humanização estamos tratando? Na concepção aqui adotada, humanizar a saúde significa bem mais do que a tradição humanista cristã, consolidada neste campo, faria supor. No campo da Saúde, humanização diz respeito

[...] a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2008, p. 62).

Autores como Benevides e Passos (2005) chamam a atenção para um esvaziamento pelo qual tem passado o conceito de Humanização, e que se torna mais evidente, a partir dos anos 2000. Este processo desencadeou o enfraquecimento de sua capacidade de disparar movimentos de mudanças, responsáveis pela problematização e arejamento das práticas de atenção e gestão da saúde.

Deste modo, muitas ações de cunho estritamente voluntarioso, assistencialista e, por que não dizer, supérfluas, têm sido desenvolvidas sob o nome de Humanização: festas de aniversário, filantropia, atividades artísticas, entre outras. Não se trata, obviamente, de desconsiderar o fato de que estas experiências possam contribuir para a melhoria dos ambientes de trabalho, mas, antes, de analisá-las de maneira mais crítica, quanto a sua repercussão na qualificação do cuidado. Esta concepção, arraigada ao imaginário dos trabalhadores de saúde, foi um dos primeiros objetos a que o curso de especialização em que trabalhamos se propôs. Expressões do tipo: “lá na unidade o nosso grupo da humanização conseguiu implantar a ginástica laboral”, ou “o nosso hospital tem o coral da humanização”, eram comuns nos primeiros encontros, e expressam o que os autores citados referem por conceito-sintoma.

Novos nomes para velhas práticas. Os autores chamam isso de conceito-sintoma da humanização e referem que diz respeito a práticas de cuidado e de organização do trabalho, que paralisam, padronizam e reproduzem antigos modos de funcionar.

Desnaturalizar o conceito de humanização impõe, portanto, apontar para o jogo de forças, de conflitos ou de poder que institui sentidos hegemonizados nas práticas concretas de saúde, apostando, em contrapartida, na criação de um novo modo de fazer (BENEVIDES; PASSOS, 2006, p. 62).

O desafio colocado na redefinição do conceito toma a humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, a partir de um “reencantamento do concreto” ou do “SUS que dá certo”. É neste ponto que o conceito abandona o domínio abstrato dos princípios, para ganhar consistência, na experiência dos sujeitos e das práticas.

Esta operação de passagem, de conceito-sintoma para conceito-experiência, implica pensar o humano no plano comum da experiência de homens concretos, que, quando mobilizados e engajados, “[...] são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391). É esta a aposta que a PNH tem feito através da formação de trabalhadores de saúde, na função de apoiadores institucionais, que atuam como “[...] amplificadores das redes, criando formas de contágio que propagam as diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS, fazendo valer os princípios da PNH”⁵ (PASSOS, 2007).

A função apoio é pensada como resultante da ação de sujeitos que “atravessam” o processo de trabalho de coletivos, auxiliando-os na ampliação e qualificação de sua capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde, bem como no grau de realização dos trabalhadores, com suas atividades e de grupalidade. “O apoiador institucional, nesse sentido, exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos” (PAULON; CARNEIRO, 2009, p. 4). O apoiador institucional não é simplesmente um consultor que dá palpites ou opiniões sobre as dificuldades dos grupos, tampouco seu papel resume-se à assessoria ou a dizer o que deve ou não ser feito. Sua função é, antes, a de operar junto com o grupo, em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde.

A função apoio, em grande medida, se aprende no decorrer do próprio exercício (aprender fazendo, aprender apreendendo, na experiência) e é por isto que se propõe um “curso-intervenção”, ou seja, uma dinâmica de formação, que considera a própria inserção do aluno/apoiador em processos grupais ou institucionais, condição para sua inserção no curso. Nesse sentido, o apoiador deve ser capaz de desencadear ações de contágio e de criar movimentos de propagação das mudanças, que façam valer os princípios da PNH: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade diz respeito à ampliação da grupalidade, por meio da “[...] conexão e/ou confronto intra e intergrupos, indicando um grau de abertura à

⁵ Aula ministrada no curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre. 10.08.2007

alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades” (BRASIL, 2008, p. 68). A transversalidade promove a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na ação cotidiana dos serviços e práticas de saúde. O princípio da indissociabilidade, entre atenção e gestão, compreende a inseparabilidade entre os modos de cuidar e os modos de gerir e se apropriar do trabalho, entre a clínica e a política, entre a produção de saúde e produção de sujeitos, bem como da integralidade do cuidado, através da integração dos processos de trabalho. O princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, aposta no sentido de que “[...] as mudanças na gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação de autonomia dos sujeitos envolvidos” (BRASIL, 2008, p.24), que deste modo são capazes de acionar vontade e desejo de mudança, compartilhando responsabilidades.

A consecução desses princípios, em novos modos de fazer saúde, requer também invenção de novos métodos. É assim que a PNH propõe uma reversão do que está posto, de modo geral, na utilização da palavra método.

Portanto, é por meio do “como fazer”, traduzido nas experiências de um “SUS que dá certo”, que apontam para a criação de estratégias de inclusão nos processos de produção de saúde. O método da PNH se faz, então, como um modo de incluir novos parceiros e multiplicar os agentes de contágio da política, através do método da tríplice inclusão (BRASIL, 2008):

- dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (gestores, trabalhadores e usuários), através da construção de espaços coletivos para que, em uma outra arquitetura relacional (rodas de conversa, lado a lado/lateralização), estes encontros produzam entendimentos, ações comuns e corresponsabilização;
- de coletivos, redes e movimentos sociais, como experiência coletiva capaz de refletir a pluralidade de interesses e necessidades em saúde;
- dos conflitos, como analisadores sociais dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, através da inclusão do outro e da perturbação desta inclusão.

As diretrizes da Política Nacional de Humanização expressam o método da inclusão, no sentido: da clínica ampliada; do acolhimento; da co-gestão; da valorização do trabalho e do trabalhador; da defesa dos direitos dos usuários; do fomento das grupidades, coletivos e redes; da construção da memória do SUS que dá certo.

A perspectiva da clínica ampliada envolve a diretriz que busca romper com a prática muito comum, nos serviços de saúde, de redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático. Nesse sentido, a proposta é a de, justamente, proceder a uma radicalidade do contato e do encontro. Diz respeito a um trabalho clínico, que se dirige ao sujeito e a seu sofrimento, à família e ao seu contexto, buscando a produção de saúde e a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.

No que diz respeito à concepção de acolhimento, na Humanização, vale ressaltar que é completamente diferente das muitas experiências, que o tomam como uma atitude voluntariosa, de bondade e favor, restringindo-o ao problema da recepção da demanda espontânea e como ação isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculos (BRASIL, 2004b).

Como ferramenta tecnológica de intervenção, na qualificação da escuta, na construção de vínculos e na resolutividade dos serviços, o acolhimento se inscreve

[...] como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2004b, p. 18).

Co-gestão: Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de que o modelo de gestão, proposto na PNH, através dos sistemas de gestão participativa e de co-gestão pressupõe um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Ganha forma através de colegiados, que garantam que o poder seja, de fato, compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2004c). A gestão é compreendida não mais como um lugar ou espaço exclusivo de especialistas. É uma gestão onde *todos* fazem gestão! A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde, ampliação dos processos de corresponsabilização e de implicação.

Mudar a gestão requer acrescentar-lhe outras funções: um espaço de análise da instituição, de formulação de projetos, tomada de decisões e espaço pedagógico. Em outras palavras, um lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de socialização de conhecimentos e de sua produção (PASCHE, 2007, p.4).

Valorização do trabalho e do trabalhador: O trabalho, assim como a saúde, constitui-se numa categoria fundamental da vida social e pode ser potencialmente produtor de sentido, se estimular a invenção e a participação dos trabalhadores. Pode, também, ser produtor de sofrimento, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Assim, a PNH discute os “[...] processos de trabalho a partir de uma perspectiva que considera o trabalho como atividade que não é neutra em relação à saúde, podendo favorecê-la ou não” (BARROS et al, 2007, p. 101). Parte da perspectiva, então, de que “Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos” (BRASIL, 2006, p. 8).

Quanto à defesa dos direitos dos usuários, vale ressaltar que, na PNH, o reconhecimento de que os usuários são portadores de direitos constitui-se em diretriz que deve nortear as práticas clínicas e de saúde coletiva. Nesta medida, é o que deve promover a criação de contratos de corresponsabilidade e construção compartilhada de um cuidado singular.

Além disso, destaca-se o fomento das grupalidades, coletivos e redes. A idéia de grupalidade diz respeito a “[...] um coletivo ou a uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares e etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexões na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza” (BRASIL, 2008, p. 61).

Por fim, a proposta da política envolve a construção da memória do SUS que dá certo: consiste na idéia de que novos modos de fazer, em saúde, convocam novos modos de narrar, que são, eles mesmos, produtores de sentido.

A PNH não existe apenas enquanto valor teórico-abstrato a inspirar as práticas. Seu compromisso é com a produção de mudanças concretas, que reafirmam a humanização como um valor, que se assenta na dobra valor-prática social.

Este é o papel e a função estratégica da Política de Humanização: manter pulsante no SUS, em cada uma de suas políticas o espírito e ação solidária, a construção do bem-comum e a luta intransigente contra a cooptação deste sentido pela máquina do Estado em geral, por qualquer instituição em particular, ou qualquer grupo singular (PASCHE, 2008, p. 10).

Para isso, a Humanização trabalha com dispositivos, através dos quais busca 'fazer acontecer' suas diretrizes e promover mudanças, na atenção e na gestão dos processos de produção de cuidado em saúde. Os dispositivos são entendidos não como "técnicas" ou produtos, a serem dispostos num cardápio de ofertas, mas como possíveis arranjos, disparadores de novas possibilidades de organização e ações em saúde. Os dispositivos da PNH ajudam a consolidar uma concepção de humanização, calcada na experiência concreta de quem produz saúde. Por este motivo, eles são trabalhados ao longo do processo de formação de apoiadores institucionais, com o intuito de comporem as "valises" desses trabalhadores, que se dispuseram ao desafio de reencantar o SUS. Na PNH, foram desenvolvidos diversos dispositivos que, envolvendo coletivos e visando a promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde. São eles: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Colegiado Gestor; Contrato de gestão; Visita aberta e direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH): É um espaço de encontro das pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam. Todos podem participar, sejam trabalhadores, gestores ou usuários. Participam todos os interessados na construção de propostas que permitam, de fato, a realização de melhorias no cuidado em saúde.

Colegiado Gestor: dispositivo que, em um modelo de gestão participativa, garante o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e a coavaliação. Centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, é o espaço deliberativo, onde são tomadas decisões, de acordo com as diretrizes e contratos definidos. No colegiado gestor, tanto a direção das unidades de saúde, quanto os usuários e

familiares, têm diretrizes e pedidos apresentados como propostas/ofertas que devem ser analisadas e pactuadas.

Contrato de gestão: são pactuações firmadas entre as unidades de saúde e as diferentes instâncias de gestão, sejam elas ambulatoriais, hospitais, distritos sanitários ou secretarias municipais/estaduais de saúde. Esta pactuação deve ter o acompanhamento sistemático de grupos de trabalhadores, usuários e gestores.

Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc. Trata-se de dispositivos que acolhem as demandas de usuários, trabalhadores e comunidade. Devem ser organizados de modo a garantir mecanismos de retorno e encaminhamento aos problemas identificados.

Visita aberta e direito à acompanhante: dispositivo que amplia a possibilidade de assegurar, ao paciente, a manutenção de seus laços sociais, durante o período em que se encontra internado. Isso faz com que se sinta menos isolado e capaz de manter latente o seu projeto de vida.

Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP): o PFST é um dispositivo baseado no conhecimento e pesquisa das condições de trabalho, que busca a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis. O CAP, por sua vez, constitui-se num dispositivo de formação e pesquisa-intervenção em rede, que, agregado ao PFST, articula um programa de formação e pesquisas, pautado na ação e cooperação de saberes (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial: grupo formado por profissionais de diferentes áreas e saberes, que se constituem como referência para os usuários do serviço onde atuam. Em um hospital, por exemplo, “[...] a clientela internada tem sua equipe básica de referência e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência” (BRASIL, 2008, p. 60).

