

Saúde Mental E Saúde Coletiva: Intersetorialidade E Participação Em Debate

Ianni Regia Scarcelli¹ Sandra Luzia de Souza Alencar²

O objetivo deste texto é refletir acerca da Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva tendo como eixo condutor, aspectos que envolvem os princípios de intersetorialidade e participação.

Saúde Mental e Saúde Coletiva podem ser entendidas como campos de saber e práticas que têm, como um dos aspectos essenciais, a saúde como fenômeno social e de interesse público. A partir de abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento, busca-se romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sócio-dinâmicos e institucionais.

Do ponto de vista do saber, Saúde Coletiva é um campo que se constitui e procura operar a partir de abordagem ampla e complexa; articula-se a partir de um tripé interdisciplinar que inclui a Epidemiologia, a Administração/Planejamento e as Ciências Sociais da Saúde. Importa ressaltar que não é raro encontrarmos publicações e *sites* institucionais relacionados a esse campo, escritos por estudiosos com produção significativa na área, que costumam destacar algumas disciplinas auxiliares, consideradas relevantes nessa construção – por exemplo: Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História, Ciências Políticas, etc. –, porém, deixando de lado aquelas de natureza *psi*.

É possível afirmar que esse campo interdisciplinar oscila, vez ou outra, entre uma tendência medicalizante e outra sociologizante. As questões relacionadas à subjetividade, embora sejam alvo de preocupação de vários autores (Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.1, 2001), têm comparecido como complementares e não constitutivas da integralidade que se procura construir numa concepção de saúde. A Psicologia Social e a Psicanálise, por exemplo, se limitam a explicar processos psicológicos em situações que possam esclarecer as dúvidas sobre tais questões enigmáticas (Scarcelli, 2002).

¹ Professora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP.

² Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; doutoranda em Psicologia Social na PUC-SP.

Consideramos que no campo da Saúde Coletiva, a Saúde Mental apresenta-se como área que recupera a questão da subjetividade – expressa também pela crítica à razão iluminista e inclusão da desrazão na proposta de novo paradigma – como essencial para a construção de uma concepção de saúde mais abrangente. No entanto, nesse caso, também, não é raro nos depararmos com uma dicotomização: ora por enfatizar e privilegiar a questão da subjetividade, beirando a psicologização, a Saúde Mental afasta-se do campo da Saúde Coletiva; ora por afastar-se desse campo por ser considerada excessivamente *psi*, apesar de trazer elementos fundamentais que, em geral, são subestimados por aqueles que atuam na área (Scarcelli, 2002).

Do ponto de vista das práticas, a Saúde Coletiva propõe mudanças significativas no campo da saúde que dizem respeito à organização e ao processo de trabalho; à reorientação da assistência com ênfase na promoção, prevenção e proteção da saúde; à preocupação com os modos de vida e as relações entre os sujeitos no contexto social.

No que se refere à Saúde Mental, como mencionado anteriormente, também pode ser entendida como campo de saber e práticas, embora circunscrita em grande parte ao âmbito da Saúde Coletiva. É um campo que exige diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, produz elaborações singulares no contexto brasileiro – desconstrução de saberes e práticas da psiquiatria clássica e das instituições totais, proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico, entre outras – que podem trazer contribuições na ampliação do campo da Saúde Coletiva e, nesse diálogo, ressignificações e ampliações de seu próprio campo.

Tais contribuições são compreendidas como possibilidades, já que a herança do modelo positivista de produção de conhecimento das ciências humanas e sociais produz resultados que não dão conta da complexidade da vida humana e, além disso, resulta em conhecimentos que se detêm na aparência e ocultam a essência do fenômeno que examina (Patto, 1987). Oculta questões relacionadas à forma como está organizada esta sociedade, principalmente do ponto de vista das relações de produção e de suas conseqüências sobre a vida das pessoas.

A sociedade capitalista, de acordo com Arouca (2003, p.246), “cria dois tipos de necessidades: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia, e o segundo, como sendo aquele de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumido no processo produtivo”.

