

Práticas em saúde mental no Brasil: reflexões a partir da experiência de Porto Alegre/RS-Brasil /¹

Dulce María Bedin²
Helena Beatriz Kochenborger Scarparo³

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Brasil).

Recibido: 15/05/2011 Revisado: 18/10/2011 Aceptado: 13/12/2011

Resumen

Objetivo. El contexto brasileño de la implementación de las políticas de salud mental, se caracteriza por significativos cambios. La municipalidad de Porto Alegre, capital de la provincia de Rio Grande do Sul, ha protagonizado experiencias de acciones de salud mental que resultan en transformaciones paradigmáticas. Asimismo, encontramos formas de pensar y de proceder que resisten, manteniendo prácticas centradas en el modelo biomédico de atendimento de la población. Este artículo problematiza esta dinámica en la perspectiva de la integralidad, uno de los presupuestos del Sistema Único de Salud (SUS). **Método.** Se ha utilizado un abordaje cualitativo, asociando el pensamiento complejo a la perspectiva de campo-tema y analizando la producción de sentidos en el cotidiano, por medio de las prácticas discursivas. La definición del campo-tema estuvo centrada en los diferentes espacios de inserción de planeamiento, gestión y evaluación de prácticas de salud mental. Los participantes fueron personas de los citados espacios, incluyendo estudiantes, trabajadores, gestores, usuarios y sus familiares. Los datos han sido obtenidos por el instrumento de diario de campo, registros orales de sesiones de trabajo y documentos de dominio público del tema. **Resultados.** La investigación resultó en procesos de evaluación de prácticas sociales vinculadas al campo de la salud mental y en la elaboración de estrategias para contraponer los desafíos impuestos por la perspectiva de la integralidad en la salud. **Conclusión.** Integralidad y complejidad destacan como operadores estratégicos del abordaje de la materia en la búsqueda de la construcción permanente de prácticas de inclusión en la salud mental.

Palabras clave. Salud mental, sistema único de salud, atención integral de salud, servicios de salud mental, reforma de la atención de salud, salud holística.

Abstract

Objective. In Brazil, the context of implementation of health policies and, more specifically, mental health is characterized by significant changes. The municipality of Porto Alegre, capital of Rio Grande do Sul, has been at the forefront of mental health-related experiences that cause paradigmatic changes. At the same time,

¹ O artigo resulta da pesquisa "Passos e descompassos: práticas de saúde mental na perspectiva da integralidade". Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul com registro institucional número CDD 616.89.

² Mestre em Psicologia Social (PUCRS), Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Universidad. Correspondencia: dulcebedin@uol.com.br

³ Mestre em Educação. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Correspondencia: scarparo@pucrs.br

ways of thinking and acting are found which are resistant to change, and are focused on the biomedical model of care of the population. This article seeks to analyze the problem of this dynamic from the perspective of integrality, one of the conditions of the Unified Health System (SUS). **Methods.** A qualitative approach was used, associating complex thinking with the theme-field perspective, and analyzing the production of meanings in daily life, through discursive practices. The definition of the theme field was focused on the different areas of the planning, management and evaluation of mental health practices. Participants were people from those areas, including students, workers, managers, users and their families. Data were collected through field diaries, oral records of work sessions and public domain documents on the subject. **Results.** The research resulted in the evaluation processes of social practices involved in the field of mental health, and the preparation of strategies to face the challenges presented by the prospect of integrality in health. **Conclusions.** Integrality and complexity are highlighted as strategic operators of the approach to the subject in question, and in the pursuit of permanent construction of inclusion practices in mental health.

Key words. Mental health, unified health system, comprehensive health care, mental health services, health care reform, holistic health.

Resumo

Escopo. O contexto brasileiro da implementação das políticas de saúde mental é caracterizada por significativas mudanças. A Municipalidade do Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, tem protagonizado experiências de ações de saúde mental que resultam em transformações paradigmáticas. Igualmente, achamos formas de pensar e de proceder que resistem à mudança, mantendo práticas centradas no modelo biomédico de atenção à população. Este artigo problematiza esta dinâmica partindo da perspectiva da integralidade, um dos propostos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia.** Foi utilizada uma abordagem qualitativa, associando o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e analisando a produção de sentidos na vida cotidiana, por intermédio das práticas discursivas. A definição do campo-tema foi centrada nos diferentes espaços de inserção de planificação, gestão e avaliação de práticas de saúde mental. Os participantes foram pessoas dos citados espaços, incluindo estudantes, trabalhadores, gestores, usuários e seus familiares. Os dados foram coletados por médio de diários de campo, registros orais de sessões de trabalho e documentos de domínio público do tema. **Resultados.** A pesquisa resultou em processos de avaliação de práticas sociais vinculadas ao campo da saúde mental e elaboração de estratégias para contrapor os desafios impostos pela perspectiva da integralidade na saúde. **Conclusões.** Integralidade e complexidade destacam como operadores estratégicos da abordagem do tema em questão e na procura da construção permanente de práticas de inclusão na saúde mental.

Palavras chave. Saúde mental, sistema único de saúde, atenção integral de saúde, serviços de saúde mental, reforma da atenção da saúde, saúde holística.

Introdução

Dados recentes do Ministério da Saúde do Brasil (2009) indicam que 3% da população sofre de transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% necessita de atendimento em saúde mental contínuo ou eventual. Esses números apontam à urgência de pensar criticamente condições e possibilidades de atenção e cuidado na área. Ao mesmo tempo, se sabe que as pessoas com

transtornos mentais têm sido estigmatizadas por séculos. No Brasil, apenas no final da década de 70, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, direitos dos portadores de sofrimento psíquico começaram a ser debatidos mais intensamente e reconhecidos (Delgado, 1992). Desde então, articulou-se a construção de outras práticas de cuidado. Nessas, a lógica hospitalocêntrica passou a ser problematizada e abriu espaços para a adoção de redes territorializadas e hierarquizadas (Furtado, 2006). Uma das expressões desse processo é a criação da Lei nº. 10.216 (2001), que dispõe

sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde instituindo, entre outras normas, que o tratamento ocorra preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Ministério da Saúde do Brasil, 2004). No entanto, há um cenário que, apesar de apresentar expansão dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, aponta para a fragmentação dos mesmos. O Município de Porto Alegre, da mesma forma, apresenta ampliação das ações em saúde mental em novos modelos, como também, resistências expressas por movimentos de manutenção de práticas tradicionais centradas no modelo biomédico e hospitalocêntrico.

A luta pela garantia dos direitos dos doentes mentais proposta pela Reforma Psiquiátrica também trouxe questionamentos e críticas ao reducionismo das análises unidisciplinares e hegemônicas da psiquiatria. Essas reflexões remetem à noção de integralidade no cuidado, entendida como a recusa a todas as formas de reducionismo no pensar e agir em saúde (Mattos, 2001). Isso potencializou outros modos de pensar a saúde, apontando para a complementaridade entre saberes e para a complexidade da questão (Amarante, 2001).

É fundamental, então, refletir sobre práticas na saúde de modo a problematizá-las e produzir estratégias que considerem a complexidade inerente à integralidade do cuidado. Para tanto, enfocamos o cotidiano das práticas de Saúde Mental, no cenário do planejamento, efetivação e avaliação dos serviços. Além disso, associamos a perspectiva da integralidade aos operadores dialógico, recursivo e hologramático, do pensamento complexo (Morin, 2007a) para dar suporte à materialização do estudo.

O princípio dialógico é o entendimento dos fenômenos como simultaneamente antagônicos, concorrentes e complementares. O princípio recursivo compreende que os efeitos de um processo são também co-produtores desse processo e o princípio hologramático propõe que a parte está no todo, assim como o todo está na parte. A idéia da integralidade implica a noção da saúde mental como parte da saúde, então, hologramaticamente, a saúde mental é também a saúde como um todo. Já o princípio da recursividade pode ser utilizado para apontar o fato de que a saúde mental afeta a saúde geral, assim como as condições gerais de saúde afetam a saúde mental. Por fim, entende-se que os processos sociais não ocorrem dentro de uma linearidade histórica ou cronológica e através

de consensos, mas, ao contrário, eles se produzem e são produzidos dentro da lógica da dialogicidade, considerando sempre a existência de dimensões antagônicas e complementares (Morin, 2001).

