

# **Políticas Públicas em Saúde Mental: a construção de um novo modelo de atenção.**

Graziele Ramos Schweig.

Cita:

Graziele Ramos Schweig (2008). *Políticas Públicas em Saúde Mental: a construção de um novo modelo de atenção*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/5>

## **Políticas Públicas em Saúde Mental: a construção de um novo modelo de atenção**

Graziele Ramos Schweig

PPGAS/UFRGS – Brasil

graziele.schweig@gmail.com

**Resumo:** Observa-se, nos últimos anos, uma série de políticas públicas que visam implementar um novo modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil. Esse modelo, instituído ao final da década de 1980, em meio à abertura democrática no país, é fruto de movimentos sociais (especialmente a Luta Antimanicomial e o Movimento Sanitário) que lançaram novos olhares acerca do processo saúde/doença. Tais perspectivas vieram enfatizar a dimensão sócio-cultural da doença, o caráter político das práticas em saúde, além de realizar uma crítica ao tratamento centrado nos manicômios. Assim, o presente trabalho busca analisar recentes políticas públicas que objetivam modificar a formação dos profissionais de saúde. Especificamente, tenho como foco as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, que visam preparar e adequar os profissionais de saúde para este novo modelo de atenção à Saúde Mental, levando em conta os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. Realizo uma investigação a partir do método etnográfico para perceber que novos saberes e práticas são construídos nas Residências e de que forma elas estão articuladas com as demais políticas públicas para o setor. Verifica-se algumas tensões na prática desses profissionais em formação, o que aponta dificuldades na operacionalização do modelo de atenção no cotidiano das práticas de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Desinstitucionalização, Formação Profissional em Saúde, Residência Multiprofissional

### **1. Introdução**

Este texto tem por objetivo, primeiramente, traçar um percurso histórico das políticas públicas voltadas ao setor da Saúde Mental no Brasil, as quais envolvem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das leis de Reforma Psiquiátrica. Entende-se aqui que toda prática e toda política em saúde está atrelada a entendimentos específicos do processo saúde-doença, os quais muitas vezes ficam implícitos e são fruto de dinâmicas sociais e de disputas entre diversos atores. Em seguida, centro-me na análise das mudanças que vem ocorrendo no âmbito da formação dos profissionais de Saúde Mental. Com a criação de um novo modelo de atenção, alicerçado em diferentes princípios e valores para a atenção à saúde, o governo brasileiro tem oficializado uma série de políticas que visam a modificação do perfil dos egressos dos cursos de graduação e especialização em saúde.

Estas mudanças, como a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, criam alguns choques em relação à conformação do campo de saberes biomédicos. A proposta de formação de profissionais para uma atuação interdisciplinar, por exemplo, cria

tensões em relação à caracterização atual do campo: há a fragmentação dos saberes em diversas especialidades, as quais possuem responsabilidades e legitimidades desiguais na assistência em saúde, em geral, e na saúde mental, em específico. O foco deste trabalho, portanto, situa-se na conjunção entre políticas públicas e campo científico-acadêmico, pensado a partir de um contexto de construção de novos saberes em Saúde Mental.

## **2. Movimentos Sociais e novas concepções de Saúde Mental**

As atuais políticas que conformam o modelo de assistência brasileiro de Saúde Mental, criado a partir do final dos anos 1980, devem ser entendidas pela análise do contexto de emergência de dois movimentos sociais que por vezes entrecruzam suas reivindicações: o Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento Sanitário. O primeiro deles esteve associado a um movimento de contornos mundiais que veio questionar os saberes psiquiátricos tradicionais. Já o segundo, liga-se ao contexto de abertura democrática no Brasil, que se intensificou no final dos anos 1970 e culminou no processo de eleições diretas e na promulgação da Constituição Federal de 1988 – a qual lança as bases para um novo modelo de saúde no país, como tratarei adiante.

Desde a década de 1960 do século XX, observa-se uma série de críticas dirigidas à Psiquiatria tradicional e ao seu principal modelo de tratamento: aquele centrado no hospital psiquiátrico. Dentre os teóricos que embasaram estas críticas estão Michael Foucault, David Cooper, R. D. Laing e Thomas Szasz, os quais buscavam desnaturalizar a legitimidade da Psiquiatria que, desde o fim do século XVII conceituava a loucura enquanto doença mental e se constituía como único saber autorizado a assim definir e submeter os doentes a tratamento. Tais pensadores, em suas críticas, chamaram atenção para as questões culturais, sociais e políticas envolvidas nas definições do que seja a doença mental – para além dos aspectos biológicos.