Em outros termos, junto com as condições materiais determinantes de nosso modo de viver, amar, trabalhar e morrer, a herança do modelo cartesiano/positivista de compreensão do mundo

ainda pulsa com toda sua força e se expressa no conflito entre áreas de conhecimento, na tendência à especialização nos processos educativos e na fragmentação da tarefa no processo de trabalho. Tais fragmentações se reproduzem e são transmitidas, entre outros, pelos nossos conhecimentos e instrumentos.

Como nos diz Santos (2001), vivemos no reino do artifício, num emaranhado de técnicas que estão em toda parte: na produção, na circulação, no território, na política, na cultura, no corpo e no espírito do homem. Fundadas na ciência e submetidas aos imperativos do mercado, essas técnicas hegemônicas são dotadas de intencionalidade; ‘elas’ impõem relações e nos governam. É a sociedade planejada e governada a partir de critérios racionais que atendem as necessidades humanas definidas técnica e cientificamente.

É na modernidade, de acordo com Ianni (1989), que o homem se defronta com um destino trágico e este é um dos segredos dessa era. Ele abandonou a tradição e a religião, intelectualizou-se de tal modo a se considerar senhor de seu próprio destino que afugenta, confina ou domina a incerteza, o desconhecido e o incógnito. As coisas criadas por eles se projetam diante de si mesmos como seres sociais, dotados de vida própria, relacionando-se entre si e com os homens, autônomas, naturalizadas, reificadas e ideologizadas.

Disciplina e controle permanecem como eixo central nos métodos de gestão da vida e do trabalho; o autoritarismo continua como uma marca central e, freqüentemente, apresenta-se revestido de palavras doces, porém enganosas, como: parceria, integração, desenvolvimento de recursos humanos, flexibilização, etc. No âmbito público, por exemplo, as políticas e os programas delas decorrentes muitas vezes oferecem, sob a máscara de uma prestação de serviços competente, o caminho para uma adesão imediata e sem crítica.

A tendência de reeditar velhas práticas em novas roupagens é um sério problema que não se pode descuidar. Nesse sentido, faz-se imperativo o fortalecimento e a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos e dos grupos; a criação de novas modalidades de sua participação que poderá se dar, entre outras formas, pela construção de relações que privilegiem o respeito às diferenças para além da tolerância. Esta, embora necessária, como nos diz Baumann (1999), pode desembocar em pura indiferença em relação ao outro.

Falamos em novas modalidades de participação, também, porque estamos falando de campos de saber e práticas que se constituíram críticos e propositivos a partir de envolvimento coletivo e movimentos amplos.

Nesse sentido, não é possível falarmos em Saúde Coletiva e Saúde Mental no Brasil sem nos remetermos aos movimentos de redemocratização do país. Os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica começaram a se organizar ainda durante o período da ditadura militar e se intensificaram durante o período de ‘abertura política’, a partir da articulação de protagonistas

ligados às universidades, aos movimentos populares, aos movimentos de trabalhadores da saúde, entre outros. Lembremos que a organização dos movimentos sociais, ao lado da reorganização de partidos políticos, sindicatos e associações, marcaram um novo momento político de luta por liberdade, igualdade e democracia da sociedade brasileira e de repúdio ao regime autoritário instalado no país a partir de 1964.

‘Saúde e Democracia’ foram lemas fundantes do Movimento de Reforma Sanitária que se estruturou nas universidades, no movimento sindical e experiências regionais de organização de serviço; que se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde; que teve influência fundamental e decisiva no processo constituinte que termina em 1988 e de formulação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do mesmo modo, podemos dizer que, no Brasil, falar em campo de Saúde Mental é se referir ao Movimento de Reforma Psiquiátrica que teve inicialmente como principal ator, segundo Amarante (1995), o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

É importante ressaltar, que o debate político colocado nesses movimentos ultrapassa o âmbito de questões relativas à reformulação dos sistemas de saúde. Além de discussões de temas gerais ligados ao processo de redemocratização, à melhoria das condições de vida dos trabalhadores, inclui outras relativas à sua própria organização e às formas possíveis de sua relação com o Estado (autonomia X institucionalização, entre outras). No que diz respeito ao MTSM podemos destacar, além destas, outras preocupações relacionadas ao papel normalizador das instituições e a desinstitucionalização, as quais vão lhe dar uma especificidade. Tais questões expressam uma das diferenças existentes entre os movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica e aqueles da Reforma Sanitária (Scarcelli, 1998). Nesse sentido, embora o movimento pela reforma psiquiátrica tenha parte de suas origens relacionadas ao movimento sanitário, em sua trajetória terá momentos de afastamento com este e outros de aproximação.