Morin (2002) descreve o método como atitude intelectual, como estratégia-criação da relação com a teoria. É “atividade pensante” na qual se busca integração de saberes. Na medida em que objetivamos problematizar as práticas atuais em saúde mental no Município de Porto Alegre/RS, tendo em vista a perspectiva da integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde, além de favorecer articulações sobre saúde, saúde mental e políticas de saúde em diálogos públicos pertinentes ao tema e contribuir com a produção de espaços de integralidade através do desenvolvimento de reflexões teórico-críticas, buscamos, como estratégia, associar o pensamento complexo à perspectiva do campo-tema e à análise da produção de sentidos no cotidiano, através das práticas discursivas (Spink, M. J., 2000; Spink, P. K., 2003). Assim pudemos compreender os sentidos de integralidade nas práticas em saúde mental e articular saúde, saúde mental e políticas sociais, além de contribuir com a produção estratégica de espaços de integralidade através de reflexões teórico-críticas.

Método

Ao buscar a promoção de diálogos acerca de práticas em saúde mental não se quer uma produção estéril,⁴ mas sim sistematizar conhecimentos relevantes para a atuação nesse campo. Também se tenciona que tais conhecimentos devolvam à ciência a capacidade de produção estética da vida, levando em conta a arte e o cotidiano em diversos planos de racionalidade (Ceccim e Ferla, 2006). Como coloca Morin (2002) “teorias científicas não são o puro e simples reflexo das realidades objetivas, mas os co-produtos das estruturas do espírito humano e das condições socioculturais do conhecimento” (pp. 136-137).

O conhecimento é, então, produzido nas relações. Sua construção pode ser considerada uma prática social o que justifica o uso de abordagens que privilegiem o entendimento do método como estratégia criativa para a compreensão do objeto de estudo. Em função disso, optou-se pela proposição de um “campo-tema”, ou seja, a constituição

⁴ No sentido de que impeça a criatividade e a fecundidade de relações.

de espaços de investigação que transcendem a delimitação física e atestam “a processualidade de temas situados” (Spink, 2003, p.18). Deste modo, se pode favorecer aproximações e conexões entre diferentes saberes de forma dinâmica e solidária. Para tanto, primeiramente delimita-se um tema e se contata com suas articulações que conduzem o pesquisador pelo campo de investigação que é “um processo contínuo e multi-temático no qual as pessoas e os eventos entram e saem dos lugares, transformando-se em versões e produtos que também são feitos por pessoas e utilizados por pessoas em diálogos que podem ser lentos e distantes, mas mesmo assim acontecem” (Spink, 2003, p. 23-24).

Para efetivar o presente estudo, definiu-se como tema as práticas atuais em saúde mental.⁵ A partir de então, o campo-tema foi composto por tantos espaços quantos foram os assuntos emergentes relacionados ao foco. A aplicação desse método promoveu inserções em espaços de produção e discussão das práticas em saúde mental. Tal experiência transcendeu a prática convencional de uma coleta de dados, pois implicou participação nesses espaços. Aparecem, dessa forma, interlocuções de saberes e contextos nos quais se planeja, efetiva e avalia as políticas sociais (Scarparo, 2006).

A opção por esse método e por esse tema possibilitou encontros e intensificou contatos. O primeiro espaço de inserção no campo-tema foi um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Porto Alegre, o qual buscou o grupo de pesquisa, solicitando que se pudesse pensar coletivamente questões relativas às práticas em saúde mental. O SRT é uma alternativa de moradia para pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. São casas constituídas como espaços de habitação que visam possibilitar às pessoas em sofrimento mental o retorno à vida social, reconstruindo laços sociais e afetivos. Podem comportar até oito pessoas que devem ser acompanhadas pela rede de saúde mental local. Para a equipe do SRT, a pesquisa poderia contribuir como espaço de interlocução acerca de suas práticas cotidianas. Isso possibilitou fazer reflexões junto a um serviço municipal da rede de atenção em saúde mental e gerou campos de inserção para a criação de caminhos não definidos previamente.

⁵ O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, tendo sido aprovado conforme Of. CEP 1535/08.

A partir disso, ficou definida como estratégia de pesquisa a movimentação pelo campo-tema por um período de dez meses através da inserção, inicialmente, no SRT, participando das reuniões da equipe, e, consecutivamente, em outros espaços de acesso público que promovessem diálogos sobre o tema, como congressos, fóruns e conselhos. Decidiu-se participar de todos os eventos de saúde mental realizados no período dos quais se tivesse conhecimento. Cabe destacar que a coleta de dados contemplou ainda dois momentos para devolução e discussão da pesquisa junto à equipe do SRT.

Participantes

Participaram da pesquisa trabalhadores, gestores, usuários, familiares de usuários, estudantes e demais pessoas presentes nos espaços percorridos pela estratégia de campo-tema ao longo do processo de investigação. Seguem os referidos espaços: 22 Reuniões da equipe de um SRT; 9 Reuniões da Comissão de Políticas Públicas (CPP) do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS); 6 Reuniões do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM); 1 Reunião da Comissão de Saúde Mental (CSM) do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre; II Seminário de Reabilitação Psicossocial – Instituto Psiquiátrico Forense (IPF); Seminário: “As Interfaces no Cuidado em Saúde Mental”; Seminário: “Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”; Encontro Estadual das Associações de Usuários da Saúde Mental: “Construindo autonomia na busca de novos protagonismos possíveis”; Palestra proferida na II Semana Acadêmica dos Cursos da Saúde da Unisc: “Transdisciplinaridade: desafios da saúde coletiva”; Audiência Pública pela ampliação da rede de saúde mental e aumento dos leitos em hospitais gerais; 5º Mental Tchê: “Saúde mental e atenção básica: um encontro no cuidado integral”.

Como se tratavam de espaços públicos, com a circulação de diversas pessoas, e pelas especificidades da metodologia acima descrita, não se considerou o levantamento do número de integrantes de cada encontro do qual se participou. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa que coloca destaque sobre as possibilidades de produção advindas do material coletado nos referidos espaços, não se buscou generalizações e quantificações, mas a identificação dos sentidos produzidos acerca das práticas de saúde mental (Rey, 2002).

Procedimentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes recursos: um diário de campo, gravações e documentos de domínio público. Desde o primeiro momento de inserção no campo, até a fase final da pesquisa foram feitos registros detalhados no diário de campo. Minayo, Deslandes e Neto (1996) apontam que o diário de campo é “um ‘amigo silencioso’ que não pode ser subestimado (...) Nele podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através de outras técnicas” (p. 63-64). É uma técnica considerada como o instrumento básico e essencial para o registro de dados (Victoria, Knauth e Hassen, 2000).

Os documentos de domínio público originaram-se no campo percorrido. Eram atas, folders, cartas-convite, textos preparatórios e relatórios. Como afirmou Spink (2000) “os pesquisadores de campo da produção de sentidos aprendem a ser catadores permanentes de materiais possivelmente pertinentes” (p. 136-137). Finalmente os encontros sistemáticos no SRT foram gravados e seus conteúdos foram articulados com os demais materiais coletados.

Procedimentos para análise dos dados

Em função do cunho sócio-histórico, a pesquisa não pode prescindir da transdisciplinaridade e da aproximação dos contextos nos quais se inserem os fenômenos sociais (Spink, 2000). Assim, buscou-se realizar a análise de forma dialógica aproximando conhecimentos distintos, identificando sentidos e, recursivamente, proporcionando a criação de discursos, práticas e sentidos no cotidiano, os quais se expressaram por meio de quatro temas de sentido que serão aprofundados a seguir. Trata-se de considerar a linguagem em ação, pois as práticas discursivas aparecem como um que pode levar à produção de sentidos no cotidiano (Spink, 2000). Dentre os materiais coletados, foi realizada a análise detalhada de cada prática discursiva produzida nos espaços percorridos para conhecer os sentidos associados às práticas em saúde mental expressos então. São entendidas como práticas discursivas todas as manifestações expressas, coletadas tanto nas gravações, como no diário de campo e nos documentos de domínio público.

Resultados

A análise levou à compreensão de cada dado na perspectiva do holograma, isto é, entendendo-o como parte do todo que contém em si a inscrição deste (Morin, 2007a). Assim, alcançou-se uma síntese temática que possibilitou a criação de ‘temas de sentidos’. (Menegon, 2000). A análise contemplou a perspectiva da integralidade. Ela desconsiderou definições *a priori* e atentou para especificidades do processo em contexto, fazendo com que os questionamentos favorecessem a inserção no campo-tema. Tal inserção ampliou o conhecimento de si, das relações e dos contextos, gerando processos de aprendizagem através dos quais aprender e ensinar são o resultado da integração de operações intelectuais e afetivas (Ceccim e Ferla, 2008/2009) ou, como coloca Morin (2009), unem razão e paixão. Como resultados das análises ganharam espaço quatro ‘temas de sentidos’: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, A Comunidade como Participante do Processo, Articulações Interdisciplinares e Saúde Pública e Linhas de Cuidados em Saúde Mental.