Ambiência: refere-se ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. O componente afetivo é um elemento fundamental na ambiência e se expressa no acolhimento e atenção dispensada ao usuário.

Acolhimento com Classificação de Risco: dispositivo que permite que o critério de priorização do atendimento, seja o agravo à saúde e/ou seu grau de

sofrimento e não mais a ordem de chegada ao serviço. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento, tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico.

Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: são projetos voltados para um sujeito, individual ou coletivo, que contemplam diferentes eixos de ação. A sua construção deve incluir a corresponsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, bem como envolver ações intersetoriais, o vínculo usuário-equipamento de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade. O PTS foi bastante utilizado em serviços de saúde mental como forma de propiciar atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Projeto Memória do SUS que dá certo: projeto de resgate, registro e visibilidade do “SUS que dá certo”, cujo objetivo é retratar bons exemplos de humanização na saúde.

Aproximemo-nos, pois, com uma “valise” devidamente munida das tecnologias ofertadas pela PNH, do campo de intervenção em que os 11 apoiadores institucionais, em formação no curso de especialização do Rio Grande do Sul, desenvolveram suas experiências de trabalho.

3 A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Como processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura e como política pública do SUS, a reforma psiquiátrica tem alterado, significativamente, as relações da sociedade com a loucura e o sofrimento mental. Apesar dos avanços inquestionáveis, desafios importantes se fazem presentes à consolidação da reforma psiquiátrica em nosso país. Entre eles, está a efetivação de um cuidado produtor de autonomia e protagonismo, que coloque em análise permanente nossas práticas de gestão e de atenção.

Acredita-se, por isso, que a “ponte” estabelecida por apoiadores institucionais, entre os princípios da reforma psiquiátrica com os propósitos da Política Nacional de Humanização, representa uma contribuição significativa à superação dos impasses que se colocam para o próprio avanço do SUS.

3.1 LOUCURA À SOLTA: APROXIMAÇÕES AO CAMPO DA REFORMA PSQUIÁTRICA

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil iniciou no final da década de 1970, no contexto de redemocratização do Estado e desenvolveu-se *pari passu* ao surgimento do movimento da reforma sanitária. Foi fortemente inspirado na experiência da psiquiatria democrática italiana, liderada pelo psiquiatra Franco Basaglia e cujas políticas de suporte social e garantias legais fizeram prosperar o processo da reforma psiquiátrica naquele país. A reforma psiquiátrica surgiu no momento em que a luta pela cidadania do louco foi colocada no centro das reformulações técnicas e administrativas que, até então, caracterizavam o esforço de dignificar o tratamento dado ao doente mental. Vê-se, deste modo, que a concretização da reforma psiquiátrica implica estabelecer um diálogo permanente com a sociedade, “[...] que possibilite a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e suporte (AMARANTE; GULJOR, 2005, p. 71).

Amarante (2003) observa, no entanto, que, muito freqüentemente, o conceito de reforma psiquiátrica é tomado como mera reestruturação administrativa ou técnica.

É comum ainda ver-se considerá-la como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar, o que constitui uma luta e uma transformação muito importantes, mas que certamente reduz a amplitude do processo em questão (AMARANTE, 2003, p.46).

É no sentido-sintoma da humanização, antes citado, que esta pesquisa quer ressignificá-la. Como processo social complexo, a reforma psiquiátrica aciona um conjunto de estratégias, no campo da macro e da micropolítica, que se desdobra em várias dimensões: político, social e clínico. Bezerra Jr. (2007) considera que, nessas três dimensões, residem os principais desafios ao processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. Além da implementação de intervenções e modelos de cuidado adequados ao ideário da reforma, o autor assinala, em cada uma das dimensões, alguns 'nós' críticos que necessitam serem enfrentados.

Na dimensão da clínica, trata-se de questionar o agir terapêutico que supervaloriza uma relação com a doença, enquanto fato objetivo e natural, perdendo de vista o que deveria considerar como sua principal preocupação: o sujeito em sofrimento. Bezerra Júnior (2007) destaca a importância do comprometimento, por parte da gestão de saúde mental, em todos os seus níveis, na indução de transformações nas práticas de assistência. Esse comprometimento passa por mecanismos de financiamento, que garantam a ampliação e sustentabilidade de uma rede de serviços, além de estratégias efetivas de educação permanente e crítica dos profissionais de saúde.

No campo da política, Bezerra Jr (2007) aponta para o desafio de inserir, progressivamente, além da temática dos direitos humanos, iniciativas que façam avançar na discussão dos direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais. No plano social, o principal desafio, segundo ele, é

[...] produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida (BEZERRA JUNIOR, 2007, p. 247).

Assim, as estratégias adotadas pelo movimento da reforma psiquiátrica se organizaram com base em dois eixos: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta de cuidados em saúde mental. Com isso, pretende-se avançar no que é mais complexo e fundamental, para se levar a cabo um processo de reforma, que é a dimensão institucional. Assim, o conceito de desinstitucionalização nos auxilia na compreensão da complexa tarefa de cuidar em liberdade. Como foi definido por um dos célebres representantes do movimento italiano no qual se inspira a legislação brasileira,

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas no entanto seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p.33)

Desse modo, o processo de desinstitucionalização requer mudanças significativas, nas relações da sociedade como um todo, com o portador de sofrimento mental e com a loucura.

3.2 CENÁRIO DAS INTERVENÇÕES

Na última década, foram constatadas alterações significativas no cenário da saúde mental, no Brasil e no Estado. A expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à saúde mental, em nível nacional, são processos que podem ser acompanhados a partir de alguns indicadores (BRASIL, 2008):

- O número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 51.393, em 2002, para 36.797, em outubro de 2008;
- O Programa de Volta pra Casa, que possuía 206 beneficiários, no ano de 2003, passou para 3104, em novembro de 2008;
- O número de módulos dos Serviços Residenciais Terapêuticos passou de 85, no ano de 2002, para 502, no mês de outubro de 2008;
- Os 253 CAPS, de 2000, já somavam 1.326, em todo o país, em março de 2008, o que significa que o país tinha naquele momento, 53% da população coberta por CAPS, quando, em 2002, este índice era de apenas 21%.

Outro fator importante diz respeito ao financiamento do SUS para a saúde mental, que apresenta uma tendência de crescimento dos gastos federais do Programa de Saúde Mental, com destaque para a superação, pela primeira vez, em 2006, dos investimentos nas ações extra-hospitalares em relação ao investimento destinado às ações hospitalares (BRASIL, 2008b).

O processo da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, desde a aprovação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica (Lei 9.716), tem mobilizado inúmeras disputas, entre forças distintas e antagônicas. A aprovação da referida lei configura-se como “[...] um marco de ruptura no modelo até então vigente de saúde mental em solo gaúcho” (DIAS, 2007, p. 149).

O RS conta, atualmente, com diversas iniciativas bem sucedidas e um cenário satisfatório, na oferta de dispositivos de cuidado em saúde mental. Com uma população de aproximadamente 10.726.063 habitantes, o Estado é constituído por 496 municípios, organizados em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (RS, 2007).

Atualmente, 99,8% dos municípios desenvolvem ações em Saúde Mental, configurando uma rede de Atenção Integral à Saúde Mental, formada por aproximadamente 109 Equipes e ou ambulatórios de Saúde Mental; 115 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados no Ministério da Saúde; 818 leitos psiquiátricos, em hospitais gerais; 810 leitos em hospitais psiquiátricos; 562 leitos clínicos, cadastrados para atendimento de álcool e drogas, em hospitais gerais; além de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em 5 municípios do Estado. A Tabela 1 (ANEXO B) apresenta o panorama atual da rede do RS.

Os leitos em hospitais psiquiátricos estão concentrados em seis hospitais, localizados em cinco municípios: Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas, Rio Grande e Passo Fundo. Os leitos em hospitais gerais estão distribuídos em 172 hospitais, nas diferentes regiões do Estado, compreendendo todas as CRS.

A distribuição dos CAPS, atualmente cadastrados, por tipo e CRS, e a indicação dos municípios onde estão localizados os Serviços Residenciais Terapêuticos no Estado são dados apresentados em anexo, nas Tabelas 2 e 3, respectivamente (ANEXO B).

A Saúde Mental na Atenção Básica é um importante desafio para o Estado, visto que 80% dos municípios possuem população inferior a 20.000 habitantes, o que a configura como principal recurso de Atenção em Saúde e Saúde Mental, sendo necessária a interlocução com a rede regionalizada de serviços.

3.3 TECENDO REDES DE CUIDADO

A noção de rede tem sido abordada sob diferentes ângulos no campo da saúde coletiva. A lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90) define rede como um conjunto de ações e serviços de caráter público e vinculados ao SUS, enquanto que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, aponta que para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, é necessária a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral e fortalecer a diversidade de ações e a desinstitucionalização.

Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade (BRASIL, 2002, p. 38).

Diferentes propostas de organização das redes de atenção em saúde têm sido problematizadas no campo da saúde coletiva. A análise realizada por Zambenedetti (2008) demonstra que, independente das configurações que assumam (círculos, pirâmides ou linhas de cuidado), os diferentes modos de dispor a rede de assistência, revelam as concepções de saúde e de doença do contexto sócio-histórico em que emergem, assim como diferentes processos de produção de subjetividade. A perspectiva de configurações de rede, desenvolvida pelo autor, é atravessada por uma concepção rizomática

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 (ZAMBENEDETTI, 2008, p. 113).

Para Righi (2005), a promoção de processos inovadores na descentralização do SUS, com ampliação da autonomia e da capacidade local de atenção e gestão, são aspectos fundamentais para o protagonismo dos municípios nos processos de regionalização, desenvolvimento de competências e produção de redes, que promovam a integralidade no setor.

A insistência na hierarquização da atenção por níveis de complexidade, além de determinar o enfraquecimento da gestão local e isolar os municípios induzem, na opinião da autora, ao equívoco de pensar que

[...] a clínica produzida por equipes é sempre menos complexa que a clínica produzida por um determinado especialista, que o atendimento hospitalar é sempre mais complexo que o atendimento produzido na rede básica, argumentos que parecem atualmente carecer de sustentação teórica (RIGHI, 2005, p. 10).

Assim, na medida em que se reforça a gestão local da saúde e as mudanças no desenho da rede de atenção dos municípios, investe-se, também, no aumento da autonomia dos sujeitos, na ampliação da clínica e das ações coletivas, além de aumento da capacidade de diálogo com outros setores.

A fragmentação da rede assistencial também vem sendo um dos alvos de enfrentamento da PNH (BRASIL, 2006). “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” (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007, p. 123). A perspectiva de rede, adotada na humanização, corresponde a uma dinâmica acêntrica, amplificante, heterogeneizante e heterogênica.

Nesse sentido, as redes de saúde de mais de 40 pequenos e grandes municípios do RS foram incrementadas e/ou acionadas, a partir das intervenções desenvolvidas pelos apoiadores do curso, ao longo de 2007. Trata-se de redes-intensidade que se espalharam pelo Estado, contagiando e incluindo sujeitos e coletivos, no fortalecimento do “SUS que dá certo”.

Uma contribuição importante à noção de rede é apresentada por Teixeira (2007), a partir de uma perspectiva micropolítica e que considera os processos comunicacionais como constitutivo fundamental das redes. Tal concepção, portanto, não se sustenta na idéia de rede como um conjunto de serviços, mas antes, como um modo de funcionamento, através do qual os processos comunicacionais acontecem nos encontros entre trabalhadores e usuários. São redes de trabalho em saúde, concebidas como grandes redes de conversações.

Teixeira (2007) ressalta que somente a partir do momento em que se atingiu um patamar razoável, em relação à cobertura dos serviços, onde a garantia de acesso passou a não depender, exclusivamente, da ampliação do número de unidades, mas do tipo de modelo de atenção utilizado, é que se evidenciou o tensionamento relacionado às dificuldades dos serviços, em lidar com a alteridade. Este tensionamento ou crise de alteridade, como se refere o autor, “[...] assinala bem

esta migração do foco do tensionamento para dentro do serviço, mais exatamente para a relação com o outro que aí se estabelece” (TEIXEIRA, 2007, p. 94).