O movimento de trabalhadores de saúde mental começa a ganhar força durante a ditadura, pois além dos maus tratos dispensados aos internos do hospício e das péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores estavam submetidos, o dispositivo hospital psiquiátrico e o dito ‘tratamento’ psiquiátrico eram utilizados como forma de tortura e de contenção aos presos políticos. Assim, o movimento que inicialmente denunciava tais condições foi se mobilizando e crescendo no sentido de construir uma crítica consistente não apenas à instituição psiquiátrica, mas ao que ela representa na sociedade capitalista.

Manicômio passa a ser entendido como emblema das relações de violência, segregação, massificação e discriminação social. Apresenta-se como alvo por expressar, num sentido amplo, os diversos mecanismos de opressão desta estrutura social; e num sentido estrito, a própria instituição psiquiátrica. Nesse novo momento, três grandes objetivos se impuseram: construção de uma rede

substitutiva aos manicômios; criação de nova legislação psiquiátrica e desconstrução da cultura manicomial. Estamos falando de um novo momento dessa organização que se expressa pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA).

Com frentes de luta tão amplas, esse movimento buscou ampliar-se, também, no sentido de seus militantes não serem apenas trabalhadores de saúde mental, mas sim, outros segmentos da sociedade civil e ter articulação com outros movimentos sociais. Na prática, houve a importante participação de usuários de serviços e seus familiares, mas, pouco se avançou no sentido de articulação com outros movimentos.

No que diz respeito à criação de condições concretas para a substituição progressiva dos manicômios por outras alternativas, o ano de 1989 pode ser considerado um marco importante. Em vários municípios brasileiros, foram eleitos governos com características democrático- populares; militantes do MTSM, do MLA e de outras formas de organização ligada à Saúde Mental passam a compor equipes dessas novas administrações. São desenvolvidas ações de forma mais contundente, no sentido de serem colocadas em prática políticas desinstitucionalizantes, voltadas para a desconstrução dos saberes e práticas manicomiais que pudessem dar um passo além das ações estritamente desospitalizantes. A influência do pensamento *basagliano* se fez nítida nos pressupostos dos diferentes planos propostos por diversos municípios; neles, incluíam-se os princípios antimanicomiais e, desse modo, um novo momento se instala na história da construção de práticas substitutivas em saúde mental no âmbito institucional.

Em municípios como São Paulo, por exemplo, buscava-se ‘demonstrar os mecanismos discriminatórios e violentos sobre a loucura e o doente mental’ e, desse modo, criar estratégias em prol da defesa e construção da cidadania destes excluídos. Deveriam fazer parte dessa estratégia o ‘combate à cultura manicomial de massa’, a ‘implantação de um modelo de saúde mental alternativo’ e o estabelecimento de ‘um confronto político com o hospital psiquiátrico (emblemático do manicomial) e com o amparo jurídico que o legitima’ (Fórum Paulistano Permanente de Saúde Mental, 1995).

O modelo proposto teve como eixo a implantação de ações de saúde mental na rede geral de saúde do município e buscava ‘não cair nas armadilhas institucionais que produzem novos espaços de segregação na rede alternativa extra-hospitalar’; objetivava-se, assim, ‘não reproduzir modernamente as condições e segregação imposta pelo modelo asilar aos portadores de sofrimento mental’ (SMS-SP, 1992). Constituiu-se um modelo assistencial com base na diversificação dos espaços institucionais e na diversidade das necessidades dos usuários dos serviços.

Foram vários os municípios que, do mesmo modo, propuseram modelos e desenvolveram ações nessa perspectiva e que possibilitaram a mobilização local e incentivaram a participação em

fóruns de decisão previstos no SUS como forma de controle social (conferências e conselhos de saúde, por exemplo).