Apesar de separados, os temas são constantemente associados, de modo a não perder de vista a complexidade do objeto. Hologramaticamente cada tema incorpora a parte e o todo. Assim, cada exemplo representa, ao mesmo tempo, o local e o global, indicando a abertura para análises e a compreensão.

Discussão

Problematizando As Práticas Em Saúde Mental: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Um dos primeiros pontos contatados no campo-tema referiu-se às condições para a realização de ações em saúde, especialmente no que tange à garantia de acesso a equipamentos e informações, aludindo à responsabilidade pelos processos de gestão do trabalho e da educação na saúde. Articulações e garantias, associadas ao cuidado implicam integralidade (Mattos, 2001) e as experiências no campo-tema apontaram para contextos que rompem, ou, pelo menos desafiam tal princípio, pois o desenvolvimento das práticas em saúde mental é marcado por descontinuidades e fragmentações. É o que se observa na seguinte verbalização: *um CAPS-ad (Centro de Atenção*

Psicossocial – álcool e outras drogas) já foi fechado por inadequação do espaço físico (...).

Essa situação mostra um contexto de descontinuidades no qual as condições desejadas para o desenvolvimento do trabalho não se efetivam. Entretanto, o conflito e a desordem podem potencializar mudanças a partir das interações e movimentos dialógicos produzidos (Morin, 2002). Assim, movimentos de criação de práticas de saúde mental, em interação com modelos convencionais, tornam a convivência de modos opostos de conceber temas relacionados à área. Se por um lado há novos saberes, oriundos do movimento da reforma psiquiátrica, já previstos nas políticas de saúde mental (Política Estadual de Saúde Mental, 2009; Política Nacional de Saúde Mental, 2009), por outro se observa lacunas na apropriação dos conhecimentos sobre o tema. Pode-se citar, como exemplo, a seguinte manifestação: *muitas vezes os gestores não entendem o que é Saúde Mental e não sabem como organizar os serviços (...)*. Em outra fala percebe-se que tanto em espaços de gestão, como em espaços de formação observa-se a área da saúde mental à margem dos debates sociais:

Os estudantes ‘estranharam’ o tema. Pareciam desconhecer as práticas atuais da saúde mental na saúde coletiva. De fato, colocaram que têm se focado no estudo das práticas psicológicas tradicionais.

Um dos fatores que influencia essa situação é o preconceito, por séculos associado à área, afastando a sociedade dos debates sobre o tema (Venetikides, Maceno, D’Angelis e Valentini Jr., 2001). Esse desafio tem se colocado num processo recursivo, no qual, o desconhecimento/desinformação leva a posturas de preconceito que dificultam as aproximações do tema e impedem maiores conhecimentos sobre ele, ampliando os espaços de exclusão:

Fala-se sobre os maus tratos que eles (usuários com transtornos mentais) sofrem em bancos, serviços de saúde, ou outros (...) é perceptível que outros trabalhadores não querem se envolver com as adversidades da doença mental.

Dialogicamente, a convivência de novos saberes na área da saúde mental, com posturas de rejeição ao tema, aponta à necessidade de ampliação dos debates sobre o assunto, aumentando

o acesso a informações na área, o que pode gerar articulações que originem novos posicionamentos (Morin, 2002). Esses movimentos favorecem a articulação da noção de integralidade com a lógica da complexidade o que implica ultrapassar as fronteiras da área da saúde e compreender a integralidade também como operador para que se pense mudanças sociais contundentes (Alves, 2001). Essa situação mostra a importância da promoção de espaços dialógicos entre diferentes instâncias, pois esses supõem a composição, a complementaridade dos antagônicos e ampliam as possibilidades de construção de saberes (Morin, 2001).

Em função do desconhecimento e do preconceito referidos, outra manifestação dos discursos coletados indica a existência de serviços de saúde mental que não levam em conta as necessidades dos usuários. Mantêm-se assim as características da descontinuidade, instalando-se os serviços em estruturas físicas inadequadas para o desenvolvimento do trabalho. As falas apontam: *(...) a casa para onde irão se mudar está horrível e em péssimas condições; (...) os colchões são maiores que as camas; (...) há deslizamento de terra no local; calor, desconforto e poluição sonora.*

As difíceis condições de trabalho apontam para um panorama no qual os processos sociais não ocorrem em uma linearidade histórico-cronológica ou através de consensos, mas, ao contrário, eles se produzem e são produzidos dialogicamente, ou seja, a partir de antagonismos e complementaridades (Morin, 2001). Esse processo denota etapas de transição que associam mudança e criação na busca de viabilidade para práticas de integralidade. Tal busca implica tensionamentos decorrentes da identificação de necessidades, articulação de respostas a elas e, como decorrência a efetivação de práticas de integralidade (Mattos, 2001). Cabe destacar que a justaposição de estratégias de gestão, práticas de educação na saúde e noções de integralidade indicam a complexidade de um processo que se dá através de descontinuidades e considera a existência da imprevisibilidade (Morin, 2001). "Dialogicamente podemos lançar mão da noção de planejamento e construir uma ‘imagem objetivo’" (Mattos, 2001, p.2) através da qual o desejo de formulação de um novo contexto cria formas e movimentos que favoreçam sua construção. No que se refere ao presente estudo, podemos afirmar que o trabalho desenvolvido vem da aspiração de construir práticas de integralidade em saúde mental.

Para isso, o diálogo entre saberes presente nos espaços percorridos do campo-tema, colabora, apontando possibilidades de articulação, frente às experiências de descontinuidade e fragmentação.

Trata-se de um contexto caracterizado pelas dificuldades: condições de trabalho adversas associadas a sentimentos de desvalorização por vínculos de trabalho precários, a não garantia de direitos além de baixa remuneração. Não se oferece espaços cotidianos para o acolhimento dos desejos e das necessidades dos trabalhadores. Assim, suas motivações não são incluídas nos processos de trabalho, levando a participações aparentemente desinteressadas: (...) *os prontuários estão, em geral, incompletos; (...) na maioria das vezes são as mesmas pessoas que fazem a ata.*

Concomitantemente, ao andarilhar pelo campo tema, se encontra trabalhadores comprometidos e identificados o trabalho, apesar das circunstâncias adversas a serem enfrentadas no cotidiano. Tal se expressa na solicitação de um dos participantes da pesquisa para que se fotografe o grupo de trabalho enquanto narra sua trajetória profissional e sua realização com o trabalho desenvolvido traduzida na afirmação de que é necessário articular práticas e teorias (Bedin, 2010).

A circulação pelo campo tema também torna clara a concomitância de diferentes posições e formas de inserção dos trabalhadores que, dialógica e recursivamente, denunciam carências e elencam necessidades. Surgem, então, mais sentidos de integralidade. Esses pautados na necessidade de expandir os espaços de articulação entre os trabalhadores.

Dentre as diferentes possibilidades para satisfazer à demanda de ampliação dos espaços de articulação entre os trabalhadores desse campo destacamos a estratégia da educação permanente em saúde. É uma opção viável, pois inclui as ações cotidianas no rol de espaços potentes para transformar (Ferla, Leal e Pinheiro, 2006). Desse modo, os coletivos organizados de produção da saúde (Ceccim, 2005) podem criar espaços de reflexão crítica sobre os processos de produção de saúde, tendo em vista a educação permanente. Tal escolha parece ser uma alternativa exequível e duradoura, pois favorece a experimentação e o desejo num cenário árido, no qual circulam forças de conservação de propensões administrativistas pautadas por relações verticais e, por decorrência, de contraposição a uma lógica construtivista, disruptiva e voltada para a auto-organização (Ceccim, 2005).

Podemos afirmar, então, que a construção de possibilidades dialógicas favorece a produção de ideias críticas sobre as experiências. Recursivamente, interfere nas práticas de inserção e construção da identidade dos trabalhadores. Além disso, ocorre o reconhecimento de diversas condições de possibilidades em contexto. Como decorrência, a articulação dos saberes com as práticas oferece circunstâncias mais favoráveis para o enfrentamento dos impasses do dia a dia do trabalho nesse campo (Bedin, 2010; Ceccim, 2005).

No que tange ao pensamento voltado à integralidade, os processos dialógicos sugeridos transcendem um mero debate entre grupos de trabalhadores. Podemos afirmar que, hologramaticamente, eles implicam o envolvimento de gestores e usuários no sentido de superar as contingências que se apresentarem (Ceccim, 2005). A experiência de inserção no campo-tema permitiu participar de espaços de diálogos de reflexões sobre as práticas, por exemplo:

Um(a) trabalhador(a) falou de um seminário (...) no qual foi convidado a mencionar sua experiência; Um trabalhador fala da mostra humaniza SUS, estendendo o convite a todos; Um participante fala sobre a importância de se 'batalhar' para criar espaços de educação permanente.