A relação com o outro é fundada, então, a partir de um conjunto de disposições ético-cognitivas⁶, que auxiliam no conhecimento de suas necessidades, e da aceitação de alguns pressupostos e predisposições, evidenciando o caráter marcadamente afetivo das redes de trabalho em saúde, no sentido de que o essencial, que se produz nelas, é a criação e a manipulação dos afetos. (TEIXEIRA, 2004)

E o que são redes de trabalho afetivo? “São redes de produção de afetos, isto é, a própria produção de redes sociais, de comunidades, de formas de vida: de produção de subjetividade e de sociabilidade⁷” (TEIXEIRA, 2007). É, portanto, a existência da diferença que torna possível a existência de rede, como potência de vida, como potência de diferir.

3.4 EXISTIR É DIFERIR

A discussão - ou o que, nesta pesquisa, tem sido chamado de “ponte” - entre saúde mental e humanização é recente. Dimenstein (2004), ao refletir sobre a qualidade e humanização das ações específicas do campo da saúde mental, recomenda atenção para as armadilhas cotidianas que muitas vezes nos levam a reproduzir, como trabalhadores da saúde, exatamente as relações que tanto nos esforçamos em alterar.

Atentar para este fato significa fazer frente ao desinteresse e ao agir burocratizado que, além de imobilizar a capacidade criativa e de transformação dos trabalhadores, contribui para a naturalização de conceitos e práticas que dão sustentação ao que Pélbart (1991) designou por ‘manicômios mentais’. Desse modo, Dimenstein compreende que a humanização

⁶- o reconhecimento do outro como um legítimo outro;

⁷- o reconhecimento de cada um como insuficiente;

- o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes.

⁷ Aula sobre redes. Encontro presencial geral do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre. 05.10.2007.

[...] implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação (DIMENSTEIN, 2004, p. 3).

Trata-se, portanto, de uma aposta ética em um modo de cuidado que convoca o protagonismo e a corresponsabilidade dos trabalhadores para os processos de expansão da vida, produção de novas utopias, de novos sujeitos e de novas práticas em saúde.

Nesse sentido, é importante analisarmos em que consiste um cuidado que faça valer os princípios da reforma psiquiátrica. Costa-Rosa (2000) discute o paradigma em saúde mental contemporâneo, ao traçar um paralelo entre dois modos básicos de cuidar, em saúde mental: o asilar e o psicossocial.

No modo asilar, a tônica está nas determinações orgânicas dos problemas, e o meio para tratá-los é, fundamentalmente, medicamentoso. O sujeito é praticamente excluído da cena do tratamento, e tudo aquilo que não se refere ao estritamente psiquiátrico é tido como secundário. O modelo de tratamento é o médico, tendo a cura como objetivo e o hospital psiquiátrico como instituição por excelência para isto. Os fluxos de poder obedecem à lógica verticalizada (de cima para baixo), onde poucos determinam e a maioria obedece, havendo a predominância de espaços interditados aos usuários e à população em geral. A institucionalização de relações verticais e de estratificação de poder e saber é reproduzida nas práticas terapêuticas.

O relacionamento com a clientela dá-se através dos dualismos: loucos e “normais”, doentes e sãos, sabedores e ignorantes, razão e insensatez. Este tipo de instituição, do ponto de vista de sua clientela de referência, é tido como depositário de todos os “desviantes”; lugar para onde são enviados os “problemáticos”, para que sejam curados e devolvidos ou, então, para que fiquem alijados do convívio social. É comum a supressão dos sintomas e o uso indiscriminado de medicação, como desdobramentos visíveis do caráter adaptacionista do espaço asilar.

No modo psicossocial, por sua vez, fatores políticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais são determinantes do processo de adoecimento. Assim, a forma de tratar pode envolver psicoterapias, atividades coletivas e um amplo grupo de dispositivos de reinserção social, além da medicação. O sujeito ocupa, nessa perspectiva, uma importância central, bem como é levada em consideração sua pertinência a um grupo familiar e social. A loucura e o sofrimento psíquico não precisam ser removidos a qualquer custo. O que se pretende é promover um 'reposicionamento subjetivo' do sujeito frente a eles.

O que se visa no modo psicossocial é um posicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse sofrimento; por outro, como um agente de possibilidade de mudanças (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Ainda seguindo o argumento do mesmo autor, o trabalho multiprofissional articula a troca de saberes e práticas, ao buscarem a superação dos 'especialismos'. Nesse sentido, as considerações sobre as problemáticas psíquicas acionam ações integrais em saúde, que vão além de sua consideração enquanto doença. O modo psicossocial pressupõe a horizontalização das relações de poder, dando ênfase à participação da população nas esferas decisórias da instituição, em processos de autogestão, como assembleias de usuários, familiares e trabalhadores. Trata-se de espaços de interlocução, que dão lugar à subjetividade e orientam o cuidado psicossocial.

A instituição e seus agentes devem apresentar-se e funcionar como espaço de interlocução e instância de 'suposto-saber'; sustentar desde o primeiro encontro com a clientela, a oferta de um tipo de possibilidade transferencial compatível com a ética da singularização (COSTA-ROSA, 2000, p. 162).

Ao mesmo tempo em que não deixa de suprimir os sintomas, este não é seu objetivo primordial. "O que se visa diretamente pode ser descrito, de certa forma, com os termos 'reposicionamento subjetivo', mas também do homem em questão,

uma vez que se procurará levar em conta a dimensão subjetiva e sociocultural” (COSTA-ROSA, 2000, p. 163).

Constata-se, assim, a radicalidade do projeto da Reforma Psiquiátrica, ao convocar uma mudança paradigmática nas práticas de cuidado em saúde mental, e propor um conjunto de transformações que superam a mera alteração de um modelo assistencial.

Autores como Alves e Guljor (2006) apresentam premissas fundamentais para a sustentação das práticas de cuidado em saúde mental, contribuindo para a compreensão do que possa se caracterizar como cuidado humanizado. A primeira premissa, por eles referida, é a liberdade em negação ao isolamento, ou, dito de outra forma, a liberdade como condição para a cura/tratamento. A segunda é a integralidade do cuidado em negação à seleção, provocando um deslocamento do olhar focado na doença, para um conjunto de fatores que envolvem a construção de projetos de vida, em contraposição ao reducionismo da redução dos sintomas.

A terceira condição, apontada pelos mesmos autores, é o enfrentamento do problema e do risco social, em contraposição ao diagnóstico. Assim, a noção de risco social permite uma visão mais ampliada do sujeito, considerando as redes onde ele se insere. A quarta premissa é o conceito de direito, sobre a noção de reparo. Neste sentido, é fundamental considerarmos o direito das pessoas de serem atendidas com dignidade e de serem respeitadas em suas diferenças. Esta idéia supera, também, a noção de reparo, na qual técnicos ou profissionais da saúde sabem, *a priori*, o que é necessário ou adequado para o usuário.

A quinta premissa para o cuidado em saúde mental, segundo Alves e Guljor (2006, p.229), é o respeito à singularidade, procurando alcançar um grau de autonomia possível em cada situação vivida, numa perspectiva que toma “[...] o cuidado como atitude, e não como ato isolado que procura uma cura”. A sexta e última premissa, apontada pelos autores, é a incorporação do papel de agenciador, em negação ao ato reiterado de encaminhar. Isso pressupõe uma disponibilidade dos serviços e das equipes, para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, constituindo-se como mediadores das relações deste sujeito com o mundo.

Mais do que regras a serem incontestavelmente seguidas, tais premissas funcionam como orientações valorosas, para as relações de cuidado, produzidas no cotidiano da saúde. Assim, ao resgatarmos a importância da dimensão subjetiva, implicada na produção do cuidado em saúde, constatamos o quanto isto ainda

necessita ser construído, reafirmado e defendido, como princípio para as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários.

O objetivo inicial desta pesquisa procurou estabelecer as possíveis relações entre a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização, partindo da análise das intervenções desenvolvidas no campo da saúde mental, pelos apoiadores da primeira edição do curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Vislumbrou-se, neste percurso, a possibilidade de construção de uma ponte entre estas duas políticas do SUS. Como Fuão (2001), compreendemos a ponte como elemento que permite transitar, reduzir distâncias, estabelecer relações e laços. Pontes são passagens.

Assim, testemunhamos esta passagem: humanização e saúde mental numa ação de contágio, experimentando novos modos de produção de um cuidado humanizado. Este se constitui em um dos desafios colocados para a PNH. Como referido por um dos idealizadores do projeto de formação aqui analisado “[...] no lugar de propor a mudança, propagá-la; no lugar de decretá-la, dar condições para ampliação do que é só germe potencial. Neste sentido, o caráter intensivista do apoio da PNH decorre da ação de contágio⁸” (PASSOS, 2007).

O cuidado que a Reforma Psiquiátrica demanda, portanto, encontra similaridade e conexão com a proposta apresentada pela Política Nacional de Humanização, na medida em que aposta na radicalidade da experiência de alteridade e se traduz numa concepção de cuidado, que é ético-estético-político.

Nesta perspectiva, a humanização do cuidado em saúde mental não se viabiliza a partir de determinados “especialismos”, pois a composição de saberes e experiências, entre os agentes implicados neste processo, se articula e corresponsabiliza com outras políticas sociais e setores de sociedade. É um cuidado produzido por um coletivo organizado em rede, em um determinado território que, mais do que geográfico ou espacial é da ordem existencial.

A concepção de cuidado humanizado, sustentado nesta pesquisa, implica, portanto, uma dimensão ética, porque privilegia os movimentos do desejo; estética na relação com a capacidade inventiva que quer evocar; e política, pois afinal, só se

⁸ Aula sobre Apoio Institucional. Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre. 10.08.2007.

pode falar em cuidado humanizado se o compreendemos com um cuidado em liberdade.

4 PREPARANDO OS PILARES DA PONTE

Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. (MINAYO, 1996, p. 17).

A singularidade do campo da saúde e sua complexidade, nos levaram a optar por uma pesquisa de abordagem qualitativa, pela possibilidade de operar um deslocamento coerente com os diferentes aspectos presentes, no movediço universo de análise. Concordamos com Silveira quanto à idéia de que

[...] os estudos em saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, implicados numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas que transcendem as respostas unívocas de alguns setores do conhecimento científico, ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão muitas vezes meramente biomédica de alguns estudos em saúde (SILVEIRA, 2003, p. 69).

Minayo (1996, p. 21) complementa este entendimento, ao afirmar:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Buscou-se construir uma conversa teórico-prática, através de um saber-experiência, entrelaçando os dados empíricos e o pensamento dos autores. Deste modo, pretendeu-se produzir uma investigação que não ficasse no extremismo das teorizações sobre o objeto, nem no empirismo puro da experiência.

Assim, a utilização da estratégia cartográfica nos parece a mais adequada, pois coaduna com o próprio método da PNH, utilizado no curso. Identificamos tal convergência, nos aspectos abaixo, que, do ponto de vista que adotamos, se encontram estreitamente ligados entre si:

- processualidade;
- não linearidade;
- multiplicidade de dispositivos;
- valorização dos sujeitos no processo;
- não hierarquização rígida.

A cartografia corresponde, então, a uma postura sensível ao plano das forças em jogo, onde as linhas não são tão claras e passíveis de serem definidas, como nos métodos tradicionais. Neste sentido, mostra-se como um dispositivo potente, para acompanhar tensionar os fluxos, desfazer os nós e assinalar os afrouxamentos do processo que queremos explorar.

O fazer cartográfico vem sendo contemporaneamente trabalhado por autores como Felix Guattari e Sueli Rolnik (1986; 2006), entre outros, com o intuito de resgatar a dimensão subjetiva da criação e da produção de conhecimento.

De acordo com Kastrup 2007, desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo, no estudo da subjetividade, é diferente de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. A cartografia não se apresenta como um método de pesquisa, em si, um modelo ou programa a ser seguido, mas antes, como uma estratégia metodológica de produção de conhecimento, que não pretende generalidades ou universalidades. A cartografia visa, portanto, acompanhar um processo de produção, e a condição de apoiadora pedagógica, assumida no curso, me permitiu exatamente isto.

A palavra 'cartografia' guarda relação com a geografia, na medida em que faz referência à idéia de mapa. É utilizada, aqui, não no sentido topográfico, mas considerando o mapeamento do processo, do sujeito ou de alguns processos deste sujeito, configurando-se como estratégia que busca visibilizar o percurso que vai sendo construído pelo grupo.

