



ANÁLISES E CONTRIBUIÇÕES EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE SAÚDE TUPI, COTIDIANOS DE UMA PRÁTICA

Douglas Murta Marques¹

RESUMO: O presente artigo trata-se do relato crítico a partir das práticas realizadas no estágio supervisi-onado no Centro de Saúde Tupi, localizado na cidade de Belo Horizonte (MG). Destacam-se os processos históricos e legislativos nos quais se realizaram a implementação da atual política pública em Saúde Mental; as relações entre saber e poder nos contextos institucionais de assistência à saúde e a transição de um modelo hospitalar, centrado na doença, para um modelo cujo objetivo é a saúde preventiva. O método adotado para a elaboração deste trabalho foi a escuta realizada nas reuniões as discussões dos casos e relatos clínico, buscou-se efetuar uma análise, utilizando o aporte teórico dos autores: Foucault (1978), Nunes (2003), Sayd (2002), entre outros. Dessa forma, identificou-se os princípios norteadores de integralidade e a multi-disciplinariedade conforme a legislação vigente, bem como, as realidades substantivas do co-tidiano de uma prática em saúde mental pública: evidenciando a importância da implicação dos sujeitos no seu próprio tratamento e na construção de sua autonomia frente ao aparato burocrático institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Saúde da Família; Prevenção; Medicalização.

ABSTRACT: The present article is a critical report based on the practices performed at the supervised stage at the Tupi Health Center, located in the city of Belo Horizonte (MG). We highlight the his-torical and legislative processes in which the implementation of the current public policy in Mental Health was carried out; the relations between knowledge and power in institutional contexts of health care and the transition from a hospital model, centered on the disease, to a model whose objective is preventive health. The method adopted for the elaboration of this work was the listening realized in the meetings the discussions of the cases and clinical reports, an attempt was made to make an analysis, using the theoretical contribution of the au-thors: Foucault (1978), Nunes (2003), Sayd (2002), among others. In this way, we identified the guiding principles of integrality and multidisciplinary according to current legislation, as well as the substitantive realities of the daily practice of a public mental health practice: evi-dencing the importance of the subjects' involvement in their own treatment and in the con-struction of its autonomy in front of the institutional bureaucratic apparatus.

KEYWORDS: Mental Health.; Family Health; Prevention; Medicalization.

1 INTRODUÇÃO

As relações entre saúde e doenças são demasiado complexas devido ao tênue aspecto que as diferenciam, deste modo, a civilização tem aperfeiçoado continuamente formas de distinguir e classificarem suas nuances. Diferentemente das especulações teóricas existentes, a prática em saúde lida com ações pragmáticas, as quais têm sempre um percurso metodológico burocrático definido para certas finalidades; deste modo, médicos, psicólogos e demais profissionais articulam-se de forma a favorecerem tanto as necessidades e expectativas de determinadas classes, organizações e conselhos; quanto às suas próprias necessidades e expectativas profissionais. Destarte, espera-se de um bom profissional da saúde que ele possa lidar não somente com a cura de doenças, mas que, também crie estratégias as quais possam evitar sua propagação e ocorrência dentro de determinados territórios e populações.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. douglasmurtapsi@gmail.com

A saúde pública segue esses preceitos e organiza a assistência em níveis de complexidade: sendo a prevenção o objetivo comum, cujo aperfeiçoamento progressivo possa propiciar aos agentes de promoção à saúde uma maior capacidade de lidar com a problemática relação entre saúde e doença. Deste modo, dever-se-ão agir através de estratégias eficientes para uma maior articulação entre população, territórios e instituições de referenciamento. Este trabalho trata-se dos aspectos dessas articulações, salientando, contudo, as experiências adquiridas nas reuniões ocorridas durante estágio no Centro de Saúde Tupi, bem como as dificuldades e os atravessamentos na promoção da saúde mental à população assistida.

2 PRÁTICA NO CENTRO DE SAÚDE

2.1 Descrição do local

Realizou-se estágio supervisionado no Centro de Saúde Tupi, localizado no município de Belo Horizonte, no bairro de mesmo nome. O equipamento é situado na Região Norte da cidade e conta com uma Equipe de Saúde Mental constituída por um psiquiatra, duas psicólogas e terapeuta ocupacional. Essa equipe é responsável por gerenciar o atendimento de outras nove Equipes de Saúde da Família, sendo três do próprio Centro de Saúde Tupi, três do centro de saúde do bairro Guarani e mais três do anexo dois do centro de saúde do bairro Conjunto Felicidade. (NILO et al, 2008, p. 53).