Ainda foi mencionado o Encontro "Mental Tchê", realizado anualmente no município de São Lourenço do Sul, como espaço de reflexões sobre o contexto da reforma psiquiátrica no Estado que proporciona interlocução entre trabalhadores, gestores e usuários (Bedin, 2010).

Os discursos mostram espaços de reflexão que fortalecem as reivindicações na área, gerando movimentos solidários que possibilitem expressão das necessidades coletivas para o trabalho. A aposta nos encontros, como geradores de transformações, abre espaço para efetivar movimentos que busquem incluir, na agenda dos serviços, espaços de cuidado dos trabalhadores (Pinheiro e Mattos, 2001).

Finalizando o tópico, cabem ainda algumas associações acerca do ideal de alcançar a oferta de serviços públicos de saúde com qualidade. Nesse ponto, vale salientar a preocupação em otimizar os recursos e usá-los de modo racional, visando à realização de processos sustentáveis na oferta planejada dos serviços de saúde. Considerando

inconstâncias e incertezas que marcam os processos sociais (Morin, 2002), torna-se relevante que se considere no planejamento a inserção de práticas oriundas dos desejos e das chances de criação na construção das atividades pertinentes ao trabalho.

Recursivamente, podem estabelecer-se melhoras nas condições de saúde dos trabalhadores e dos usuários que recebem os efeitos da organização dos serviços, ao mesmo tempo em que a influenciam. Assim, investe-se na lógica da garantia do cuidado integral, pois, quanto mais abrangente e resolutiva for a atenção em saúde, maiores serão as chances de satisfação e de qualidade nos processos de vida.

Como já foi mencionado, os trabalhadores são parte fundamental na organização dos processos de saúde e devem estar articulados ao todo para brindar a perspectiva da integralidade. Essa ligação implica a participação da comunidade no sentido de solidarizar-se e responsabilizar-se com os processos de mudanças coletivas e sociais.

A comunidade como participante do processo

A participação comunitária é regulamentada pela Lei Federal nº. 8.142 (1990). Consideramos ser essa uma conquista relevante que resultou dos tensionamentos provocados pelas lutas que buscavam mudanças nos paradigmas e, conseqüentemente, nas políticas de saúde a partir de meados da década de 1970 (Moraes, 2006). A Constituição brasileira de 1988, no artigo 198, apresenta como um operador para a organização do Sistema Único de Saúde a ser implementado. Da mesma forma, são diretrizes o cuidado integral e a descentralização das políticas públicas de saúde. Com tais indicações se buscava o fortalecimento da democracia participativa pautada na abertura para a participação da sociedade e na multiplicação dos centros de decisão, o que traduzia as intencionalidades presentes em todo o processo de formulação de uma constituição marcada pela garantia do exercício da cidadania. (Moraes, 2006).

A partir disso, tomam forma as possibilidades de formulação de estratégias e de controle da execução das políticas de saúde. Essa experiência mostrou-se no campo-tema através da ocupação de espaços de acompanhamento e avaliação de ações na saúde mental e da presença de conselhos profissionais, como o de psicologia, no debate das políticas de saúde mental:

Fala-se sobre os 20 anos do SUS e sobre a psicologia no controle social. São muitos os passos percorridos; O Conselho Municipal de Saúde (CMS) quer tomar conhecimento do tipo de contratualização com os hospitais que estão prestando serviços psiquiátricos aos municípios, para posicionar-se frente à situação.

Associar participação na saúde e ações de integralidade transcende os sentidos de controle e fiscalização das práticas. Tal articulação supõe uma implicação que se impõe à busca cotidiana de efetivação coletiva do que possa ser o bem viver. Esse complexo empreendimento supõe múltiplos e articulados espaços de interdisciplinaridade e intersetorialidade:

(...) as associações de usuários e familiares da saúde mental ficam marcadas como espaços que buscam garantir acesso e tratamento adequado para cada situação (vale-transporte, consultas, medicamentos...), além de desmitificar a saúde mental e buscar espaços de inserção (Bedin, 2010, p. 66).

Essas participações são exemplos da complexidade das práticas na saúde, pois se traduzem nos princípios dialógico, hologramático e recursivo. A dialógica se apresenta no embate de argumentos para visibilizar as necessidades do campo da saúde mental. Já a noção de holograma advoga a inclusão de todos no todo e, evidentemente, envolvidos igualmente na busca por condições ótimas de saúde para a população. Concomitantemente à dialogicidade e à hologramaticidade temos a recursividade. Essa recupera sentidos voltados para a corresponsabilidade o que, por sua vez, remete às noções de integralidade. Podemos afirmar, então, que “assim como a organização dos serviços de saúde afeta as pessoas, essas também afetam os modos de organizar os serviços” (Bedin, 2010, p. 66-67).

Cabe destacar que a intenção de conquistar condições mais apropriadas para a vida dos usuários das políticas de saúde mental, tendo em vista a participação da comunidade, também pode ser identificada no modelo de Promoção da Saúde. Dentre seus pré-requisitos figuram, por exemplo, a garantia da justiça social, da igualdade, da educação, da moradia e do saneamento. Com

tais garantias torna-se possível criar e realizar, de modo mais preciso, estratégias de controle sobre os condicionantes da saúde. Salientamos que, tanto no que se refere à lógica do cuidado integral quanto aos pressupostos da promoção de saúde, é fundamental que profissionais, usuários, instituições prestadoras de serviços e gestores compartilhem responsabilidades no planejamento e implementação das práticas em saúde. Como decorrência, o empoderamento é fator relevante dos projetos de saúde coletiva comprometido com a construção da cidadania (Carvalho e Gastaldo, 2008). Trata-se de um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados, ao mesmo tempo, buscando remover barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais (Carvalho e Gastaldo, 2008).

O referido empoderamento, tanto no nível pessoal como coletivo, é gerado através da participação politicamente efetiva da sociedade civil. Ele possibilita a circulação de recursos que garantam direitos básicos (Lacerda, Valla, Guimarães e Lima, 2006). É importante acrescentar que habitar lugares sociais pautados pela participação possibilita o engendramento de espaços de inclusão através dos quais os usuários se sentem valorizados. Por exemplo, na circulação pelo campo-tema percebeu-se que os usuários vinculados a associações instituídas explicitam, de modo mais claro, identidade com a proposta de saúde integral e autoestima, na medida em que se sentem colaboradores da busca de melhores condições de saúde. A noção de empoderamento pode, então, ser associada à perspectiva da integralidade por sua capacidade de despertar sentidos voltados para a cidadania. Se considerarmos o conceito de holograma e o campo da saúde mental, podemos afirmar que cada um e todos participam da construção de ações que potencializem o *fortalecimento dos usuários enquanto protagonistas na construção da Reforma Psiquiátrica* (Bedin, 2010, p. 68).

Ressaltamos que o protagonismo é o efeito esperado das práticas de empoderamento. Ele surge como modo de assegurar cuidado integral, no cenário da participação que tem como decorrência a interação de diversos atores. Por outro lado, também se evidenciam circunstâncias de paralisação, impotência e fragilidade. Por exemplo, nas notas de campo realizadas para a realização do presente estudo são frequentes as manifestações de

desconsideração de decisões de órgãos colegiados. A partir do conhecimento de contradições como essa surge a oportunidade de estabelecimento de relações dialógicas.

Fica marcado um contexto no qual se nota que ainda há muito a ser construído e superado. Como afirmam Ceccim e Ferla (2008/2009, p.448) fica a impressão de que tem força “um modo de operar em que as maneiras e valores tradicionais não perderam vigência”. Com isso, coloca-se como importante desafio a problematização da manutenção de modelos centralizadores (Acioli, 2005; Côrtes, 2006; Ferla et al., 2006), caracterizados pela hierarquização das diferenças.