Propondo-se ao acompanhamento de um processo, o movimento do território cartografado faz parte da proposta de pesquisa cartográfica. A habitação do território investigado é condição para detectar as forças moventes que acionam este movimento, pedindo passagem e expansão (KASTRUP, 2008, p. 488).

Diferentemente de um método científico tradicional e racionalista de pesquisa, o fazer cartográfico opera, redefinindo as noções de sujeito e objeto, de modo a considerá-los inevitavelmente implicados. Nesta perspectiva, o que ocorre são encontros entre sujeito e objeto, num campo permanentemente instável, incerto, tenso e incontrolável, onde o sujeito pesquisador e objeto pesquisado não estão dados *a priori*, e o que se produz, a partir deste encontro, está sempre em movimento.

A cartografia põe a funcionar outras estratégias de produção de conhecimento, considerando a complexidade dos afetos, do pensamento e das práticas que aí emergem. Isso requer uma dilatação do olhar, um alargamento dos sentidos e um descentramento do eu, para acessar um pouco as forças do fora e dar-lhes um sentido. É um estranhamento de si no outro, um estado de 'outramento', tornando-se estrangeiro a si mesmo e experimentando novos modos de existência.

Isto significa que, para melhor ver, precisamos lutar com nossa própria visão, perfurar nossos olhos para fazê-los ir além dos contornos, dos regulamentos, das normas. Precisamos desaprender o que temos sido, aproximarmo-nos da névoa que rodeia cada ente, para entendê-la como o écran que, ao mesmo tempo em que nos impede de ver, prolonga a nossa alma no interior das coisas (FONSECA et al, 2006, p. 659).

Este processo se desenha nos agenciamentos, nas conexões e encontros que, ao suportarem as diferenças, destacam justamente o que é potente em cada um. É fazer de cada encontro um acontecimento de afirmação e recriação da vida. O acontecimento

Consiste em reencontrar conexões, encontros, apoios, bloqueios, jogos de força, estratégias, etc. que, em dado momento formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade. Acontecimentalizar corresponde à desmultiplicação causal que, por sua vez, consiste em analisar o acontecimento segundo os processos múltiplos que o constituem. Constituir um poliedro de inteligibilidade, cujo número de faces não se encontra previamente definido e nunca pode ser legitimamente concluído. Decomposição interna e relações de inteligibilidade caminham juntas (FONSECA, 2005, p. 12).

Na pesquisa cartográfica, o cartógrafo possui a vontade do estrangeiro e seu trabalho se dá neste processo de tornar visível outros modos de existência que, neste contato com o diferente, produzem uma maneira até então desconhecida de sentir. Assim, é convocado a criar um corpo para a existencialização destas diferenças, tornando-se corpo de passagem para as forças micropolíticas e instituintes da vida (SANT'ANNA, 2001). Dar passagem, fazer passagem, ser passagem. Em outras palavras, manter certa intimidade com a morte e a precariedade de sua perspectiva.

O cartógrafo é um experimentador das perdas que o conhecimento impõe. Ele também quer perder-se, pois é o único modo de ganhar: ganhar a experiência de se rever e de manter um certo grau de desprendimento com a pesquisa e o conhecimento produzido (KIRST et al, 2003, p. 97).

Ao resgatar a dimensão subjetiva da criação da produção do conhecimento, a cartografia não deve descuidar do rigor científico necessário para sua estabilidade. Para Rolnik (1993), este rigor é mais da ordem de uma posição ontológica do que propriamente metodológica, intelectual ou erudita. O desafio que se coloca, portanto, é o de produzir um trabalho que escape de um sistema totalizador e que afirme um paradigma ético-estético-político.

Ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir destas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. Estético porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. Político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir (ROLNIK, 1993, p. 245).

Deste modo, a escolha pela cartografia não pode ser considerada à parte do que a própria estratégia cartográfica aciona. Por que a cartografia? Porque ela trabalha com a intempestividade de afetos e sentidos, que provocam e desafiam os processos de expansão da vida e do devir.

Rolnik, em *Cartografia Sentimental* (2006), diz que pouco importa que setores da vida o cartógrafo toma como objeto, desde que ele se mantenha atento às estratégias das formações do desejo no campo social. “Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo” (ROLNIK, 2006, p. 65).

Note-se que o método cartográfico, longe de apaziguar os sentidos e tranquilizar o coração, “remonta a uma tempestade” (KIRST et al, 2003, p. 91), pois carrega consigo a construção de certo desenho, caminho e esboço, num mar de incertezas, desvios e provisoriiedades que faz ondas de medo e vertigem. É temeroso e arriscado... desde já, portanto, assumo o risco, corro o risco e estou no risco.

Para a realização de uma cartografia do cuidado humanizado em saúde mental se utilizou, como campo de pesquisa, os trabalhos de conclusão de alunos do curso de Especialização da Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no ano de 2007. A escolha dos dispositivos metodológicos foi se delineando a partir do desenvolvimento da própria pesquisa, uma vez que o método cartográfico

[...] se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método, ad hoc. Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e,

sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo. (KASTRUP, 2007, p. 15).

Um desses dispositivos consistiu na análise de 11 trabalhos de conclusão do curso, selecionados entre um total de 64. O critério de escolha utilizado para a seleção dos trabalhos foi a inscrição no campo da saúde mental. Uma primeira leitura dos trabalhos procurou identificar os seguintes aspectos:

- cenário da experiência;
- agentes envolvidos;
- demandas;
- dispositivos/estratégias de cuidado;
- resultados após a intervenção.

O Quadro 1 (APÊNDICE A) corresponde à síntese da caracterização das intervenções, onde se pode observar, entre outras coisas, que a formação dos autores integra, em sua maioria, o rol de profissões regulamentadas como da área da saúde: psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional. A exceção é de uma profissional com graduação em filosofia e que possui o título de sanitarista.

As intervenções analisadas foram desenvolvidas em secretarias de saúde (três), CAPS (seis) e hospitais (dois) de dez municípios do Estado do RS e acionaram os seguintes dispositivos da PNH: co-gestão, GTH, saúde do trabalhador, equipe de referência e apoio matricial, acolhimento, clínica ampliada e redes.

Os trabalhos de conclusão tinham como objetivo registrar a intervenção realizada pelos apoiadores em seus locais de trabalho, relacionando-a aos aportes teóricos ofertados pelo curso. Para o desencadeamento da intervenção, foi escolhido um dos dispositivos da PNH. Esta escolha foi definida, a partir da análise dos cenários locais de saúde. Este foi o primeiro trabalho solicitado no curso e que prepara o trabalho de conclusão. O Quadro 3 (ANEXO A) apresenta as estratégias pedagógicas do curso, com os seus respectivos eixos e atividades.

A fundamentação do curso, na PNH, também se constituiu em orientação para as decisões metodológicas desta pesquisa. A PNH tem como meta a formação

de trabalhadores do SUS, com capacidade de intervir no cotidiano dos serviços. Como curso-intervenção, visa a formar sujeitos dotados de capacidade para disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde. Em sua estratégia de formação, considera fundamental a possibilidade de os alunos/apoiadores realizarem intervenções concretas em campo, simultaneamente a seus processos de formação.

Para a efetivação dessa proposta, acompanha-se a construção de planos de intervenção, cujo caráter é o de ferramenta de orientação e planejamento do trabalho de cada apoiador, em sua unidade. Seu enfoque é no modo de fazer próprio de cada apoiador, respeitando sempre as demandas e possibilidades de cada serviço, assim como as implicações singulares de cada apoiador. Os objetivos dos planos de intervenção compreendem: aprofundar os conhecimentos sobre os dispositivos da PNH; disparar intervenções em seu local de trabalho; integrar iniciativas de trabalho do apoiador/curso às iniciativas de humanização já existentes ou em construção na região; fomentar as redes locais, conectando sua unidade às possíveis parcerias regionais e nacionais; sistematizar e documentar experiências bem sucedidas do SUS, para fins de divulgação e aprimoramento do sistema.

Cabe fazer um esclarecimento em relação à escolha ético-metodológica, no sentido de nomear as alunas/apoiadoras, participantes desta pesquisa, ao invés de fazer o tradicional uso dos nomes fictícios. Tal escolha se deve à busca de uma coerência com o princípio norteador da Política Nacional de Humanização, do protagonismo dos sujeitos. Considerando que todas as intervenções analisadas descrevem e divulgam experiências de trabalho público, relacionadas, ainda, a um processo de formação subsidiado por recursos da União, não pareceu razoável “disfarçar”, no relato, a autoria dos processos desenvolvidos. Por este motivo e como forma de reconhecimento do protagonismo dos sujeitos que se lançaram no desafio que representou fazer parte desse processo, optou-se pela preservação dos nomes próprios das autoras/apoiadoras, responsáveis pelas intervenções aqui analisadas. Isto foi assegurado, através da explicitação desta escolha, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Outros dispositivos metodológicos utilizados incluíram participações e observações da pesquisadora, nos encontros presenciais gerais do curso, ocorridos em Porto Alegre; conversas informais com professores, alunos e formadores, tanto no ambiente de aprendizagem a distância, quanto pessoalmente; além dos registros

e observações no diário de campo; e a participação nas reuniões de coordenação do curso.

A participação nos quatro encontros presenciais gerais do curso foi fundamental, para a compreensão de sua sistemática organizativa e pedagógica, possibilitando acompanhar as repercussões dos aportes teóricos da PNH, nos processos vividos singularmente pelos alunos e em seus locais de trabalho. Também foi um momento ímpar para o entendimento da dinâmica do curso como um todo e dos impasses presentes na implementação dos planos de intervenção dos alunos-apoiadores.

O recurso da observação participante, utilizado em diversos momentos da pesquisa, permitiu entrar em contato com diferentes atores sociais envolvidos neste processo, contribuindo para o entendimento de fenômenos que, de outra forma, seriam difíceis de perceber, visto que a observação participante se desenvolve

[...] através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (CRUZ NETO, 1998, p. 60).

As observações e reflexões surgidas ao longo dos mais diferentes momentos da pesquisa (encontros presenciais do curso, reuniões) foram registradas no diário de campo, amigo silencioso sobre o qual

[...] o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (CRUZ NETO, 1998, p. 63-64).

Da articulação deste conjunto de dispositivos metodológicos, foi possível refletir e definir as linhas investigativas do levantamento bibliográfico, necessário para a compreensão das questões, que foram levantadas no campo de pesquisa.

A análise dos trabalhos, na perspectiva cartográfica, permitiu acompanhar encontros, agenciamentos, convergências e dispersões, que denotam a intensidade dos fluxos de expansão no processo de produção de saúde. Ao habitar, temporariamente, o território das intervenções, foi possível dar passagem aos inúmeros aspectos implicados no cuidado em saúde mental.

Trata-se de apenas um modo de olhar. Do olhar de uma pesquisadora-cartógrafa, que confere sentidos àquilo com que se sente afetada. Dessa forma, muitos outros olhares são possíveis, pois “Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas” (DELEUZE; GUATTARI, 1977).

5 CARTOGRAFANDO O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL

Cada intervenção, desencadeada no cotidiano concreto de trabalho, mobilizou uma variedade de experiências, que propagaram as reflexões e discussões produzidas durante o curso e construíram um terreno “possível” para as aprendizagens que se viabilizaram. Entre elas, algumas em especial emergiram como categorias de análise indicativas de um cuidado humanizado em saúde mental, na concepção desenvolvida até aqui: grupalidade, protagonismo e transversalidade. O Quadro 2 (APÊNDICE B) apresenta a síntese das categorias de análise presentes nesta pesquisa.

A definição das categorias foi decorrente da busca de elementos que caracterizaram o cuidado humanizado em saúde mental, para aqueles apoiadores/trabalhadores de saúde mental. As questões iniciais desta investigação: quais os efeitos de uma intervenção que permitem considerá-la uma intervenção humanizada? Que forma de cuidado se produziu na intervenção relatada para considerá-la uma intervenção da PNH? O que é, para cada apoiadora, um cuidado que humaniza? perpassavam a leitura e permitiam acompanhar, pelas mãos de suas autoras, o processo singular desenhado por cada uma. Mapa desenhado a pelo menos 24 mãos, que se multiplicam incluindo outras tantas dos coletivos a que cada intervenção remete!