2.2 Reuniões no Centro de Saúde Tupi

Os estagiários participamos de reuniões semanais, onde foi possível acompanhar a interdisciplinaridade e a troca de experiência entre os profissionais da Equipe de Saúde Mental (SM). Ocorreram diversas discussões de casos em que cada profissional trazia os pontos que julgavam mais relevantes dentro do seu campo profissional, dessa forma, a cada descrição surgia uma nova perspectiva para o caso, que contava com a contribuição imprescindível das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), complementando a discussão e trazendo suas vivências dentro do território, como observa Lancete e Amarante: “[...] Os membros da equipe de Saúde da Família (SF) conhecem os pacientes pelo nome. Conhecem, cada dia melhor, suas biografias e o território existencial e geográfico” (NUNES et al. 2006, p. 628). Como mencionado anteriormente, houveram diversos casos discutidos e trazidos pelos profissionais; muitos

deles encontraram impasses que demandaram mais atenção e ações imediatas dos profissionais.

2.3 Desafios e Possibilidades de trabalho

Torna-se possível identificar quão desafiador é o trabalho da equipe de saúde mental (SM) e saúde da família (SF) no Centro de Saúde: os desafios ultrapassam muitas vezes os limites e barreiras institucionais, sendo que dessa forma, entram em cena estratégias de intervenções elaboradas a partir do trabalho em conjunto, mobilizadas em torno do objetivo comum, a saber: propiciar um tratamento mais digno ao paciente e minimizar seu sofrimento.

Contudo, a prática em saúde mental não se faz de roteiros estruturados, cujas metas estão previamente definidas, ao contrário, elas são elaboradas e desenvolvidas em conjunto, a partir de um caso específico, de um paciente específico; é diante disso que surgem as estratégias. Como explica Nunes: “ O campo não se limita somente a um espaço opaco de conhecimentos e saberes e devemos entender que ele se compõe de acordo com as necessidades em descrever, explicar e/ou interpretar a realidade da saúde. ” (NUNES et al, 2006, p. 29). Os desafios políticos na gestão da saúde consistem exatamente em captar as variáveis e especificidades de cada caso.

Portanto, o trabalho opera na criação de estratégias para os empecilhos que forem surgindo no processo. Nunes associa a imagem de um mosaico para ilustrar o campo da saúde coletiva: “O conjunto é formado por partes separadas, mas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada campo disciplinar, exigindo arranjos interdisciplinares” (NUNES et al, 2006, p. 29). Um olhar mais atento pode ver o indivíduo não apenas por sua doença, tudo isso exige do profissional uma grande responsabilidade em relação à promoção da saúde. Entretanto, a falta de condições de trabalho somadas à rotina diária podem comprometer a qualidade das relações de trabalho. Destaca-se, desse modo a importância do cuidado com os profissionais envolvidos, buscando reforçar também a necessidade de implicação do paciente na condução do seu próprio tratamento e sempre que possível, efetuar mudanças nas estruturas, gerando um rompimento do ciclo simbiótico entre instituições de saúde e população, conforme propostas de intervenção a seguir.

3 PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Definir uma proposta de intervenção não necessariamente significa a possibilidade de sua aplicação, muito menos que se tenha a pretensão de enxugar todos os problemas existentes. O intuito aqui exposto é muito menos ousado, visa na verdade, provocar a reflexão sobre as “banalidades”, para aquilo que de alguma forma já nos habituamos e que por isso, já não nos causa estranheza.

A priori, é necessário fazermos algumas perguntas: a promoção da saúde pela qual lutamos hoje, tem de fato criado melhorias na “qualidade de vida” das pessoas? Será que tem contribuído para a construção da emancipação das pessoas ou apenas as mantém na dependência institucional? Afinal, quais são os papéis das instituições de saúde mental na atualidade? Perguntas as quais passaremos a analisar em seguida.