A partir do paradigma da complexidade podemos afirmar que as novas políticas no campo da saúde favorecem a coexistência de experiências construtivas e criativas. Ao mesmo tempo mantém lógicas tradicionais. Assim, estabelecem-se processos pautados pela incerteza e pela não linearidade dos processos (Morin, 2001). Como decorrência evidenciam-se modos criativos de superação de antigas práticas que podem se expressar pela manutenção e/ou pela ampliação das oportunidades de participação. Isso pode ocorrer através de práticas de integralidade que invistam na ampliação de processos de empoderamento, na ocupação de lugares politicamente marcados pela cidadania e que, por isso, contemplem a construção de espaços híbridos na sociedade civil (Ferla et al., 2006). Tal movimento pode contribuir para dar expressão à necessidades na área que, evidentemente, não são supridas pela atuação isolada de um profissional, ou por apenas um serviço especializado (Mattos, 2001). Contrariamente é importante haver empenho em intensificar espaços interdisciplinares na efetivação de redes de serviços para garantir permanência da atenção de acordo com as especificidades de cada contexto.

Articulações interdisciplinares e saúde pública

As práticas de integralidade que considerem as especificidades do campo da saúde mental exigem múltiplas interações de personagens e saberes diversos (Alves e Guljor, 2001). Nessa dimensão a produção de saúde se estabelece a partir de múltiplos movimentos de transformação nos modos de construir espaços de saúde. Dentre esses se destacam as ações intersetoriais e a perspectiva interdisciplinar (Buss, 2000; Minayo, Buss e Hartz,

2000). Nas expressões coletadas no decorrer da inserção no campo-tema para realização deste estudo, preocupações com as perspectivas intersetorial e interdisciplinar são frequentes. Por exemplo, alguns participantes expressaram que os aspectos subjetivos dos usuários são anulados quando esses são submetidos a processos de institucionalização carcerária. Um dos modos de amenizar os prejuízos dessa experiência seria engendrar um olhar intersetorial para a questão. Dessa forma, serão brindados o compromisso social e a responsabilidade com a saúde da população o que implica complexidade e práticas interdisciplinares. A integralidade dirigida à produção do cuidado, tendo em vista a autonomia e o empoderamento do usuário, não pode prescindir da interdisciplinaridade. Ao formular práticas interdisciplinares no campo das políticas públicas de saúde brasileiras se está, concomitantemente, instituindo trabalho em equipe, intersetorialidade e vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (Merhy, 2002).

Morin (2002) nos adverte de que o termo *interdisciplinaridade* é um tema de sentido e um desafio em função de que aproximações e interações marcadas pelos modos como os saberes vêm sendo construídos demarcam muitos dos desfechos das práticas humanas ainda marcadas pelas divisões disciplinares. Dentre os dados coletados para a efetivação dessa pesquisa é apontada a carência de aprendizagem de modos coletivos de ação. Nesse sentido são mencionadas vivências de desencontros ao tentar realizar um trabalho interdisciplinar na medida em que *“tem um ponto em que ninguém é responsável”* (Bedin, 2010, p. 70).

O estudo das noções de interdisciplinaridade é alvo do interesse de diversos autores abordado por vários e diversos autores que convergem em suas posições quanto ao tema (Coimbra, 2000; Japiassu e Marcondes, 1991; Leff, 2000; Silva, 2002; Zabala, 2002). Via de regra aludem a interação de disciplinas no que se refere à interlocução de ideias e à transformação de conceitos pela integração. Os sentidos de interdisciplinaridade implicam, então, interconexão e colaboração de diferentes campos do saber e do conhecimento, o que abrange a participação de instituições e atores sociais diversos no estabelecimento de articulações para a produção de conhecimentos mais amplos.

As estratégias de superação da fragmentação dos modos de conceber o trabalho foram alvo dos estudos de Ceccim (2004). O autor propôs a ‘entre-

disciplina’ para indicar a necessidade de refletir criticamente sobre as práticas de cuidado. Para ele tais práticas deveriam ser deslocadas do eixo corporativo-centrado para o eixo usuário-centrado. A descrição dos fazeres no eixo corporativo-centrado denota que a responsabilidade pelas práticas de saúde pertence ao profissional; por outro lado o eixo usuário-centrado associa a responsabilidade à efetivação de um projeto terapêutico. Assim, a associação interdisciplinar não estaria atrelada a uma disciplina como princípio organizador. Além disso, não haveria a hierarquização de saberes o que desenharia os contornos da entre-disciplina.

No sentido de enriquecer esta discussão não poderíamos deixar de mencionar os conceitos de campo e núcleo de inserção (Campos, 2000). O campo se dirige aos saberes que atravessam diferentes profissões e o núcleo se refere a saberes específicos de cada disciplina. Segundo esse autor “tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro” (Campos, 2000, p. 221). Assim, na perspectiva da entre-disciplina, se compartilha a responsabilidade e se inaugura abrindo possibilidades de realizar ações atinentes a cada projeto terapêutico (Ceccim, 2004).

A reunião de equipe e outros espaços que proporcionem encontros entre os trabalhadores (cotidianos ou não) podem ser espaços potentes para aproximar diferentes saberes e, dessa forma, construir práticas de cuidado integral (Mattos, 2001). Muito se tem discutido sobre a efetividade das reuniões de equipe, que por vezes é descrita como enfadonha e pouco resolutiva (Dall’Agnol e Martini, 2003). Entretanto, numa perspectiva dialógica tais reuniões podem ser ferramentas de avaliação e delineamento dos processos de trabalho ao favorecer alterações e planejamentos inovadores (Silva Júnior, Alves e Alves, 2005).

A análise dos dados mostra que as reuniões entre trabalhadores podem produzir interações, como: a discussão das dificuldades no cotidiano dos serviços, a divulgação de informações relevantes (informes administrativos, divulgações de eventos), a discussão de casos e a realização de acordos. Além disso, possibilitam momentos de confraternização e convivência, que são muito importantes, pois essa dimensão (a relacional) interfere diretamente no trabalho interdisciplinar (Dall’Agnol e Martini, 2003):

A equipe (...) discute dificuldades do cotidiano; (...) são passados informes administrativos à equipe e então tem início a discussão de casos; Um(a) trabalhador(a) informa sobre eventos que estão ocorrendo (...); A reunião também serve para que fiquem mais bem distribuídas algumas tarefas e atividades.

Como vimos acima, a interlocução entre trabalhadores pode ser um dispositivo para a organização dos serviços. Ela facilita a comunicação e pode gerar acordos voltados para a otimização do trabalho. Podemos citar, como exemplo, a busca de linguagens comuns, evitando a produção de informações contraditórias ou incoerentes. Além da integração da equipe, essa iniciativa aproxima os trabalhadores do usuário no sentido de deixar as combinações mais claras e factíveis dentro das expectativas para uma clínica integral. As vantagens dessa iniciativa são especialmente evidentes para portadores de transtornos mentais, pois potencializam o fortalecimento do vínculo. Na investigação realizada, alguns dados achados denotam dificuldades nesse sentido. É o caso dos discursos de trabalhadores que se referem a conteúdos *sobre* os usuários e não *a partir* deles.

Para Cecim e Ferla (2006), a noção de nomadismo deve apoiar a clínica da integralidade, uma vez que não pode prescindir da disponibilidade para mudanças nem da contínua permissão para ações e construções coletivas. É o caso do depoimento de um dos participantes da pesquisa quando fala de suas tratativas com uma usuária no sentido de planejar sua saída da instituição. Ele afirma que seus encaminhamentos são alvos da concordância da equipe que estabelece junto com ele encaminhamentos possíveis para o caso.

As ações interdisciplinares associadas à participação de usuários mostram-se ferramentas para a organização do trabalho e construção coletiva de formas de cuidado integral. A noção de interdisciplinaridade, então, deve partir da compreensão do processo saúde-doença considerando-o em seu caráter social, suas relações, as expressões afetivas, a cultura, a biologia, a economia e demais fatores que possam afetar os modos de vida (Ministério da Saúde do Brasil, 2005b). Assim, empreender em práticas de cuidado implica conceber a complexidade presente nos processos de saúde-doença, tendo em vista descontinuidades e incertezas (Morin, 2001).

Desse modo, torna-se evidente a aproximação dos sentidos de integralidade e transdisciplinaridade.

A transdisciplinaridade nasce da crítica aos postulados da ciência moderna assentados na busca da separação indivíduo-realidade, assim como as noções de continuidade, causalidade local, determinismo e objetividade. A transdisciplinaridade implica o desejo de estabelecimento de dialógicas entre a totalidade e cada uma das disciplinas. Tal exigência não implica processos de homogeneização nem tampouco a instituição de outra disciplina. As ações transdisciplinares exigem a eliminação de fronteiras e a eliminação dos totalitarismos atinentes à instituição de saberes (Morin, 2002; Nicolescu, 2001).

Então, ao associarmos integralidade e complexidade poderemos brindar as práticas no campo da saúde com ações inovadoras caracterizadas pela busca da transdisciplinaridade. Assim, os objetos em discussão promovem diálogos na perspectiva que hologramaticamente são todo e parte. Pensar atos de cuidado em saúde implica considerar a dinâmica da complexidade dos contextos da vida sem cindir sujeito e contexto (Alves e Guljor, 2001; Amarante, 2001).