Assim como os dispositivos da PNH, as categorias de análise apresentadas estão imbricadas umas às outras, afetando-se e definindo-se mutuamente. Seguem-se então os resultados encontrados a partir dos efeitos das intervenções no campo, anteriormente descrito, e que serão colocados em debate.

5.1 GRUPALIDADE

A noção de grupalidade é uma das mais relevantes para a Política de Humanização. Não se reduz a um conjunto de indivíduos e, de forma alguma, pode ser entendida como unidade imutável. Grupalidade na PNH corresponde a um coletivo ou a uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares e etc) em permanente agenciamento e transformação, e que compõe uma rede de conexões na qual se realiza o processo de produção de saúde e de subjetividade (BRASIL, 2008a). Ao relatar sua experiência com grupo Barros (2007) o define como

[...] aquilo que está no meio, mas não aquilo que se debate entre totalidades capturantes/capturadas que almejam se manter, acima de tudo, como identidades imutáveis[...] o grupo é entre quando, em qualquer um de seus pontos-movimentos, falas expressas, afetos experimentados, se abre como conexão para outras bricolagens (BARROS, 2007, p. 292).

Um fenômeno presente nas experiências de grupalidade refere-se ao jogo das forças responsáveis pela manutenção ou desmanchamento das instituições, da naturalização ou desnaturalização dos modos de viver e sentir e do acompanhamento dos fluxos que se deslocam no tempo, produzindo modificações nos territórios constituídos.

A condição de estar em grupo, consiste em uma experiência que permite entrar em contato com as multiplicidades que procuram alterar os processos hegemônicos de subjetivação. Esta é a função dispositivo do grupo.

Máquina de decomposição de verdades, de concepções tomadas como naturais e universais, o grupo pode acionar confrontos entre expressões do modo-indivíduo vigente. Ao tomar os enunciados como remetendo não a sujeito individuais, mas a coletivos, ao percorrer os caminhos maquínicos do desejo que não se esgotam nas vivências individualizadas, o grupo dispara desconstruções dos territórios enclausurantes da subjetividade (BARROS, 2007, p. 325)

A relevância e os efeitos desencadeados pela experimentação dos espaços grupais estiveram, invariavelmente, presentes no conjunto das 11 intervenções analisadas, fomentando discussões, fortalecendo equipes e possibilitando o contato com a diversidade das dinâmicas coletivas.

As apoiadoras convocaram para as rodas, usuários, gestores e trabalhadores. Promoveram encontros por vezes inusitados, entre equipes que, anteriormente, não se reuniam. Em alguns casos, inclusive, os encontros ocorreram entre serviços de municípios vizinhos.

A vivência de grupalidade possibilitou, em Taquari, por exemplo, “[...] construir abertura para a escuta do “território-saúde” e problematizá-lo, potencializando a fala de cada um para que produzisse efeitos significativos nos outros, com produção de novas subjetividades mais criativas e espontâneas” (FREITAS, 2008, P. 43).

A inclusão dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) encontra, nas rodas de conversa, um modo peculiar de acontecer. Herdeiras do “Método Paidéia” ou “Método da Roda”⁹, de Campos (2000), inúmeras e diversas rodas de conversa foram realizadas nas intervenções desencadeadas. Assim, o fator paidéia do método pressupõe “[...] a gestão como um processo de construção deliberada (não onipotente, mas intencional) de sujeitos com importante grau de autonomia” (CAMPOS, 2000, p. 146).

Um dos principais desafios do método da roda é pensar a gestão de coletivos não apenas como espaço democrático nas instituições, mas também como um espaço pedagógico, terapêutico e de produção de subjetividade. O método propõe os espaços coletivos como arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção.

Independente da forma adotada, o método da roda corresponde a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e circulação de informações, bem como, à elaboração e tomada de decisões, onde se possa “[...] analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como Sujeito” (CAMPOS, 2000, p. 148).

⁹ O método busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições. Objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e bem-estar social.

Neste sentido, as rodas de conversa realizadas entre a Coordenação de Saúde Mental do município de Santa Maria e a Coordenação Regional de Saúde Mental da 4ª CRS, através da intervenção desencadeada pela apoiadora daquela cidade, objetivaram a implementação futura de dispositivos da PNH, redes sociais e clínica ampliada, em parceria com o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

A apresentação ao gestor municipal da proposta de ampliação da experiência de equipe de referência e apoio matricial no CAPS de Santa Cruz do Sul, também produziu encontro, rodas de conversa e potencialização dos espaços coletivos.

Algumas experiências ilustram o modo como as rodas de conversa operaram mudanças, nos cenários da saúde no Estado. Uma delas foi a formação de colegiado gestor, com a participação de representantes das equipes de saúde em Pejuçara. Outra experiência que denotou a potência do método foram as reuniões sistemáticas (semanais e/ou quinzenais) com o gestor municipal, para compartilhamento e instrumentalização sobre a Política de Saúde Mental, bem como sobre a PNH e o acolhimento no município de Alegrete.

As experiências de Livramento, Uruguaiana e Pejuçara demonstram que ao se infiltrarem no cotidiano dos serviços, as rodas de conversa, tanto internas quanto entre equipes ou serviços da rede, propiciaram o fortalecimento mútuo, as trocas entre os diferentes saberes, a avaliação e adequação da atenção prestada aos usuários e a construção coletiva e criativa de alternativas aos problemas com os quais se deparavam.

O estar em grupo auxiliou no enfrentamento das dificuldades cotidianas do trabalho. Na experiência de Viamão, durante os encontros preparatórios com trabalhadores interessados em constituir o GTH na saúde mental do município, surgiu a oportunidade de conversarem sobre diversos assuntos. Entre eles, como lidar com as resistências frente à proposta da reforma psiquiátrica, a frustração de alguns trabalhadores ao constatarem a reprodução de antigos métodos de cuidado, disfarçados sob o nome de novas tecnologias e os desafios de garantir atendimento em rede. Durante a conversa, na medida em que se traziam as dificuldades de cada local, o próprio grupo ia, coletivamente, discutindo possibilidades. A expressão de um dos participantes de que “se via uma luz no fim do túnel”, na percepção da apoiadora, demonstra a expectativa de que nem tudo estava perdido. Esta intervenção revela que o estar em grupo “[...] despertou o desejo nos trabalhadores

de pensar sobre o seu fazer, realizar mudanças e construir um SUS melhor” (MELO, 2008, p. 26).

A força do coletivo mobilizado pela PNH no estado foi intensa de movimentos criativos e inventivos que alteraram os cenários micro e macro políticos no dia-a-dia dos serviços de saúde e nos “territórios subjetivos” onde foram realizadas as intervenções. Algumas situações vivenciadas no percurso de formação tornaram-se emblemáticas deste processo, como o boneco “gastãozinho”, presente das UPs Missioneira, Minuano e HumanizaPampa ao professor Gastão Campos durante Encontro Descentralizado em Ijuí; a “rede” confeccionada pelas apoiadoras da UP Macro Sul; o símbolo da PNH confeccionado em madeira com espaço para cada apoiador fotografar seu rosto no lugar da “cara do SUS” e demonstrando que “[...] corpos são iguais e a cabeça, os modos de pensar e ler a vida são singulares” (MATTHES, 2008, p. 36) que percorreu diversos municípios, invadiu conferências de saúde e tornou-se um verdadeiro símbolo do modo HumanizaSUS de fazer saúde.

Nesta perspectiva, as práticas de grupalização ao inventarem um certo território comum, constituem-se em dispositivos potentes na efetivação de um cuidado humanizado. Ao agenciar novos modos de subjetivação produzem, na experiência da diferença, existências irredutíveis à linearidade.

5.2 PROTAGONISMO

No âmbito da PNH, a idéia de protagonismo corresponde ao lugar central que a ação dos sujeitos ocupa nos acontecimentos, colocando-os como co-responsáveis no processo de produção de sua própria saúde e dos outros.

O protagonismo dos sujeitos e coletivos vincula-se diretamente ao princípio da inseparabilidade entre a atenção e gestão da PNH, pois nos processos de produção de saúde

As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2008, p.24).

Aumentar o grau de autonomia e protagonismo dos trabalhadores e ampliar o grau de abertura aos processos de criação que, sustentando a indissociabilidade entre gestão e atenção, possibilitam transitar da dor ao prazer no trabalho sem incorrer na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer (BARROS; BARROS, 2007).

Da mesma forma, como atividade e gestão não podem ser tomadas em separado, a produção de saúde somente pode ser pensada por sujeitos que ao mesmo tempo, produzem a si mesmos. Neste sentido a gestão não pode ser confundida com um lugar, “mas como um conector, gestão como elemento-passagem entre fluxos de trabalho/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder” (BARROS; BARROS, 2007, p. 64).

Tal concepção pôde ser experimentada em algumas das intervenções desencadeadas. É o caso da intervenção realizada no município de Livramento, ao desencadear a realização de rodas de conversa na equipe do CAPS para a elaboração dos projetos terapêuticos dos usuários. Apesar da dificuldade inicial em reunir todos os seus membros, as rodas passaram a agregar um número cada vez maior de trabalhadores e possibilitaram a construção de vínculo e o aumento da co-responsabilidade entre equipe, usuários e familiares. Na seqüência, desencadearam a organização dos prontuários e a discussão sobre os encaminhamentos na rede.

Em Uruguiana o protagonismo foi acionado a partir do eixo saúde do trabalhador que mobilizou os trabalhadores do CAPS a iniciarem discussões sobre o seu processo de trabalho. Alavancada pelas reflexões produzidas no coletivo, a equipe, aproveitando a reforma do prédio onde está localizado o CAPS, tomou a frente no processo de adequação do espaço físico e promoveu discussões sobre a ambiência. Como resultado desta iniciativa co-responsabilizadora da equipe, foi possível a organização de um ambiente de trabalho mais acolhedor e confortável para a convivência com os usuários.

O protagonismo e a participação ativa de usuários e familiares dá-se na perspectiva da garantia de direitos e no compartilhamento e co-responsabilização com o cuidado em saúde. Foi o que ocorreu na intervenção apresentada pela apoiadora Dolores em Carazinho, quando os usuários tomaram para si a coordenação dos grupos de saúde. A criação de grupos de saúde teve como diferencial o fato de que são os próprios usuários que coordenam os grupos. As

afirmações e perguntas não são mais dirigidas exclusivamente para a equipe de profissionais, mas para todos os participantes do grupo.

No município de Santa Maria o protagonismo dos usuários foi, radicalmente, posto à prova, durante a Semana Acadêmica do curso de Psicologia da UFSM. Ao palestrar de improviso na mesa-redonda sobre Reforma Psiquiátrica, um membro da Associação de Familiares e Amigos dos Bipolares (AFAB) foi questionado por um estudante de Psicologia a respeito do número de internações a que já havia se submetido. Sua resposta: “Olha, internação psiquiátrica eu tive seis, mas diploma de participar de eventos como este, eu já tenho catorze!”.

Este episódio, nas palavras da apoiadora “[...] ilustra o protagonismo de um sujeito autônomo, que hoje em dia é co-responsável por sua saúde, sua vida e sua felicidade” (NOAL, 2008, p.50). A intervenção realizada oportunizou outras situações onde o protagonismo dos usuários se evidenciou: a mesa- redonda do III Encontro AFAB e palestra sobre Associações de Usuários de Saúde mental da Conferência Mundial sobre desenvolvimento das Cidades. Nestes dois eventos, os usuários tiveram voz e vez, ao relatarem suas experiências sobre associações de usuários em saúde mental. A intervenção acionada em Santa Maria atesta o que, nas palavras de Eduardo Passos (2007), representa a radicalidade da aposta metodológica da PNH: “aposta radical é apostar na autonomia e protagonismo dos sujeitos¹⁰”.

Em uma das intervenções realizadas no município de Alegrete fica claro o quanto a ativação da função gestora no processo de trabalho, quando tomada de modo responsável e consistente, constitui-se numa importante estratégia para o exercício do protagonismo das equipes de trabalho. Assim, ao agenciar a contratação de Acompanhantes Terapêuticos (ATs) para o acompanhamento dos usuários de saúde mental internados na Santa Casa, o Sistema de Atenção Integral em Saúde Mental (SAIS Mental) assumiu de modo contundente, seu papel de gestor da saúde mental do município e garantiu a qualificação do cuidado em saúde.

¹⁰ Declaração obtida na mesa de abertura do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre. 08. 06. 07.