3.1 Sujeito e território

Destaca-se inicialmente a relação entre doenças psíquicas e a escassez de espaços de convivência e lazer na região, pois existem pouquíssimos espaços destinados a esse fim, é como aponta Lancetti e Amarante: “o sujeito, visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos” (NUNES et al, 2006, p. 623). A saúde é considerada como derivada de múltiplos fatores ambientais, sociais e biológicos.

O bairro Tupi é um misto de desigualdades regionalizadas, particularmente no local em que assiste o centro de saúde; as condições de vida não chegam aos critérios definidos como provedores de saúde; os poucos locais de convivência tornaram-se espaços despovoados, as pessoas têm pouca ou nenhuma participação, cada vez menos interesse em atividades que envolvam política, arte, esporte e cultura ou qualquer outra atividade que demande algum esforço coletivo.

3.2 Uso excessivo de medicamentos

Um fator de extrema relevância e que deve receber um especial destaque, a saber: a medicalização dos indivíduos, não é sem importância essa relação, uma vez que, em uma das últimas reuniões da Equipe, um dos ACS relatou que “mais de 80% das pessoas do bairro fazem uso de medicamentos psiquiátricos”; evidentemente esse número não se refere propriamente a uma pesquisa e nem tem embasamentos quantitativos fidedignos, contudo, essa me-

táfora numérica evidencia a preocupação do profissional com a alta taxa de pessoas que fazem uso de psicofarmacos, tais como: ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e antiepilépticos, cujos efeitos são muitas vezes o aprisionamento do paciente à própria condição da “doença”.

Como diz Ribeiro: “[...] uma parcela da população que tem queixas relacionadas à saúde mental, já chega à unidade solicitando uma medicação específica.” (NILO et al, 2008, p. 41). Não obstante, isso acarreta uma maior dependência dos sujeitos aos medicamentos e, por conseguinte, das instituições que os fornecem. O ACS também diz que ocorre entre os pacientes uma espécie de “escambo” e empréstimo de medicamentos, por exemplo: o paciente pede para pegar remédio a mais, porque tomou emprestado com alguém e precisa pagar o empréstimo.

São muitas pautas que evidenciam tentativas de autoextermínio, além de abuso de álcool e outras drogas. Existe um laço da comunidade com o Centro de Saúde que alimenta uma dependência e não uma emancipação: as pessoas não vão ao Centro de Saúde somente para cuidarem da saúde; digo, no sentido de exames ou consultas periódicas, pelo contrário, muitas vezes levam a queixa, mas não retornam à consulta médica. O projeto desenvolvido pelo Centro de saúde Tupi, funciona de forma muito bem articulada entre equipes e profissionais, possibilitando uma maior atenção a essas minúcias.

3.3 Construção da autonomia

Não se trata apenas de manejos institucionais baseados apenas em encaminhamentos burocráticos de protocolos, “[...] o uso do protocolo tem como linha de trabalho o alcance de metas, diferente dos objetivos visados no nosso trabalho, [...] na integração entre equipes o saber é; saber como lidar com a demanda, saber como lidar com os progressos da ciência e como escapar das armadilhas dos protocolos, que nada querem saber” (NILO et al, 2008, p. 42). Os protocolos clínicos trazem sempre um relato, uma verdade sobre o sujeito, entretanto, não o reduziríamos da qualidade exclusiva que o constitui, isto é: de um discurso.

Conforme destaca Michel Foucault (1975) que dentre os procedimentos de exclusão o mais familiar é a “interdição do discurso”, uma espécie de “tabu do objeto”, onde há um “direito privilegiado ou exclusivo da fala” (FOUCAULT, 1975, p. 9). Dessa forma, o indivíduo é manifesto no discurso daquele que diz; e somente existe enquanto uma narrativa adjetivada, enunciadora e perversa constituída dentro do discurso psicológico e médico.

Destaca-se também a necessidade de problematizar a determinação dum campo de atuação da instituição de saúde mental, assim como o seu limite; toda instituição deve ter um campo de atuação delimitado, uma vez que, o propósito idealizado é a progressiva desinstitucionalização e emancipação dos sujeitos.

O trabalho com base em um território requer o desenvolvimento de atividades que contemplem o cotidiano das pessoas, onde elas vivem. “O território não é apenas a região administrativa, mas a das relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em uma dada sociedade”. (NUNES et al, 2006, p. 624).