No campo das práticas em saúde mental, muitas experiências transdisciplinares evidenciaram-se nos discursos. De acordo com a lógica da integralidade, elas referem-se a espaços de reflexão, criação e experimentação protagonizados por trabalhadores direcionados à obrigação assumida de identificar amplamente as peculiaridades e as conveniências para a população, de acordo com as especificidades dos entornos do trabalho a ser realizado (Mattos, 2001):

Discute-se o caso de um usuário que já apresenta condições de ir para um novo abrigo e considera-se importante avaliar, junto a ele, o que pensa e para onde quer ir, antes de determinar seu destino; Fala-se de uma usuária que informa que não irá mais trabalhar, pois avalia que não vale à pena devido ao gasto que terá com o ônibus. A equipe consegue avaliar que a questão do trabalho para essa usuária era muito mais um desejo da equipe do que da usuária, que mostra não conseguir comprometer-se com a proposta. Decidem ajudá-la a tomar consciência que dessa forma ela terá menor condição financeira; Os pontos mais citados pelos usuários foram o carinho

dos trabalhadores e o cuidado da equipe em fazer com que eles aprendessem a gostar de si (“aqui me ensinaram a gostar de mim e nunca me abandonaram”), a administrar seus recursos financeiros, a cuidar da administração da medicação e o acompanhamento na busca de seus direitos através do encaminhamento de benefícios.

Os trabalhadores participantes da pesquisa mostraram-se implicados em empreender práticas participativas no que se refere aos planos terapêuticos dos usuários, alvos dos cuidados integrais. Tais esforços se traduziram em ações de empoderamento, na ajuda para impor limites, no exercício da afetividade e na luta por direitos de cidadania. A complexidade de cada uma dessas ações denota inter e transdisciplinaridade uma vez que contemplam a diversidade de olhares na construção do trabalho desenvolvido. Podemos citar como exemplo, a participação de estagiários, pesquisadores e trabalhadores de outros serviços da rede, além do próprio usuário:

O(a)s estagiário(a)s falam da ideia de aproveitar a assembleia geral (...) para fazer um fechamento ou “encerramento festivo – afetivo” já que culminará com o fim do estágio e também combinam a devolução dos estagiários (...); (...) a equipe reservou o espaço para que eu apresentasse a devolução da pesquisa (...).

Essa abertura promove espaços de transdisciplinaridade através da dialógica e permite a emergência de divergências quanto aos modos de organizar e produzir saúde como segue nos exemplos:

Aproveita-se para falar que uma usuária está comendo demais e ganhando muito peso e que, por isso, deve ter suas refeições mais controladas, podendo repetir apenas salada (...). Alguns(mas) integrantes falam perceber que por vezes se perde o ‘foco’ do trabalho, voltando ao ‘controle dos corpos’ como instância de cuidado e distanciando-se da consideração ao desejo do usuário; Um(a) integrante diz que ficar se preocupando com essas coisas concretas às vezes não faz sentido para os

usuários. Acha que olhar para o ambiente e ‘ficar em cima disso’ é menos importante do que tentar descobrir o que há por trás. Sendo mais importante estar mais perto, mais junto.

O conceito de *unitas multiplex* (Morin, 2002) mostra-se útil no sentido de compreender aspectos das diferenças de posicionamentos nas equipes. Refere que cada integrante de uma equipe é, ao mesmo tempo, uno e múltiplo. Com origens distintas, aspectos da construção da multiplicidade dos trabalhadores propiciam posições antagonicas e transformam os processos de intervenção. Fica evidente, então o espaço dialógico no qual as diferenças produzem criatividade (Morin, 2002).

Morin (2005) traz ainda o conceito de *dialógica cultural*, através do qual ideias antagonicas podem produzir debates, auto-reflexão na procura de estratégias ou gerar hibridização compreendida como síntese entre antagonismos. Nesse contexto, diferenças redundam em projetos inovadores de gestão e cuidado.

As experiências de contato com diferentes modos de construção do conhecimento e diversas perspectivas sobre a realidade engendram posicionamentos. Dentre as influências na formulação dos posicionamentos figura a formação acadêmica. Nessa esfera se observa a produção de resistências às transformações exigidas pelos processos de cidadania em saúde, uma vez que são preponderantes concepções pedagógicas voltadas para reflexões teóricas intramuros dos hospitais universitários (Ceccim e Ferla, 2008/2009). Observa-se, ainda estratégias de ensino-aprendizagem e práticas que privilegiam as tradições biomédicas em detrimento da diversidade de saberes. Como observou um dos participantes do estudo (...) *a clínica, no modelo individual/privado, ainda parece prevalecer no ensino.*

Torna-se necessário, então, o estabelecimento de ações criativas, centradas nas necessidades dos usuários, consideradas dinâmicas, social e historicamente construídas. É fundamental também a ampliação dos compromissos dos serviços pelo cuidado, o que implica agir de modo integral e transdisciplinar (Ceccim e Ferla, 2008/2009).

Nesse sentido, se observa a existência de práticas de cuidado que buscam o estímulo à autonomia dos usuários, considerando suas necessidades subjetivas ao encontro do princípio da integralidade:

Um integrante (...) diz que está tentando criar com os usuários, através de atividades de culinária e música, o desejo de envolver-se nas atividades do cotidiano (...); Fala-se de um usuário que tem ampliado suas capacidades através do Acompanhamento Terapêutico que se mostra em condições de realizar algum trabalho, como de reciclagem.

Dialogicamente, aparecem práticas em modelos tradicionais, apontando divergências entre grupos: *Fala-se da importância de que sejam criados espaços de formação, como a Residência em Saúde Mental fora do Hospital Psiquiátrico, mas o que alguns residentes observam é que não há consenso, principalmente para a medicina, diferente de outras áreas* (Bedin, 2010, p. 77). Essas manifestações expressam a necessidade de ocupação dos espaços de participação social, para tencionar a rede atualmente estruturada, dando visibilidade à composição de diferentes formas de cuidado na lógica da integralidade. Para isso, segue-se para o debate acerca das articulações intersetoriais assistenciais.

Linhas de Cuidados em Saúde Mental

Muito do que já foi colocado corrobora a percepção de que seja fundamental a composição de serviços⁶ em rede que considerem a integralidade como princípio norteador dos cuidados em saúde. Um cuidado construído e desenvolvido através de malhas de cuidados progressivos, de modo a garantir do suporte compartilhado (Alves, 2001). A Política Estadual de Saúde Mental (2009), nesse sentido, coloca como propósito o avanço nas ações que potencializem a rede de saúde mental, fomentando serviços substitutivos ao modelo hospitalar.

A concepção de *linhas de cuidado* (Ceccim e Ferla, 2006) refere a articulação entre os serviços, para que seja garantida a integralidade da atenção através de cuidados continuados. Isto remete à noção da co-responsabilidade pela produção da saúde, ligando-se aos princípios hologramático e recursivo da complexidade, pois implica a consciência de ser parte do todo e de afetar e ser afetado pelos modos de produção da saúde. Isso leva, ne-

cessariamente, à busca por conexões que garantam o atendimento das necessidades de cada caso.

A ideia da composição de linhas de cuidado reúne características de todos os temas de sentidos analisados: a gestão do trabalho e da educação na saúde (conta com articulação, logo também faz o esforço de unificar, de religar para dar fluxo), comunidade como participante do processo (a composição da rede deve se desenvolver especialmente com a participação da sociedade) e a articulações interdisciplinares e saúde pública (estímulo a relações que visem a transdisciplinaridade como forma de interação).

Com isso, esse tema de sentido aborda contextos onde se estabelecem de linhas de cuidado integral em saúde mental. Isso pode ser observado na aposta no trabalho em malhas de cuidados progressivos, visto que muitas situações são encaminhadas em rede:

(...) pensa (palestrante) que não se deve colocar no lugar de quem sabe tudo frente ao usuário, mas que se deve pensar no trabalho em rede e, quando fala em rede, fala no sentido de linhas de cuidados ininterruptos, como teias que amarram, que implicam, tanto usuários como profissionais. E, para pensar na lógica do cuidado em rede, coloca que é necessário conhecer o território, não apenas geográfico, mas também existencial, para conhecer o que faz sentido nas ferramentas existentes no território. Fala do compromisso da equipe, da questão do vínculo e do uso dos dispositivos territoriais; (...) na avaliação dos encaminhamentos, falam sobre articulações com familiares, possibilidades de indicar cuidadores para alguns casos, formas de encaminhar benefícios e contatos com outros serviços da rede municipal e estadual; Vai ficando clara a importância atribuída à (...) existência ou não de uma rede de suporte, o que para os usuários faz toda a diferença.