5.3 TRANSVERSALIDADE

A Política Nacional de Humanização caracteriza-se não como um programa, mas como uma política que transversaliza as diferentes instâncias e ações do

Sistema Único de Saúde. Deste modo, a transversalidade nos processos de produção de saúde, constitui-se em conceito-princípio da PNH.

O desejo de promover um aumento do coeficiente de transversalidade, almejado pela Humanização, exige um aumento do grau de comunicação entre os diferentes saberes e grupos, operando na desestabilização dos territórios de poder e do modo de constituição das relações de trabalho. Assim, a idéia de transversalidade na humanização

[...] diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede, e na qual se expressam os processos de produção de saúde e subjetividade (BRASIL, 2008a, p. 68).

As diferentes rodas de conversa entre trabalhadores e usuários, nas instâncias de Participação/Controle Social, nos Grupos de Trabalho em Humanização ou reuniões de equipe, tornaram a experiência do “estar em grupo”, um terreno fértil para a lateralização do processo de comunicação e transversalização das relações.

A intervenção experimentada pelo CAPS de Santana do Livramento evidenciou a possibilidade de constituição de novos processos comunicativos operarem mudanças no modo de funcionamento da própria equipe de saúde mental. Através da elaboração dos planos terapêuticos dos usuários do serviço, disparados na intervenção da apoiadora Margarete, a composição dos diferentes saberes se deu na negociação coletiva durante as reuniões de equipe. Além disso, acionou

rodas de conversa entre instituições para além da rede de saúde, Ministério Público, grupos de auto-ajuda, ONG's e conselhos de direitos, reforçando a importância dos espaços de co-gestão do cuidado em saúde mental.

Também na região da Fronteira Oeste do estado, a intervenção da apoiadora Josemari, ao incluir a participação da equipe da Santa Casa nas capacitações da rede de saúde mental do município de Alegrete e convidar setores do hospital que ainda não tinham representação para fazerem parte do GTH, demonstra a capacidade de articulação dos diferentes envolvidos e o compartilhamento das ações e responsabilidades com a produção de saúde.

A integralidade e o aumento de comunicação entre diferentes grupos foi a tônica da intervenção da apoiadora Guiomar de Santa Cruz do Sul. Nas ações desenvolvidas entre a equipe de referência do CAPS e a ESF, ambas se fortaleceram ao desenvolverem estratégias de aprendizado compartilhadas. A realização de atendimentos conjuntos entre as equipes, a feira de saúde promovida pela ESF que convidou o CAPS para apresentar seu projeto de construção de redes e a solicitação da ESF de um maior número de capacitações, encontros e instrumentalizações em saúde mental, são reveladores da potência dos encontros, das diferenças e das ações construídas coletivamente.

Na intervenção do município de Bozano, a parceria com a Secretaria de Educação fomentou a grupalidade e estimulou a interdisciplinaridade. A transversalização do cuidado, neste caso, se deu por meio do engajamento da secretaria da educação no projeto de Humanização da saúde. Revelando, também, uma ampliação do próprio conceito de saúde, para além da idéia de saúde como ausência de doença, foi possível uma articulação intersetorial na perspectiva da promoção da saúde. “Estamos a mil no posto, muitas reuniões, encontros, projetos e muito trabalho pela frente, a parceria com a educação está 100%, muitos projetos para os alunos, pais e professores” (MARTINS, 2008, p. 26).

A pequena cidade de Pejuçara acionou uma grande rede de proteção às pessoas com problemas com o uso de bebidas alcoólicas. A “Rede de Compromisso com a Vida”, proposta como estratégia do Plano de Intervenção, envolveu diversos segmentos da cidade: Brigada Militar, Polícia Civil, Hospital, gestor de saúde, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, equipe de saúde, EMATER, Câmara de Vereadores e proprietários de estabelecimentos comerciais que firmaram compromisso com a co-gestão do cuidado em saúde. A constituição do Colegiado

Gestor da Saúde e a criação do Comitê Municipal de Humanização de Pejuçara, enquanto instâncias colegiadas de gestão, também são exemplos de processos desencadeados a partir da ampliação do diálogo entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

A partir dos encontros e rodas de conversa espalhados pelos serviços da cidade, a gestão participativa foi se impondo como dispositivo potente na democratização dos processos de decisão e na transversalização de poderes e saberes.

A formação do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) na rede de saúde mental do município de Viamão inaugurou um importante e necessário espaço de diálogo entre as equipes. O encontro e a reflexão oportunizados nas reuniões do GTH desenvolveram redes de afeto e solidariedade no enfrentamento das dificuldades cotidianas de trabalho, constituindo-se em estratégias de resistência e de criação de um cuidado mais humanizado com a saúde dos trabalhadores da saúde.

Experiência semelhante aconteceu na intervenção da apoiadora Luciana em Alegrete, ao promover a discussão sobre o acolhimento nas reuniões semanais do Colegiado Gestor da Saúde Mental e nas reuniões quinzenais que mantinha com o gestor municipal. Na busca de melhorias e qualificação do atendimento aos usuários, o coletivo compartilhou questões referentes à responsabilização e organização dos serviços, transversalizando o processo de cuidado em saúde mental.

A constituição de um Grupo de Trabalho em Humanização entre os diferentes serviços que compõe a rede de saúde no município de Taquari proporcionou maior integração entre os serviços. As rodas de conversa do GTH, além de agenciarem o fortalecimento de novas redes, evidenciaram a diversidade dos grupos e coletivos e suas diferentes dinâmicas de trabalho. O contato com a “descoberta” da diversidade da rede causou surpresa na apoiadora que, ao deparar-se com a realidade da rede de saúde do município, percebeu o quanto esteve voltada para suas próprias referências de trabalho, exclusivamente no campo da saúde mental.

Assim, ao privilegiar a horizontalização das relações e saberes coletivos, o GTH se constituiu num espaço para a troca de conhecimentos e para a ruptura com as formas hierarquizadas e verticais de saber/poder.

A intervenção promotora de apoio matricial entre a equipe do CAPS e a equipe da ESF em Carazinho teve como desdobramentos a realização de estudos de caso, mapeamento da rede de saúde e a construção conjunta de protocolos e fluxos de trabalho. A partir desta experiência, a equipe da ESF começou a desenvolver um olhar diferenciado para as questões de saúde mental, passando a refletir criticamente sobre o cuidado e o acolhimento realizado aos seus usuários.

A equipe de apoio matricial do CAPS, por sua vez, pôde ampliar sua visão a respeito das ações de saúde, passando a compreender a importância de ações que contemplassem um projeto de saúde coletiva, como alternativa a um modelo de clínica predominantemente individual e baseada em consultas ou procedimentos. Os encontros entre as duas equipes viabilizaram alterações na perspectiva da dinâmica de funcionamento de ambas, ampliando significativamente as possibilidades comunicativas até então existentes no serviço.

O processo de cartografar as experiências de intervenção de uma política de humanização, no âmbito das diferentes realidades de saúde mental do Estado, lançou-nos ao desafio de construir pontes. “A ponte é o lugar onde se entrecruzam passado, presente e futuro” (FUÃO, 2001, p. 24).



6 DAS NOVAS PASSAGENS AOS PRÓXIMOS MERGULHOS

A imagem da ponte, como metáfora, revelou o desejo de construir possibilidades, diminuir distâncias, aproximar mundos e sustentar encontros. Resgata-se, então, o início do percurso: “A ponte tem por finalidade conectar fragmentos de mundos, realidades distintas ou similares, é uma solução ao problema do transporte sobre o abismo do recorte” (FUÃO, 2001, p. 23). Ao cartografar a trajetória percorrida pelas apoiadoras institucionais em suas intervenções, se buscou explorar diferentes possibilidades de construção de ‘pontes’, entre as estratégias desenvolvidas pela PNH e o cuidado em saúde mental, demandado pela reforma psiquiátrica.

Neste percurso, inúmeros aspectos puderam ser evidenciados. Um deles refere-se à oportunidade, experimentada pelas apoiadoras, de resgatar o sentido de seu trabalho. Tal experiência correspondeu à possibilidade de ser feliz e ter orgulho em se construir como trabalhador do SUS. Dúvida, medo e insegurança fizeram parte deste processo, pois o receio de “fazer diferença” significou a ruptura com a imagem de servidor público, que tem sido construída socialmente, entre outros aspectos, pela idéia de não comprometimento com as atribuições de seu cargo. O relato, a seguir, veiculado no Boletim Interno nº 17 da PNH, de 17 de julho de 2007, expressa esse sentimento:

O Rio e o Oceano - "Diz-se que, antes de um rio cair no oceano, ele treme de medo. Olha para trás para o longo caminho, que percorreu, e vê a sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas o rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. Você pode apenas ir em frente. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E só quando ele entra no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas tornar-se oceano. Por um lado, é desaparecimento, e, por outro, renascimento." Essa mensagem traduz o meu momento... já estou com saudade dos "encontros e reencontros" do nosso feriado! Grande abraço (Cláudia, Pejuçara)

Assim, apoiadora e pesquisadora utilizam diferentes metáforas, para falar de um mesmo sentimento. O rio e o oceano, a ponte ou o viaduto. “Lugares decisivos do arrebatamento, do ir em frente ou retornar. Ali acontece a consolidação do presente, do encontro” (FUÃO, 2001, p.24).

Ao se deixarem arrebatados pelo convite de uma política de Humanização, trabalhadores de diferentes formações e inserções puderam se reencontrar como trabalhadores, sujeitos criativos, capazes e protagonistas de seu fazer. Assim, surge a possibilidade de empreender o que Gastão Campos (2007) chamou de “neo artesanato do trabalho em saúde¹¹”, que corresponde a não permanecer imobilizado nas queixas e dificuldades, mas tomá-las como dispositivos capazes de repensar a clínica, não considerando o outro como objeto e não se tornando um tecnocrata. Nesta situação, o cuidado de si, tal como proposto por Foucault (2006), na reflexão do trabalhador sobre sua prática, repercute também no reconhecimento do usuário como legítimo outro, portador de direitos, condições e saberes, que o lançam ao lugar de protagonista na construção do cuidado que almeja.

Contemporaneamente, as relações com o outro têm sido cada vez menos reforçadas. ‘Cada um por si e Deus por todos’ é o imperativo dos dias atuais, em que a fragmentação dos espaços coletivos e o fortalecimento das individualidades produzem o enfraquecimento dos vínculos, o embrutecimento das relações e o enrijecimento das posturas frente ao outro. É como se, em algum momento dessa história, esquecêssemos de que somos cúmplices da mesma humanidade!

Nesta perspectiva, pensar as práticas de grupalização, como campo onde está colocado o desafio da transversalidade e da composição das redes, é considerar que elas, ao inventarem certo território comum, podem ser potentes para agenciar novos modos de subjetivação, produzir subjetividades da diferença e existências irreduzíveis à linearidade.

O exercício da grupalidade foi intensamente experimentado nas intervenções analisadas e algumas delas ilustram a dimensão tomada nas cidades em que se desenvolveram. O pequeno município de Bozano, com seus 2600 habitantes, engajou-se na realização do “I mutirão da Saúde e Cidadania”.

Este evento somente foi possível, a partir da articulação co-responsável de parceiros e instituições colaboradoras, que proporcionaram um dia inteiro de

¹¹ Declaração verbal obtida na palestra sobre Educação em Saúde. Escola de Saúde Pública (ESP/RS). Porto Alegre. 28.08.2007.

orientação e prestação de serviços à comunidade. Fruto do esforço integrado entre as Secretarias da Saúde e Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar, colaboradores voluntários e demais secretarias da prefeitura, foram realizadas diversas ações de educação e cuidado com a saúde - como teste de glicose, avaliação clínica de lesões e manchas na pele, teste visual, escovação com avaliação bucal, entre outras.

A Secretaria da Educação disponibilizou o acervo da Biblioteca Pública Municipal, promoveu a Hora do Conto, espaço cultural e teatro pedagógico. Já o Conselho Tutelar esteve no contato direto com a comunidade, conversando e esclarecendo sobre seu funcionamento, bem como prestando orientações a respeito do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Na experiência de Bozano, a rede da saúde movimentou outras redes, acionou a intersectorialidade, fomentou a transversalidade e contribuiu na diminuição do abismo, muitas vezes existente, entre as políticas públicas e a comunidade. Isso vem reforçar a idéia de que novas práticas de cuidado demandam novas formas de organização do trabalho: redes de cuidado, de suporte, de afeto e solidariedade.