Desse modo, a questão aqui passa a ser pensar nas articulações possíveis dentro do próprio território, utilizando a própria comunidade como rede de apoio. As modificações levam tempo e é possível que exijam cada vez mais dos profissionais e comunidade em prol dessa causa. Quiçá a partir do fortalecimento político e social da comunidade seja possível gerar uma maior autonomia às pessoas; referimos a autonomia conforme definido por Onocko Campos e Campos como: “a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências” (NUNES et al, 2006, p. 670). A criação de condições para uma efetiva construção de autonomia exige a promoção de um sujeito ativo, emancipado frente a si mesmo e ao contexto institucional, dando lhes empoderamento para buscar seus próprios direitos.

É necessário, portanto, a responsabilização e implicação dos indivíduos nas questões da própria comunidade, a instituição deverá operar um afastamento, deixando o lugar de centralizadora das necessidades e optando por uma ampliação das fronteiras referentes a promoção da saúde. A saúde não pode ser reduzida a critérios somente “biopsicossociais”; antes, far-se-á necessária a flexibilização das relações entre saúde e doença e, sobretudo, a vinculação do discurso na produção de sintomas e diagnósticos. Acompanhem um pouco o percurso histórico em que ocorreu a implementação da atual política de saúde mental.

4 PROCESSOS HISTÓRICOS DOS PROCEDIMENTOS INSTITUCIONAIS À CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A prática em saúde pública é atividade complexa e se faz em um processo contínuo de desconstrução de velhas práticas, quando não se torna possível descartá-las, readaptamo-las às necessidades. Como aponta Akerman: “sabemos que os determinantes da saúde não foram os únicos elementos que alicerçaram as políticas públicas, tampouco foram os responsáveis pela organização de sistemas e serviços de saúde.” (NUNES et al, 2006, p. 118). Destarte, com o advento da modernidade; ainda na formação do Estado moderno e consolidação das democra-

cias ocidentais, surgem instituições e saberes destinados a lidar com tudo aquilo que foge ao ideário racionalista civilizatório. Vale destacar o processo histórico social em que se efetuou tal transição.

O século XX foi marcado pelo despertar das ciências biológicas e matemáticas; o campo das ciências humanas, por sua vez, teve que se adaptar e seguir todos os critérios metodológicos milimétricos e, portanto, científicos das ciências da época. A civilização foi desenvolvendo, a população crescia; muitos deixavam o campo em busca de melhores oportunidades nas cidades, que por sua vez, não tinham condições territoriais e nem administrativas de recebê-los.

As indústrias necessitavam de mão de obra, o mercado econômico necessitava de consumidores interessados nas quinquilharias belas e úteis do mundo moderno; e todo esse progresso custava muito caro. Eram necessários recursos: novas terras, novas tecnologias, petróleo, aço e carvão e por fim um colapso, a crise do sistema econômico em 1929. Exatamente dez anos depois, o mundo entra em guerra, regimes autoritários e nacionalistas que se opunham às vertentes globalizantes iniciaram um conflito armado, que custou a vida de 50 milhões de pessoas.

Em 1945 termina a guerra, foram abertos os campos de concentração e de lá surgiam outra espécie do gênero humano; as pessoas puderam ver e rever aquelas imagens das quais queriam esquecer, contudo, elas efetuaram verdadeiras modificações na consciência humana. A consequência imediata foi passar a limpo a história, desenvolver novas formas de convivência, criar direitos, incluir as pessoas.

É só a partir da segunda guerra mundial, que o pensamento social portador de uma visão mais complexa da articulação entre a questão ambiental e a saúde voltou a ter força motriz a ponto de fazer parte da agendas políticas e planos de gestão governamentais. (NUNES, 2006, p. 83-84).