Fica expressa a pertinência da necessidade de atenção continuada através de linhas de cuidado e a necessidade de contato e apoio entre os atores das unidades de saúde da atenção básica, das redes familiares dos usuários, da rede de assistência social, dos serviços de saúde mental (CAPS/Equipes de saúde mental/Leitos Hospitalares), de moradias

⁶ Aqui são considerados os serviços de diversas áreas, não apenas da saúde, pois a intersetorialidade é um componente indissociável da integralidade. "Se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece (...)" (Alves, 2001, p. 169).

assistidas e de quaisquer outras articulações que busquem satisfazer as necessidades apresentadas.

Colocada a importância da tessitura permanente de linhas de cuidado, passa-se a olhar para algumas situações que mostram articulações de suporte às necessidades da saúde mental. Seguem os exemplos:

Avalia-se que inicialmente deve-se solicitar intervenção do 'CAIS Rua' (centro de atenção integral em saúde para moradores de rua), para então repensar encaminhamentos; Um(a) trabalhador(a) comemora e avisa a equipe que uma usuária, que estava esperando há muito tempo, recebeu benefício; Um(a) trabalhador(a) compartilha com equipe o fato de ter conseguido encaminhar uma usaria para a oficina de geração de renda; A saída de uma usuária se deu de forma rápida, principalmente porque uma tia e uma prima a apoiaram muito.

Aparece a importância da articulação entre os atores da rede para o planejamento de vida de cada usuário, com suas necessidades específicas. As Instituições previdenciárias, as Equipes de Saúde da Família, as Oficinas de geração de renda, os Serviços de saúde mental, as moradias assistidas, as Redes Familiares e o Ministério Público são alguns dos equipamentos freqüentemente utilizados para garantir a atenção necessária às pessoas em sofrimento psíquico (Bedin, 2010). Resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas de oferta do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema, a integralidade aparece na capacidade de oferecer uma variedade de serviços para suprir as necessidades que se apresentam (Silva Júnior, Carvalho, Silva, Alves e Mascarenhas, 2006).

Se por um lado algumas articulações são possíveis, dialogicamente há também um contexto de fragmentação entre serviços e baixa cobertura de assistência. Como situado no primeiro tema de sentido, o Município vive um período em que a Reforma Psiquiátrica está em fase de construção (Bedin, 2010). A dialógica possibilita, assim, a visualização da necessidade de maiores investimentos em dois setores: obras e educação em saúde.

A clara evidência da carência de serviços substitutivos e da precariedade dos serviços justificam a

necessidade de investimentos em obras e reformas como se observa nos trechos:

Iniciam falando sobre problemas com a rede de saúde, defasada e sem lugar para diversas situações de usuários, principalmente a atenção a usuários de drogas com transtornos mentais severos que necessitam de cuidados intensivos; (...) há falta de serviços na rede; Fala-se de outro caso que faz com que a equipe conclua que a rede substitutiva oferece poucos recursos de reinserção, como geração de renda, cursos profissionalizantes, etc.; (...) as unidades estão no "descaso"; Fala-se das condições precárias em que opera a atenção básica, principalmente na capital, e, esperadamente, da pouca abertura para a acolhida aos casos da saúde mental; (...) colocam sentirem muitas dificuldades na prática devido à falta de redes substitutivas.

É sabido que os investimentos em nível nacional e estadual têm aumentado nos últimos anos (Ministério da Saúde do Brasil, 2005a), porém, a expectativa dos trabalhadores reformistas, aliada a manifestação de uma demanda reprimida por anos faz eclodir a sensação de estagnação e retrocesso (Bedin, 2010). Dados do Ministério da Saúde do Brasil (2009), de 2008 a 2009, indicam que o Estado do RS ampliou em 9 (nove) o número de CAPS, de 112 para 121, número pequeno para serviços estratégicos em saúde mental.

O outro setor, que mereceria investimento em curto prazo, a educação em saúde, refere-se à possibilidade de transformação a partir de campos de práticas que se mostram fragmentados, isolados e desarticulados, mas que existem:

Ao discutir um caso fica nítido como faz falta um acompanhamento de qualidade de base territorial, pois algumas pessoas que poderiam ser acompanhadas por CAPS (Centros de Atenção Psicossociais) e ESFs (Equipes de Saúde da Família) estão 'largadas'; (...) inquietação de trabalhadores se deparando muitas vezes com uma rede de cuidados desarticulada, ineficaz, carente de dispositivos de cuidado; (...) A reforma psiquiátrica, prevista na lei federal nº 10216/01 (...),

no caso no RS, está caminhando na marcha lenta e até retrocedendo em alguns momentos; Se está voltando para a lógica curativista ao investir em Pronto-Atendimentos, que acabam se tornando porta de entrada, principalmente quando há falta de serviços na rede.

Ações de educação permanente em saúde, conforme mostram os exemplos, contribuem na redução do estigma associado à doença mental por meio da construção de canais de abertura entre os espaços sociais, de forma a acolher e inserir às pessoas com transtorno mental. O que se observa é que a exclusão, recursivamente, agrava o quadro de saúde das pessoas com transtorno mental, pois lhe priva de condições dignas de vida. Sendo maiores os agravos à saúde, mais difíceis tornam-se as possibilidades de construção de espaços que acolham as necessidades desses usuários, o que acaba por ampliar o preconceito e a exclusão associados aos mesmos.

Novamente pode-se recorrer à educação permanente em saúde, como estratégia criativa, emergente dessa dialógica, de forma a religar os saberes aproximando os serviços, as instituições e a sociedade em geral. Hologramaticamente aumentaria a implicação de todos em mudanças sociais que acolham no lugar de discriminar as diferenças que se apresentem (Ceccim, 2005).

Considerando a importância da atenção continuada em saúde mental através de linhas de cuidado, o pensamento complexo se torna útil sobremaneira, pois permite o esforço da compreensão ampliada das relações que se estabelecem. Os resultados mostram os avanços e entaves na constituição de redes substitutivas. Morin (2002) aponta a presença da descontinuidade, da desordem nos processos e relações sociais, entendendo a sociedade como fenômeno de autoprodução permanente e de regeneração constante. Disso surge a ideia da dialógica, dos antagonísticos, concorrentes e complementares. Isso pode ser entendido através do exemplo: se vive de morte, isto é, células estão sempre morrendo para que novas nos constituam em um contínuo processo de regeneração.

Tomando-se a exemplo o universo, sua própria história está possivelmente marcada pela ocorrência de catástrofes que acabaram por dizimar certas espécies, mas, ao mesmo tempo, possibilitaram

a extraordinária proliferação de formas vegetais e animais. É uma história com fatores acidentais e o surgimento do ser humano apenas se deu após um longo processo de evolução animal. A humanidade foi lenta e progressivamente produzida (Morin, 2000). Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica também se coloca como um processo lento, tanto do ponto de vista administrativo e financeiro, quanto de recursos humanos e de capacitação (Saraceno, 2009).

Os humanos podem ser pensados como um produto 'desviado' da história do mundo, pois não parece ter sido intencional. A evolução não é algo que avança majestosamente, como um rio, mas parte sempre de um 'desvio' que começa e sob certas condições consegue impor-se (Morin, 2000).

Assim pode-se perceber a construção das práticas em saúde mental, por anos desviantes, mas cada vez mais deixando suas marcas e, com o contexto que se mostra, dialogicamente passa a ser possível uma nova configuração que poderá nascer da regeneração dos espaços que agora não conseguem abrigar ações de potencialização da vida e de atenção para as necessidades em saúde mental (Bedin, 2010, pp. 82-83).

Após as análises dos processos de implementação das práticas em saúde mental, observa-se que novas vertentes se estabelecem rumo à concretização dos pressupostos da reforma psiquiátrica e do SUS e, mesmo com as dificuldades apontadas, lentamente, observa-se um aumento dos investimentos nas redes substitutivas (M. S. Brasil, 2009). Identifica-se, contudo, que esse investimento ainda representa valores baixos e insuficientes. A evolução, em termos de Reforma Psiquiátrica, utilizando a expressão de Morin (2000), ainda é um 'desvio'.