No entanto, entendemos que se, por um lado, foi importante e decisiva a participação de militantes nos governos municipais, estaduais e federal, por outro, houve a institucionalização de parte do movimento pelas estruturas governamentais. A relevante preocupação que diz respeito à relação Movimentos Sociais, Estado e estruturas governamentais – explicitadas, por exemplo, no relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (1993) –, de modo geral, tem ficado esquecida. Nesse sentido, as ações governamentais voltadas fundamentalmente para implantação e implementação de dispositivos assistenciais específicos (CAPS, SRT, etc.) tornam-se, também, a principal bandeira de luta de grande parte dos movimentos e das associações que se organizam pelo direito à Saúde Mental no país. Parte das preocupações e ações propostas pelos movimentos que se organizam no final do regime militar e se ampliam no processo de redemocratização do país ficaram latentes nos anos que se seguiram.

Desse modo se, por um lado, foram muitos os avanços, nos últimos anos, no que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, por outro lado, a questão da desconstrução da cultura manicomial foi suplantada por aquelas centradas, muitas vezes, nos aspectos fundamentalmente assistenciais. O mesmo pode ser pensado em relação aos princípios caros que inspiraram a reforma sanitária brasileira.

No que se refere ao campo da Saúde Mental e à Luta Antimanicomial e suas contribuições muitas vezes esquecidas, a transcendência do conceito de manicomial amplia a possibilidade de aprofundar a compreensão, elaborar a crítica e propor/desenvolver ações no que se refere aos vários tipos de instituição dessa nossa sociedade – além daquelas com características de *instituições totais* (Goffmann, 1979), as escolas, as creches, as universidades, as instituições de saúde em geral, as fábricas, etc. e suas formas de organização do trabalho merecem análise minuciosa.

Tal formulação abre o diálogo com outros campos, disciplinas e movimentos, pois, expressa a necessidade de se considerar as condições materiais e forças espirituais da nossa sociedade que se manifestam na desigualdade social, nos mecanismos de opressão, nos modos de vida e seus efeitos nos processos de subjetivação. Estes são aspectos a serem considerados diante dos problemas que nos assolam e que necessitam ser enfrentados no campo social; expressam-se, também, por sofrimentos de várias ordens, freqüentemente, adjetivados como ‘doenças’ de vários tipos (do corpo, da mente, da sociedade, etc.) que precisam ser superados e/ou evitados como modo de nos aproximarmos de bem-estares ou daquilo que se denomina ‘saúde para todos’.

Nessa linha de reflexão e na tentativa sairmos das armadilhas de falsas antinomias –

mente/corpo, normal/patológico, indivíduo/sociedade – necessário se faz buscar meios e subsídios que nos leve a algum tipo de superação das visões restritas de compreensão do mundo e da complexidade humana.

Dejours (1986) ao refletir sobre o conceito de saúde, abre algumas perspectivas nessa discussão. Ao considerar a pergunta sobre quem é especialista em matéria de saúde, afirma que, apesar de necessária a contribuição dos cientistas nessa área, esta é relativamente limitada, pois a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas e que não é possível substituir os atores da saúde por elementos exteriores.

Esse autor, busca subsídios na fisiologia, ramo da biologia, porque ela nos ensina que o organismo nunca se encontra em estado estável; a variabilidade das funções do organismo traz ensinamentos que são contraditórios ao estado de bem-estar, pois este na verdade não existe, é um estado ideal que não é concretamente atingido, é um estado do qual procuramos nos aproximar. Uma de suas conclusões sobre saúde é liberdade que precisa ser dada ao corpo; do ponto de vista psíquico, entende que a angústia faz parte dessa variabilidade. Ela é penosa e causadora de sofrimento; porém, ter saúde não consiste em afastá-la, já que ela é mobilizadora de mudanças e transformações do homem: “não se trata de acabar com a angústia, mas de tornar possível a luta contra ela, de tal modo que se resolva, que se acalme momentaneamente, para ir em direção a outra angústia” (Dejours, 1986, p.9).

Nessa proposta, os fatores sociais estão representados emblematicamente e também concretamente, pela situação de trabalho, pelo lugar fundamental que este ocupa na vida do homem, por ser parte do processo de criação e de adoecimento. Enfim, saúde não é algo que vem do exterior, mas algo que se alcança superando obstáculos; não é estado de estabilidade, mas sim, uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social.