Nesse mesmo ano, foi criada a Organização das Nações Unidas, introduzindo os direitos humanos universais. Tornava-se necessário superar a política de saúde higienizante que havia até então; os modelos hospitalocêntricos, que com o passar dos anos foram se tornando instituições totais, as quais exerciam sobre os corpos dos indivíduos as mais diversas ferramentas e tecnologias de poder, eram antes de mais nada, uma ciência da conduta, com atuação na fabricação de comportamentos. Esse modelo marcadamente centrado na doença aos poucos foi sendo superado. Conforme destaca Akerman: “tudo isso determinou uma série de movimentos de contestação e crítica, que permitiram em todo século XX a produção de novos pa-

radigmas na área da saúde. ” (NUNES, 2006, p. 118). Destacam-se a Medicina Preventiva (Arouca, 2003), a Saúde Comunitária (DONNANGELO; PEREIRA, 1979), a Saúde Coletiva (Pasche, 2006), o Movimento pela Promoção da Saúde, entre outros.

Na Itália no ano de 1971, ocorreu uma mudança radical no modelo psiquiátrico. Foram fechados os manicômios e adotou-se políticas de serviços territoriais. Segundo Lancetti e Amarante, “Franco Basaglia foi o principal personagem desse processo, ele criticava o fato de que para poder estudar as doenças mentais, a psiquiatria havia posto o homem entre parênteses” (NUNES, 2006, p. 622). Os objetivos e problemáticas na área da saúde mental passaram a ser coletivizados a partir da reformulação da ideia de saúde; do direito universalizado e da inserção, definindo-a como direito do cidadão e dever do Estado. São criados os departamentos institucionais e construídos os saberes destinados a se ocuparem com a formulação duma política sanitária preventiva, surgiria também, nessa mesma época, o conceito de um sujeito de dimensões “biopsicossociais”.

4.1 Saúde coletiva no Brasil

No Brasil uma série de eventos foram imprescindíveis para essas mudanças. Podemos citar por exemplo, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ainda durante o regime militar em 1974. No processo de redemocratização, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas em conjunto com outras instituições gestoras de pesquisas, as quais buscavam a integralidade na saúde. O país passou a estabelecer propostas de expansão do acesso universalizado à saúde para a maior parte possível da população. Desta forma, a Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito de todos em seu Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ” (BRASIL,1988).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990), e por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS um de seus principais fatores determinantes:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. ” (BRASIL, 1990).

De acordo com Nunes, após adotado o modelo coletivo de saúde, encaminhou-se para o que ele chamou de “um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos. ” (NUNES, 2006, p. 26). Sendo assim, destaca o autor: “Com a descentralização política e administrativa, o atendimento integral e a participação da comunidade foram instituídos pelas diretrizes do SUS e a prioridade se voltou para *as atividades preventivas e de promoção a saúde*” (destaque nosso). Nunes ainda chama a atenção para o fato dessa fase coincidir com “o grande momento de reestruturação das políticas sociais, ante sua universalização dos direitos num momento em que as condições econômicas para se chegar a um universalismo, de fato se tornavam cada vez mais precárias. ” (NUNES, 2006, p. 26).

Seguindo o movimento de reforma na saúde foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em março de 1986 na cidade de São Paulo. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e foram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas”. Conforme diz Ribeiro: “o objetivo é fornecer um atendimento aos portadores de sofrimento mental próximo ao local de residência dos usuários, dando continuidade ao programa de desospitalização” (NILO et al, 2008, p. 39-40). A implementação de um sistema integrado como o centro de saúde possibilitou o atendimento multiprofissional e a organização de centros de saúde dentro do próprio território.

4.2. Produção de conhecimentos e realidades no campo da saúde

O campo da saúde coletiva dispõe atualmente de numerosos trabalhos em diversos campos de atuação. Entretanto, o primeiro trabalho publicado no Brasil foi escrito por Machado et al. (1978), com o título: “Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil”. Os autores apontam para um novo campo, uma nova ciência médica chamada por eles de medicina social, cujo propósito seria “a medicalização da sociedade, sendo, portanto, uma medicina aliada ao poder do Estado” (MACHADO, 1978, p. 16). A evolução da psicofarmacologia possibilitou de fato uma grande mudança no paradigma de assistência médica em saúde mental; pois se antes era preciso isolar o indivíduo e submetê-lo a tratamentos experimentais, hoje em dia isso é dispensado e demasiado abusivo e desumano.