Pode-se ainda remeter as considerações aqui colocadas, com relação à saúde mental, à rede de saúde como um todo, pois, utilizando-se da figura do holograma, a parte é o todo, então, saúde mental, como parte da rede de saúde, é também saúde. Assim, facilmente conclui-se que a rede de serviços do SUS tende a apresentar características semelhantes àquelas aqui atribuídas à área da saúde mental, encontrando-se atualmente em um processo de construção de novas práticas, mesmo com a vivência de um contexto de carências e da coexistência de forças antagonísticas e concorrentes expressas na manutenção de maneiras tradicionais de operar as práticas.

Mesmo com as dificuldades postas, segue-se de forma obstinada, apostando nas melhorias e nas ilhas de bondade e desejando que os avanços ocorram na saúde mental ou em qualquer área. Desde que sigam aumentando os investimentos, recursivamente ocorrerão reflexos de melhoria em todas as esferas, beneficiando as pessoas e a sociedade como um todo (Morin, 2007b).

Considerações finais

A pesquisa aponta a necessidade de manutenção e ampliação de espaços dialógicos de debate e reflexão sobre o tema. A área da saúde mental no município de Porto Alegre merece ganhar visibilidade visto que, mesmo que apresente avanços, também indica situações de desconhecimento, negligência e até mesmo rechaço, que trazem a tona fantasmas de retorno a um passado com marcas de exclusão, desrespeito e violência (Nunes, 2009).

Com o desejo de construção de uma sociedade mais justa, a perspectiva da integralidade mostra-se como um recurso que auxilia na avaliação, no planejamento e na execução das práticas em saúde (Mattos, 2001). Ao mesmo tempo, com o pensamento complexo (Morin, 2002), dialogicamente é possível que se entenda a convivência de lógicas antagônicas, concorrentes e contrárias que se expressam na coexistência de práticas conservadoras e tradicionais junto a novos fazeres que lutam para realizar atos inventivos apoiados nos sentidos da integralidade. Ao invés de apagar as diferenças, esse princípio estabelece canais de comunicação e articulação entre as diversas práticas, entendendo as relações conflitivas como constituintes-chave do contexto todo (Morin, 2002). Assim, mostra a existência de descompassos na implementação da política de saúde mental e clareia alguns *pontos de ação* para que se busque avanços na reforma psiquiátrica.

Espaços dialógicos possibilitam circulações por lugares que, “desviantes”, aproximam a pesquisa de seu compromisso ético e político de busca pela formulação de reflexões e ações que embasem a superação dos modelos hegemônicos na saúde” (Bedin, 2010, p. 84). Além disso, tensionamentos e problematizações são possíveis devido às vivências no campo-tema e à realização da análise dos discursos produzidos nos contextos das práticas em saúde mental.

Com base nisso, conceitos e práticas ganham notoriedade por ampliar as possibilidades do fazer em saúde por meio da criação e invenção de modos diversos de relações que levem à construção de espaços emancipatórios e reivindiquem condições dignas de trabalho. “Educação permanente, empoderamento, fluxos, linhas de cuidado, gestão do trabalho e da educação, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, encontros, fóruns, comissões, para citar algumas das tantas possibilidades de associações ao polissêmico conceito de integralidade” (Bedin, 2010, pp. 84-85).

Assim, a integralidade fica entendida como uma ferramenta que torna possível a realização de análises das práticas em saúde mental de modo complexo, interligado, profundo. Favorece reflexões e possibilita arejamentos teórico-práticos viabilizando, constantemente, novos fazeres e saberes.

Referências

- Acioli, S. (2005). Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. Em R. Pinheiro e R. Mattos (Comps.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos* (pp. 293-303). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Cepesc – Abrasco.
- Alves, D. S. (2001). Integralidade nas políticas de saúde mental. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 167-176). Rio de Janeiro: UERJ/IMS –Abrasco.
- Alves, D. S. e Guljor, A. P. (2001). O cuidador em saúde mental. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da Integralidade* (pp. 221-240). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bedin, D. M. (2010). *Passos e descompassos: práticas em saúde mental na perspectiva da Integralidade*. Porto Alegre. Diss. (Teses do Mestrado inédito). Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre.
- Buss, P. M. (2000). Promoção de saúde e igualdade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

- Carvalho, S. R. e Gastaldo, D. (2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. Em: R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp.259-278). São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B. (2005). Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção de Saúde”: desafios para a educação. Em R. Pinheiro, e R. A. Mattos (Org.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos* (pp. 161-180). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Cepesc – Abrasco.
- Ceccim, R. B. e Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 165-184). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ceccim, R. B. e Ferla, A. A. (2008/2009). Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, 6(3), 443-456.
- Coimbra, J. A. A. (2000). Considerações sobre a interdisciplinaridade. Em *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais* (pp. 52-70). São Paulo: Signus. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Côrtes, S. V. (2006). Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 401-426). Rio de Janeiro: Abrasco
- Dall’Agnol, C. M. e Martini, A. C. (2003). Reuniões de Trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*, 12(1), 89-96.
- Delgado, P. G. (1992). *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Ferla, A. A., Leal, M. B. e Pinheiro, R. (2006). Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 35-60). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Furtado, J. P. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3), 785-795.
- Japiassu, H. e Marcondes, D. (1991). *Dicionário básico de filosofia* (2ª Ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacerda, A., Valla, V. V., Guimarães, M. B. e Lima, C. M.. (2006). As Redes Participativas da Sociedade Civil no Enfrentamento dos Problemas de Saúde-Doença. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 445-458). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Leff, E. (2000). Complexidade, interdisciplinaridade e saber ambiental. Em: *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais* (pp. 22-50). São Paulo: Signus.
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm
- Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp.39-64). Rio de Janeiro: UERJ/IMS –Abrasco.
- Menegon, V. M. (2000). Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. Em: M. J. Spink (org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C., Buss, P. M., e Hartz, Z. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Minayo, M. C., Deslandes, S. F., e Neto, O. C. (1996). *Pesquisa Social: teoria método e criatividade* (5 ed.). Petrópolis: Vozes.

- Ministério da Saúde do Brasil. (2004). *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. (5ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2005a). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2005b). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz.
- Ministério da Saúde do Brasil (2009). *Saúde Mental em Dados: 6*, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf
- Moraes, D. R. (2006). Revisitando as concepções de integralidade. *Revista de APS*, 9 (1),1-16.
- Morin, E. (2000). Da necessidade de um pensamento complexo. Em F. M. Martins e J. M. Silva (Org.), *Para navegar no século XXI: tecnologias do imaginário e cibercultura*. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs.
- Morin, E. (2001). *Introdução ao pensamento complexo* (3 ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2002). *Ciência com consciência* (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2005). *O Método 1: A natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2007a). *A Religião dos Saberes: o desafio do século XXI*. (6 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- Morin, E. (2007b) *O método 6: ética* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (2009, julho). *Pensar o Sul*. Conferência promovida pelo SESC. São Paulo, SP, Brasil.
- Nicolescu, B. (2001). *O Manifesto da Transdisciplinaridade*. (2ªed.). São Paulo: Triom.
- Nunes, K. G. (2009). *Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um estudo sobre a trajetória de Betim, M. G.* Santa Cruz do Sul: Edunisc.
- Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS -Abrasco.
- Política Estadual de Saúde Mental (2009). Recuperado de <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/porta/index.jsp?menu=organogramaecod=416>
- Política Nacional de Saúde Mental. (2009). Recuperado em 05 de setembro 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134
- Rey, F. L. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Saraceno, B. (2009). Recuperado em 15 de novembro 2009, de <http://saudeecosol.wordpress.com/tag/benedetto-saraceno/>
- Scarpato, H. B. K. (2006). Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. *Barbarói (USCS)*, 25, 115-130.
- Silva, D. J. (2002). O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. Em *Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais* (pp. 71-94). São Paulo: Signus.
- Silva Júnior, A. G., Alves, C. A. e Alves, M. G. M. (2005). Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. Em: R. Pinheiro, e R. A. Mattos (Org.), *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos* (pp. 77-90). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - Cepesc – Abrasco.
- Silva Júnior, A. G., Carvalho, L. C., Silva, V. M. N., Alves, M. G. M. e Mascarenhas, M. T. M. (2006). Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. Em R. Pinheiro, e R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde* (pp. 61-90). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Spink, M. J. (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2 ed.). São Paulo: Cortez.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia e Sociedade*, 15 (2), 18-42.
- Venetikides, C. H., Maceno, D. M., D'Angelis, W. L. R. e Valentini, Jr. W. (2001). Saúde Mental – Mais Atenção Para Quem Precisa. Em Brasil Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde.
- Victoria, C. G., Knauth, D. R. e Hassen, M. N. A. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo.
- Zabala, A. (2002). *Enfoque globalizador e pensamento complexo*. Porto Alegre: Artmed.