Hoje ampliei minhas redes mais uma vez, daqui a pouco Bozano todinho vai estar entrelaçado nas redes da humanização. Trabalhei com os professores do estado, muito interessante, clima tenso, pesado e para completar a CERILUZ está fazendo reparos na rede elétrica (redes da minha vida sempre presentes) e luz não tinha para fazer uma apresentação legal no data show... mas...'tudo o que acontece na vida tem um momento e um destino' [...] essa tal da humanização é contagiosa...vicia...pega...amo tudo isso...e como resultado combinamos trabalhar em parceria durante todo o ano com os professores, pais e alunos (Portfólio¹² de Simone B. Martins, 19/12/07)

A rede InterCAPS foi uma experiência que nasceu das interações, contatos e interesses comuns, entre as apoiadoras da rede de saúde mental, de três municípios da região da fronteira oeste do RS: Alegrete, Santana do Livramento e Uruguaiana,

¹² Portfólio: ferramenta do ambiente virtual do curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, onde os participantes podem armazenar textos e arquivos utilizados e/ou desenvolvidos durante o curso, bem como endereços da Internet. Esses dados podem ser particulares, compartilhados apenas com os formadores ou compartilhados com todos os participantes do curso. Cada participante pode ver os demais portfólios e comentá-los, se assim o desejar.

durante a realização do curso. Constituiu-se numa rede de conversação permanente de Saúde Mental Coletiva, com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde mental. Além da troca de saberes, vivências e experiências, entre trabalhadores, usuários e gestores, essa rede pretende implementar um Fórum permanente de Humanização em Saúde Mental. “[...] surgiu como uma pororoca. O encontro das trajetórias, o lugar de todos os saberes e fazeres. Não tem receita, mas discussões que levam a construir na prática a mudança na atenção e gestão” (VAZ, 2008, p. 43).

O que se constata, com a iniciativa da formação da rede interCAPS, é o quanto a rede de cuidado em saúde mental pode ser uma rede viva, vibrátil e pulsante. Rede-pororoca, em movimento e agitação, friccionando a vida em toda sua potência e fazendo a rede, como referem Passos e Benevides (2004, p. 162), uma “rede quente”. A concepção de redes psicossociais, na PNH, caracteriza-se pela

[...] participação criativa e ativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquela que articula a dimensão subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007, p. 123).

Essa perspectiva confere legitimidade à idéia de que o cuidado só se produz em rede. Percebe-se assim, como a rede pode ser potencializada, na medida em que há equilíbrio entre os aspectos que podem transversalizar a vida dos usuários e o próprio modo de funcionamento dos serviços, considerando o que precisa ser feito ou alterado.

O tema da Humanização também foi o destaque, nos desfiles cívicos de sete de setembro, em alguns municípios do Estado. Em Bozano, a Humanização foi o eixo central do desfile, com o lema: “O SUS que dá certo em Bozano”. Em Pejuçara, o símbolo do HumanizaSUS foi o dispositivo para a confecção da camiseta, utilizada pela equipe de saúde, no desfile, inaugurando o momento em que equipe passou a apostar na PNH. Com o slogan “Humanizar é produzir Saúde”, a humanização, conforme a expressão da apoiadora, “tomou de assalto” as ruas da cidade. O texto abaixo foi produzido e lido para esta ocasião.

A **Secretaria Municipal de Saúde** saúda autoridades e a comunidade presente. Saúde Pública se faz para a comunidade e principalmente com a comunidade. Agradecemos a confiança, o compromisso e a participação nos Grupos de Hipertensos e Diabéticos, de Saúde Mental, de Agentes de Saúde, no dia do Desafio, na Conferência de Saúde, nas Campanhas de Vacinação. Em todas as visitas e ações feitas com dedicação para a nossa comunidade. Agradecemos em especial, ao **Conselho de Saúde** que acolhe as reivindicações da sociedade e que participa ativamente desse projeto em **construção que é o SUS**. Um SUS voltado para as nossas necessidades, nossa realidade. Nosso Lema: **“Humanizar é produzir saúde”**. Significa dizer que acreditamos no potencial humano, na potência do coletivo, nas rodas de conversa e na importância da vida. Não somos ilha, somos continentes em busca de uma vida qualificada, com qualidade. Saúde é nossa aposta, saúde é nossa oferta. (MATTHES, 2007, p. 38) [grifos da apoiadora]

No entendimento da apoiadora, o contexto histórico no qual foi realizado o desfile; o fato de a humanização ter sido o tema apresentado; e o texto lido, repercutiram significativamente no cenário do SUS local. Reafirmaram, do ponto de vista do gestor municipal, sua confiança na comunidade, a aposta no potencial coletivo e o reconhecimento da importância do Controle Social no processo de construção da política de saúde do município.

A co-gestão, como dispositivo utilizado na intervenção desenvolvida pela apoiadora, emerge como tecnologia de construção de corresponsabilidades em rede. Igualmente, potencializa mudanças no sistema regional de saúde, na medida em que repercute na atuação do Colegiado de Gestão Regional (COGERE), Conselho Regional de Saúde, da Universidade Regional (UNIJUÍ) e Grupo de Psicólogas da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Esta pesquisa buscou cartografar territórios, experiências, aventuras e apostas. O trabalho transcorreu num campo instituinte, de novidades, surpresas e instabilidades. Havia diversas entradas e inúmeras saídas, mas a intenção era contar um processo.

Processo de apoiadoras aventureiras e corajosas, que se lançaram no mar, no arrebatado. Sonharam e buscaram outras formas de relação no cuidado com o outro.

Cuidar não é fácil, pois exige de nós a tolerância com as nossas próprias dificuldades e a radicalização da experiência de alteridade, reconhecer o eu no outro

e o que dele habita em mim. A humanização do cuidado em saúde mental implica a lateralização dos compromissos, a costura coletiva e a responsabilização com a formação de vínculos que estimulem a autonomia, e não as relações de dependência. Implica, por isso, liberdade!

Cuidar em liberdade é diminuir o abismo da hierarquia nas relações, que se evidencia com a frieza do olhar, com a invisibilidade atribuída ao outro; é reconhecer o outro como legítimo outro. Somente assim é possível a produção do encontro e do cuidado.

O percurso desta trajetória de pesquisa possibilitou o encontro desta psicóloga-sanitarista-pesquisadora-cartógrafa com a potência das ofertas de uma política de humanização que, generosa, passou a fazer parte de sua “valise” de trabalho em saúde mental.

Desse modo, conseguiu-se identificar algumas pontes ao longo deste percurso. Percurso do curso e da própria pesquisa. Percurso-movimento. Percurso-intensidade. Percurso no qual, tantas outras pontes, possivelmente, escaparam do olhar da pesquisadora ou, quem sabe ainda, aguardam para serem erguidas (ou postas abaixo).

Uma primeira ponte viabilizou o diálogo entre os princípios do SUS, as estratégias da Política Nacional de Humanização e a Reforma Psiquiátrica. Ao reconhecer os impasses que estes 20 anos de SUS ainda apresentam, a PNH os considera como ponto de partida, para a oferta concreta de dispositivos de enfrentamento. Assim, trabalha numa perspectiva metodológica, que enfatiza o “como fazer”, através de dispositivos que buscam “fazer acontecer” suas diretrizes e qualificar a atenção e gestão dos processos de cuidado em saúde.

O que pudemos acompanhar, nesta cartografia das intervenções desenvolvidas no campo da saúde mental, é que os dispositivos ofertados pela PNH mostram-se potentes e afinados à perspectiva do cuidado em Saúde Mental defendido pela Reforma Psiquiátrica.

Um dos sustentáculos desta “ponte” fundamentou-se, entre outros aspectos, no entendimento de Foucault, de que relações sociais são marcadas por relações de dominação e de poder.

Na medida em que relações de poder somente são possíveis onde existam sujeitos livres, a concepção de cuidado humanizado decorrente desta pesquisa

inscreve-se numa perspectiva ético-estética-política e compreende que somente se pode falar em cuidado humanizado se falamos de um cuidado em liberdade.

Ao lançar mão de noções-chave, como grupalidade, protagonismo e transversalidade, a PNH estabelece pontes diretas e potentes com os princípios mais caros à reforma psiquiátrica e que correspondem ao respeito às diferenças, ao protagonismo dos usuários, ao cuidado em rede e, portanto, a um cuidado em liberdade.

O abismo entre a academia e os serviços de saúde demanda a construção de uma segunda ponte também arquitetada neste percurso de pesquisa. A proposta do curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS, em sua modalidade de curso-intervenção, aponta para uma perspectiva pedagógica, em que os aportes da PNH possam subsidiar ações concretas nas unidades de trabalho do aluno/apoiador.

Esta estratégia mostrou-se fundamental no estabelecimento de um elo entre o processo de formação da academia e as necessidades dos serviços de saúde e, conseqüentemente, possibilita responder, de modo mais incisivo, às necessidades de saúde da própria comunidade.

De todo modo, tem-se a clareza dos limites impostos a este percurso de pesquisa e de questões que, neste momento, não se tenha avançado. Uma delas refere-se à possibilidade de dar voz aos usuários dos serviços onde as intervenções foram desenvolvidas, a fim de poderem avaliar as repercussões da PNH, no cuidado em saúde mental. Outra possibilidade seria explorar as repercussões das intervenções, junto às equipes dos serviços onde elas se desenvolveram.

Inúmeras são as conexões entre a Política Nacional de Humanização e a Reforma Psiquiátrica. Diversos pontos de contato, afinidades e relações. É recomendável, no entanto, um esforço responsável e um caminhar cuidadoso para a viabilização da travessia, no caminho do fortalecimento das políticas públicas de saúde e na humanização do cuidado em saúde mental. Cabe a cada um de nós, usuários, trabalhadores e gestores, não somente construir essas pontes, mas principalmente, sustentá-las.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 187-203.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 221-240.

AMARANTE, Paulo. A Clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003. p. 45-66.

_____; GULJOR, Ana Paula. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da Demanda no Corpo Social. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 65-76.

BARROS, Maria Elizabeth Barros; MORI, Maria Elisabeth; BASTOS, Solange. O desafio da Humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo "Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST". In: SANTOS-FILHO, Serafim. B; BARROS, Maria Elizabeth Barros (Orgs). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 99-121.

BARROS, Regina Benevides de. Dispositivos em ação: o grupo. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, v. 6, p. 183-191, 1997.

_____. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

_____; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 22p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 30 mar. 2008.

_____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 5**, a. III, n. 5, outubro de 2008a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha Ambiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: grupo de trabalho de humanização: GTH. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAMARGO JR., Kenneth. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p. 157-170.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 298-298, 2007a.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007b.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

COSTA-ROSA, Abilio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In AMARANTE, Paulo. (Coord.). **Ensaio:** Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social:** teoria método e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 51-66.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Kafka:** por uma literatura menor. Rio de Janeiro, Imago, 1977.

DIAS, Miriam 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. 2007. 292 f. Tese [Doutorado em Serviço Social]. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. Cienc. Prof**, v. 24, n. 4, p.112-117, 2004.

FONSECA, Tania M. G. et al. Pesquisa e acontecimento: o toque do impensado. **Psicologia e Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 655-660, set./dez. 2006.

FONSECA, Tania M. G. **Ritornelos para o pesquisar**. Texto digitado/inédito, 2005.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. **Ditos & Escritos V**. Ética, Sexualidade e Política, Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 265-287, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson. A Produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 181-193.

FREITAS, Rosane. **Ser agente de saúde**: a potência do encontro. 2008. 47 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FUÃO, Fernando Freitas. **Canyons** - Avenida Borges de Medeiros e o Itaimbezinho. (Edição a cargo do autor com apoio do FUMPROARTE, Secretaria Municipal de Cultura e da PROPESQ). Porto Alegre: Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Cartografias do desejo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

KASTRUP, Virgínia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, Lúcia Rabello de; BESSET, Vera Lopes. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, 2008. v. 1. p. 465-489.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo: ABRAPSO, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abril. 2007.

KIRST, Patricia. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, Tania M. G.; KIRST, Patricia Gomes. (Org.) **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 91-101.