Entretanto, vale salientar a peculiaridade do sistema que convencionamos chamar Saúde coletiva conforme define Sayd (2002):

Um campo polissêmico, em que a produção teórica convive com a formulação de propostas de intervenção, e estas com análises e críticas políticas à conjuntura sanitária. [...] Valeria a pena investigar até que ponto a Saúde Coletiva no Brasil se configurou como um campo social, uma ação sociologicamente delimitável como espaços de produção de ideias e saberes de políticas e poderes. (SAYD, J.D, 2002, p. 194).

Todavia, sabemos que a sociedade moderna dispõe atualmente de tecnologias cada vez mais sofisticadas de controle social, dentre elas a mais eficaz até então; a medicalização das condutas e sentimentos humanos. Essas pequenas generalidades situam-nos de forma muito resumida no momento em que ocorre uma transformação do modelo institucional: o Estado passa a desempenhar outro papel, uma nova forma de governo; em que operam não mais um afastamento das questões referentes à saúde e doença, mas ao contrário, isto é, uma aproximação, uma assistência continuada, uma espécie de monitoramento institucional constante.

4.3 Tecnologias de poder e o discurso de saber nas instituições atuais

Consideremos que ingenuidade é dizer: “O homem deveria ser assim e assim! ”. A realidade nos mostra uma riqueza encantadora de tipos, a exuberância de um pródigo jogo de formas, de uma pródiga mudança de formas: e vem um miserável moralista indolente e diz: “Não! O homem deveria ser diferente! Ele sabe, inclusive como o homem deveria ser, esse coitado e carola; ele pinta o próprio retrato na parede e diz “Ecce homo!” [Eis o homem]. (Nietzsche, Crepúsculo dos ídolos p. 302, 1889).

A aproximação do Estado por intermédio de suas instituições e políticas públicas tornou-se critério de boa gestão. Conforme relata Nunes: “ainda nos anos de 1950, ocorreu a implementação de um projeto preventivista com o apoio da Organização Pan-Americana de saúde” (NUNES, 2006, p. 22). O campo da saúde mental veio como uma alternativa para o problema da institucionalização, criando novas possibilidades de atuação pedagógica de caráter preventivo fora do modelo hospitalar.

Analisemos o que disse o filósofo francês, Michel Foucault (1975), do indivíduo a ser corrigido, a ser reinserido, ao qual deve operar uma atividade terapêutica particular e específica através do exame médico:

[...]Substituir a alternativa institucional “ou prisão, ou hospital”, “ou expiação, ou cura”, pelo princípio de uma *homogeneidade da reação social*. [...] O exame permite estabelecer ou, em todo caso, justificar a existência de uma espécie de ‘*continuum*’ protetor através de todo o corpo social [...]. (FOUCAULT, 1975, p. 29, *destaque nosso*).

As alegações preventivistas, por meio de iniciativas de promoção à saúde, evidenciam a mudança do paradigma que tratávamos anteriormente, a saber: uma nova forma de governo que se torna cada vez mais próxima do dia a dia das pessoas, operando assim, uma maior vigilância sobre seus hábitos de vida.

Onocko Campos e Campos alertam para o fato das instituições de “promoção à saúde” operarem um discurso de intervenções ditas “educativas” ou “preventivas”, mas que na verdade são meras reprodutoras de um discurso normativo e moralista que cria e reproduz estilos de vida:

A promoção à saúde tem receitado mudanças no "estilo de vida" e feito análises de risco com a mesma arrogância que antigamente a clínica se adjudicava para influenciar a vida dos pacientes. Realizam-se intervenções ditas "educativas", ou preventivas, ou até chamadas de promoção à saúde que operam como se houvesse somente saberes técnicos e objetivos em jogo, cujo sucesso dependesse de uma simples “aplicação” (NUNES, 2006, p. 680).

Com os medicamentos as pessoas puderam ser tratadas em casa, começaram a surgir possibilidades de reconstrução dos vínculos familiares e sociais, do acesso ao trabalho e aos bens de consumo; o que de fato em alguns casos reinseria o sujeito em uma certa lógica socialmente aceita, no entanto, a custo de uma total dependência de soluções farmacológicas para os problemas da vida cotidiana. Enquanto isso, as políticas de implementação de atenções primárias de caráter preventivo, efetuariam um controle cada vez maior sobre os indivíduos através das instituições.