Trazemos essa breve discussão como uma das possíveis formas de ampliar o debate e a compreensão nos campos de saúde coletiva e saúde mental, a partir de uma perspectiva interdisciplinar que nos encaminha para construção de uma noção de saúde social. Fernandes (1999) ao discutir sobre conceitos estanques que podem nos levar a determinados tipos de clausura, nos diz que “ocupar-se da saúde mental significa, num primeiro momento, procurar conceituá-la deixando-a ‘livre’ da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e doença e que indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumentos de acesso e de definição sobre o seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura” (Fernandes, 1999, p.95)

Estamos falando de conceitos, de busca de superação de visões fragmentadas no campo do saber pela interdisciplinaridade. Porém, estamos em campos que são também, simultaneamente, de práticas. Como nos diz Mendes (1996), a interdisciplinaridade tem na construção do saber significação semelhante à intersectorialidade no campo do fazer. São princípios que nos têm sido caros frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias, das políticas, das ações no território, no modo de viver dos sujeitos.

Podemos perceber que estamos diante de campos complexos: seja do ponto de vista do saber, seja das práticas e das políticas que as definem; estamos diante de fragmentações e conflitos de toda ordem.

No campo da saúde, ao buscar superar tantas fragmentações, sabemos que não estamos diante de tarefa simples. É um desafio construirmos estratégias para produção de conhecimentos que possibilitem a problematização de práticas e políticas implementadas, bem como a descoberta de novos caminhos fundamentados por referenciais teórico-técnicos consistentes que sustentem novos projetos.

Enfim, não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Não é tarefa fácil traduzir nos serviços, nas práticas do dia-a-dia, as ações que possibilitem o avanço da organização da rede de atenção à saúde, integrada a um processo de territorialização, articulada aos diversos setores do governo e que efetive os princípios de intersectorialidade e da participação.

Tal tarefa exige, entre outras, a definição de políticas que instalem espaços onde possa haver o trânsito entre âmbitos político-jurídico, sócio-cultural, teórico-conceitual, técnico-assistencial, representados por diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas, instituições (Universidades, serviços públicos, organizações não governamentais, instituições formadoras, entre outras). O trânsito entre áreas do conhecimento e entre a diversidade de práticas parece ser uma das possibilidades de romper o círculo vicioso, como nos diz Birman (1992), entre a *repetição do mesmo* e o *eterno retorno do antes* que teceram os fios onde se rearticulam práticas e discursos.

Porém, não podemos esquecer que embora não se possa negar que as respostas sociais às questões da saúde, e de outros problemas sociais, devam ser intersectoriais e participativas, fundamentadas em princípios e estratégias formulados e debatidos nos campos aqui mencionados; tais respostas não debelam, necessariamente, a raiz do problema que está posto na sociedade capitalista, ou seja, o modo como se produz a riqueza e o modo como ela é apropriada.

Nesse sentido, não temos dúvidas de que os problemas estruturais só poderão ser resolvidos a partir da superação das contradições do próprio sistema de produção capitalista. Mas isto não nos retira a

responsabilidade de continuar buscando soluções, mesmo pontuais, e principalmente de desvendar as complexidades de nossa realidade social. Diante da esfinge decifremos o enigma ou, inevitavelmente, seremos devorados (Scarcelli, 2002).

Referências bibliográficas:

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENP, 1995.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*, trad.: Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar., 1999.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, JR., AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria sem hospício; contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. N ° 54, Vol.14, 1986.
- FERNANDES, M.I.A. Saúde Mental: a clausura de um conceito. *Revista USP* – N ° 43 - São Paulo, 1999a, pp. 90 - 99.
- FÓRUM PAULISTANO PERMANENTE DE SAÚDE MENTAL. *A Atenção à Saúde Mental no Município de São Paulo (1989 - 1986)*. São Paulo, mimeo, 1995.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1979.
- IANNI, Octávio. A sociologia e o mundo moderno. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 1(1): 7-27, 1. sem. 1989.
- MENDES, Eugenio Villaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PATTO, M.H.S. *Psicologia e ideologia*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1987.
- SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização*. Rio de Janeiro: Record, 2001
- SCARCELLI, I.R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo, Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.
- SCARCELLI, Ianni R. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2002.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. *Normatização das ações de saúde mental*. São Paulo, mimeo, documento elaborado pela Assessoria de Saúde Mental, 1992.