MARTINS, Simone B. **Clínica ampliada, uma aposta na coletividade: construindo redes na cidade de Bozano, RS**. 2008. 43 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MATTHES, Cláudia. **Pejuçara, RS - Espaço de in(ter)venção: cartografando a co-gestão**. 2008. 52 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MATTOS, Ruben. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. p.119-132.

MELO, Eleonora. **Trabalhando com a PNH no município de Viamão**. 2008. 41 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília, 20,21 e 22 de outubro de 2006. Conselho Federal de Psicologia, 2006. p. 69-78.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MORAES, Luciana M. **O acolhimento na política de saúde mental em Alegrete**. 2008. 33 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MOURA, Josemari F. **Grupo de Trabalho em Humanização: tecendo redes e desconstruindo velhos paradigmas de atenção ao sofrimento psíquico**. 2008. 49 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NOAL, Martha Helena. **A clínica ampliada e suas interlocuções com alunos, familiares e usuários do SUS**. 2008. 74 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PASCHE, Dário F; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, América do Norte, 2008.

_____. Oficinas Rotativas. **PNH e a Co-gestão: participação e democracia**. Encontro Presencial Centralizado do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

_____. Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde. In: SEMINÁRIO: A Humanização do SUS em debate. Vitória, Espírito Santo, 25 e 26 de junho de 2008.

PASSOS, Eduardo. **Curso de formação de apoiadores da Política Nacional De Humanização do SUS (PNH)**. Aula ministrada no curso de especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, 10 agosto de 2007.

_____. **Formação de apoiadores para a Política Nacional De Humanização da gestão e da atenção à saúde**. (Leituras Complementares). Organizado por: Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. v. 2.

_____; BENEVIDES, Regina. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20. p. 159-171, jan-jun de 2004.

PAULON, Simone M; CARNEIRO, Mára L. F. **A Educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde**. 2009. No prelo.

PELBART, Peter Pal. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (Coord.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. v. 2. p. 131–138.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2006. P. 21-36.

RIGHI, Liane Beatriz. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. PASCHE, Dário F.; CRUZ, Ivana B. M. (org.) **A Saúde Coletiva**: diálogos contemporâneos. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. (Coleção Saúde Coletiva). p. 73-92.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Saúde Mental 2007- 2010**. Porto Alegre, 2007.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2006.

_____. Pensamento Corpo e Devir: uma perspectiva Ético/Estético/Política no Trabalho Acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev. 1993.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SANT'ANNA, Denise. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SILVA JR. Aluíso; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Carlos de. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Orgs). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ- ABRASCO, 2007. p. 115-130.

SILVA, Guiomar. **Revisitando e tecendo a rede de saúde mental na atenção básica**. 2008. 33 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

SILVEIRA, Daniele Pinto da. **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. 2003. 184f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

STRACKE, Elinar. **Humanizapampa**: a caminhada da construção. 2008. 85 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH CONFERENCE ON: RETHINKING “THE PUBLIC” IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMICS OF INEQUALITY IN LATIN AMÉRICA. 2004. **Working-paper**. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies University of California, 2004. Disponível em <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em: 29 mar. 2009.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rúben Araújo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2007. p. 91-113.

_____. **Redes de conversações**: afetividade e serviços de saúde. Aula sobre Redes. Encontro presencial geral do Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Porto Alegre: Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 05 out. 2007.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TRAMONTINI, Dolores Ana. **A história do percurso da política nacional de humanização na cidade de Carazinho**: o contágio da aluna apoiadora institucional. 2008. 45 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

VAZ, Margarete Pereira. **A Humanização na rede de saúde mental em Santana do Livramento**. 2008. 49 f. Monografia [Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS] – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. **Configurações de Rede na Interface Saúde Mental e Saúde Pública**: uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e Saúde Mental. 2008. 133 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUADRO-SÍNTESE DOS TCCS/INTERVENÇÕES

	Formação/função	Local de trabalho	Município/ População	Dispositivo de intervenção	Agentes envolvidos
Cláudia	Psicóloga	Secretaria de Saúde	Pejuçara (3.900 hab)	Co-gestão	Secretaria Municipal de Saúde, Brigada Militar, Hospital, CONDICA, Conselho Tutelar, Polícia Civil, Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, EMATER, Clube de Mães, Igrejas, Assistência Social e estabelecimentos comerciais.
Dolores	Terapeuta Ocupacional	CAPS II e CAPSi	Carazinho (60.000 hab)	Redes (acolhimento e co-gestão)	CAPS II, CAPSi, 2 equipes da ESF, Programa de Assistência e Apoio Sócio Educacional Familiar (ASEF), Ambulatório de Saúde Mental
Eleonora	Terapeuta Ocupacional/ Coordenadora do CAPSad	CAPSad	Viamão (260.000 hab)	GTH	Coordenação municipal de SM, serviços especializados de Saúde Mental (CAPSad, dois CAPS II, SAMECA)
Elinar	Filosofia- Sanitarista/ Coordenadora do CAPS II	CAPS II	Uruguaiana (124.000 hab)	Saúde do Trabalhador	CAPS II e Ambulatório de Saúde Mental
Guiomar	Assistente Social	CAPS II	Santa Cruz do Sul (100.000 hab)	Equipe de Referência e Apoio Matricial	CAPS II e uma equipe da ESF
Josemari	Psicóloga	Santa Casa de Caridade	Alegrete (89.000 hab)	GTH	Santa Casa de Caridade, SAIS Mental (CAPS II, CAPSi, CAPSad e SRT)
Luciana	Psiquiatra/Coordenadora Municipal de Saúde Mental	Secretaria de Saúde	Alegrete (89.000 hab)	Acolhimento	SAIS Mental (CAPS II, CAPSi, CAPSad e SRT)
Margarete	Assistente Social	CAPS I	Santana do Livramento (83.000 hab)	Clínica Ampliada	CAPS I, Atenção Básica, Santa Casa, ONGs, Assistência Social, Secretaria do Turismo, Ministério Público, Grupos de auto-ajuda e Conselhos de Direitos
Martha	Psiquiatra/Preceptora de Psiquiatria e Coordenadora do Ambulatório de Transtornos do Humor	Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)	Santa Maria (270.000 hab)	Clínica Ampliada	Residentes de psiquiatria do HUSM, usuários e familiares da Associação de Familiares e Amigos dos Bipolares (AFAB)
Rosane	Psicóloga	CAPS I	Taquari (26.000 hab)	GTH	Rede de Serviços de Saúde (UBS, ESF, CAPS I, Hospital Geral, PACS, Conselho Municipal de Saúde)
Simone	Psicóloga	Secretaria de Saúde	Bozano (2.600 hab)	Clínica Ampliada/Redes	Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria da Educação e demais Secretarias Municipais, Conselho Tutelar, Emater, Clínica Amaral e Goi e Parceiros-colaboradores

Quadro 1: Quadro-síntese dos TCCs/Intervenções

APÊNDICE B - QUADRO-SÍNTESE DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

	Buscou outros serviços da rede de saúde	Buscou serviços "fora" da rede de saúde	Fez "rodas"	Acionou saberes diferentes	Envolveu familiares e comunidade	Acionou Gestão	Acionou o protagonismo dos trabalhadores e/ou usuários
Cláudia	X	X	X	X	X	X	X
Dolores	X	X	X	X	X	X	X
Eleonora	X		X	X		X	X
Elinar	X		X	X			X
Guiomar	X		X	X		X	X
Josemari	X		X	X		X	X
Luciana	X		X	X		X	X
Margarete	X	X	X	X	X		X
Martha	X	X	X	X	X	X	X
Rosane	X		X	X		X	X
Simone	X	X	X	X	X	X	X

Quadro 2: Quadro-síntese das categorias de análise

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado

Projeto: Práticas de cuidado em saúde mental na interface com a Política Nacional de Humanização (PNH).

O objetivo desta pesquisa é analisar as relações entre cuidado em saúde mental e a Política Nacional de Humanização, a partir da avaliação dos efeitos produzidos pelo curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS nas práticas concretas de trabalho dos alunos que concluíram a referida especialização.

A estratégia metodológica desta pesquisa poderá incluir a leitura dos trabalhos de conclusão, entrevistas individuais semi-estruturadas ou grupo focal. Estes procedimentos serão gravados, transcritos e guardados sob responsabilidade das pesquisadoras na sala 212 no Instituto de Psicologia da UFRGS e destruídas após cinco anos da realização da pesquisa.

Salienta-se que a identificação dos entrevistados será mantida, com a concordância dos mesmos, por meio da preservação de seu nome próprio.

Ressaltamos que você, enquanto participante desta pesquisa, não precisará responder qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

A qualquer momento você poderá retirar o seu consentimento desta pesquisa sem que isto implique em qualquer tipo de prejuízo.

Você não terá custo para participar da pesquisa, nem receberá por isso.

Outros esclarecimentos que se fizerem necessários poderão ser obtidos junto aos pesquisadores responsáveis, professora Simone Mainieri Paulon (51) 3308-5697, de segundas-feiras às sextas-feiras das 14:00 horas às 18:00 horas e mestrandia Vania Roseli Correa de Mello (51) 98065169, de segundas-feiras às sextas-feiras das 14:00 horas às 18:00 horas, ou através do contato com o

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
fone (51) 3308-3629.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador:

.....

Local e Data:,/...../.....

ANEXOS

ANEXO A – ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS DO CURSO

Disciplina/Eixo	Período	Encontros Presenciais Gerais (EPGs)	Encontros Presenciais Descentralizados (EPDs)	Supervisão (EPUPs)	EaD (Teleduc)	Total horas
I: O SUS E A PNH: PRINCÍPIOS e ESTRATÉGIAS	Junho//07	1º (20h)		1 (5h)	20 h/mês	
	Julho/07		1º (15h)	2- 3 (10h)	20 h/mês	90h (6 créd)
II: O APOIO INSTITUCIONAL E ANÁLISE DE DEMANDA EM SAÚDE	Agosto/07	2º (15h)		4– 5 (10h)	20 h/mês	
	Setembro/07		2º (15h)	6 -7 (10h)	20 h/mês	90 h (6 créd)
III: DISPOSITIVOS E FERRAMENTAS DE INTERVENÇÃO	Outubro/07	3º (15h)		8 –9 (10h)	20 h/mês	
	Novembro/07		3º (15h)	10 – 11 (10h)	20 h/mês	90h (6 créd)
	Dezembro/07		4º (15h)	12 – 13 (10h)	20 h/mês	
IV: HUMANIZASUS E REDES SOCIAIS	Janeiro/08	4º (20h)		14 (5h)	20 h/mês	90h (6 créd)
Total de Horas		70h	60h	70h	160h	360h

Quadro 2: Estratégias pedagógicas do curso

ANEXO B – TABELAS

Tabela 1 – Panorama Atual da Rede de Serviços de Saúde Mental no RS

Tipo de Serviços/Ações	Número serviços/municípios
Saúde Mental na Atenção Básica	494 municípios
Equipes/Ambulatórios	109
CAPS (cadastrados)	115
Leitos em Hospital Geral	686
Leitos em Hospital Psiquiátrico	940
SRT	5 municípios

Tabela 2 – Distribuição total de CAPS, por tipo, nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde

TOTAL POR CRS						
CRS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSad	CAPSi	TOTAL
1 ^a	3	11	0	4	4	22
2 ^a	9	1	0	0	0	10
3 ^a	7	7	0	2	1	17
4 ^a	5	1	0	3	1	10
5 ^a	5	1	0	2	1	9
6 ^a	0	2	0	0	1	3
7 ^a	1	1	0	1	0	3
8 ^a	1	1	0	0	0	2
9 ^a	1	0	0	0	0	1
10 ^a	5	2	0	0	1	8
11 ^a	1	1	0	0	0	2
12 ^a	1	2	0	1	0	4
13 ^a	4	1	0	1	2	8
14 ^a	2	0	0	0	0	2
15 ^a	0	0	0	0	0	0
16 ^a	3	0	0	0	0	3
17 ^a	2	1	0	1	0	4
18 ^a	5	1	0	0	0	6
19 ^a	1	0	0	0	0	1
TOTAL	56	33	0	15	11	115

Tabela 3 – Distribuição de SRTs por Município/Coordenadoria Regional de Saúde

CRS	Município
1ª	Porto Alegre
1ª	Viamão
5ª	Caxias do Sul
7ª	Bagé
10ª	Alegrete