Deste modo, salienta Foucault: “operam nas atuais instituições um discurso essencialmente parental-infantil onde os profissionais passariam a uma categoria semelhante ao dos pais com os filhos, discurso da moralização mesma da criança” (FOUCAULT, 1975, p. 28). Segundo o autor, o discurso teria uma função muito precisa, isto é, a constatação da “imaturidade” e da “debilidade” do indivíduo a ser corrigido, sobre o qual deverá operar a instituição, particularmente em um dos dois polos: terapêuticos ou expiatórios.

Diz Foucault: “Não é a doença exatamente, nem a punição, mas o perigo, ao indivíduo perigoso é com ele que as instituições devem se ocupar” (FOUCAULT, 1975, p. 30). Ao definir o conceito governo de si, Foucault caracteriza o sujeito em uma dimensão ética, ou seja, o sujeito se torna sujeito sujeitando-se: a sujeição a uma Lei ou verdade instituída; ao poder disciplinar difundido nas formas de discursos das instituições: pedagógicas, psicológicas, médicas ou jurídicas; produtoras e reprodutoras de subjetividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste trabalho e das experiências coletadas no estágio, foi possível definir uma proposta de contribuição para os desafios presentes no serviço de saúde mental do Centro de Saúde Tupi. A complexa relação entre saúde e espaços de convivência no território, o abuso de medicamentos por parte da população, e uma problematização política institucional do discurso de “promoção da autonomia”, tudo isso nos possibilita deduzir que as contribuições do estágio em saúde mental foram imprescindíveis para formação de uma postura crítica perante ao modelo de saúde pública existente, encontrando os problemas e apontando possíveis mudanças.

O estágio contribuiu ainda para uma certa aproximação da realidade do trabalho desempenhado por equipe de saúde mental e saúde da família, foi possível perceber a necessidade de se pensar a saúde dentro de complexas diretrizes e que de forma alguma devem ser reduzidas a meras categorias moralizadoras dos discursos e saberes, o campo deve estar aberto às possibilidades que extrapolam o protocolo e ao planejamento. É importante lembrarmos que os profissionais são humanos e não máquinas, que têm também os seus anseios e angústias.

Em suma, acredito que o referenciamento na instituição é de extrema importância para o funcionamento do serviço de atendimento especializado e para sua eficácia, mas não é menos importante que a conscientização que o serviço deve oferecer no sentido de fortalecer a autonomia dos indivíduos que se tornam sujeitos e agentes de mudança dentro do próprio território em que vivem. Cabendo assim às instituições somente participarem dessas mudanças; isso sem dúvida levaria a um esvaziamento do serviço que tem hoje um excesso de demandas, muitas delas não necessariamente exclusivas do campo da saúde; esse esvaziamento melhoraria a qualidade do atendimento, priorizando os casos que de fato precisam de uma maior atenção por parte da Equipe de Saúde Mental e Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**”. Ed 2. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, ISBN 8585676515, N° de Exemplares, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. **DOU**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASÍLIA, **Gerenciamento de Produtos; pesquisa realizada em 2009**. Ministério da saúde e Anvisa: Brasília, 30/03/2010. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/resultados_2009.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASIL. Portaria N° 224 de 29 de janeiro de 1992 – Política de saúde mental: para gestores locais do SUS. **Diário Oficial da União**. Disponível em:

<<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016

BRASIL. Decreto n° 99.060, de 7 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 8/3/1990. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99060-7-marco-1990-328511-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASÍLIA, Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19/09/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASÍLIA, Lei 8.142, de 28 de dezembro de 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. **Diário Oficial da União**, 28/12/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 nov. 2016.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). trad. Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: M. Foucault. Micro-física do poder. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. Disponível em: <<http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/agenda/danacaodanorma.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

NILO, K; Morais, M; Guimarães, M; Vasconcelos, M; Nogueira, M; Abou-Yd, M. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. (Org.). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

NIETZSCHE, F. **SÉRIE OURO**: Crepúsculo dos ídolos (1889). Rio de Janeiro: L & PM, tradução de Renato Zwick, 2013.

NUNES, D; CAMPOS, G W; MINAYO M C; AKERMAN, M; et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. org; Gastão Wagner. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SAYD, J. D. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Physis: Saúde coletiva, 2002. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a14.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.