No Brasil, estas idéias se disseminaram por volta dos anos 1970, bastante motivadas pela influência do italiano Franco Basaglia e sua vinda ao país. A experiência de Basaglia, e os princípios da “Psiquiatria Democrática” inspiraram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual é criado em 1978 no Brasil e posteriormente culmina no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 1996). Este movimento constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental, permitindo visualizar a possibilidade de inversão do modelo tradicional de atenção a partir do conceito de “desinstitucionalização”.

Assim, a Luta Antimanicomial se transforma em um movimento social mais amplo em defesa da Reforma Psiquiátrica: uma proposta de reformulação do modelo de atenção à Saúde Mental. Suas críticas chamavam atenção para fatores não orgânicos implicados no processo de doença mental – enfatizava-se o contexto social e cultural onde o doente está inserido e também o próprio caráter construído do conceito de “doença mental” (SERRANO, 1983). Um dos primeiros lemas do Movimento Antimanicomial era “Por uma Sociedade sem Manicômios”, princípio que orientou a luta pelo fechamento de hospitais psiquiátricos muitas vezes acusados de maus tratos aos seus pacientes – perseguia-se a idéia de que os hospitais podem agravar a situação dos pacientes dado que promovem a exclusão e a ruptura dos laços dos sujeitos em relação à sociedade. Há uma luta contra o uso da eletroconvulsoterapia, prática bastante realizada nos hospitais psiquiátricos.

Assim como a experiência de Basaglia deu origem a uma lei que determinava o fechamento dos manicômios, o movimento Antimanicomial no Brasil iniciou uma disputa no âmbito legislativo/normativo de modo a oficializar a proposta de Reforma Psiquiátrica. Em 1989 dá entrada no Congresso Nacional um Projeto de Lei que propõe a “regulamentação dos

direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005). A partir disso, após um longo percurso de modificações no texto inicialmente proposto, a Lei federal que versa sobre a Reforma Psiquiátrica é aprovada no ano de 2001. Por meio dela há um redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental no país, como veremos mais adiante. Este redirecionamento também recebeu influência da “Declaração de Caracas”, de 1990, documento elaborado na Conferência Regional pela Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Continente, realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde, na Venezuela.

Paralelo a este processo que ocorria no âmbito da Saúde Mental em específico, outro movimento social ganhava força em suas reivindicações para a saúde. O Movimento Sanitário, atrelado ao contexto de luta pela abertura democrática no país, defendia uma nova concepção de atenção à saúde, bem como um novo modelo de assistência. Sua principal reivindicação foi pela concepção de saúde como um direito dos cidadãos e como um dever do Estado. A universalização da atenção à saúde, a descentralização da gestão, bem como a abertura à participação comunitária são algumas das bandeiras de luta desse movimento.

O Movimento Sanitário, que incluiu médicos, demais profissionais de saúde, gestores e usuários dos sistemas de saúde, pautou-se por um entendimento dos determinantes sociais do processo-saúde doença. Esse Movimento abre caminho para a constituição de um novo campo teórico, a chamada “Saúde Coletiva”, que realiza a incorporação da abordagem das ciências sociais à área da medicina, chamando atenção para a análise sócio-histórica dos fenômenos relacionados à saúde-doença (CARVALHO, 2002). Inicialmente recebendo uma influência das teorias marxistas, o Movimento Sanitário tinha um entendimento materialista-histórico das doenças, sendo que posteriormente abriu-se a concepções da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e também da sociologia política italiana. Nessa época inicia-se, portanto, um processo de “politização” do campo da saúde. Conceitos como direito à saúde, cidadania, democracia, descentralização faziam parte central dos debates promovidos por esse Movimento em consonância com a luta contra a ditadura. Há inclusive uma mudança de vocabulário – de “paciente” ou “doente”, adota-se a palavra “usuário” para definir as pessoas que necessitam dos serviços de saúde. Esta palavra dota de maior autonomia esses sujeitos, não os entendendo apenas como agentes passivos frente aos profissionais e às políticas governamentais de saúde.

Assim, os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário foram incorporados à Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição cidadã”, a qual marca a abertura democrática no Brasil e estabelece um novo modelo de atenção à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Constituição adota a seguinte conceituação acerca da saúde:

Artigo 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).

Cria-se com isso, então, um arcabouço jurídico-institucional que rege o funcionamento desse novo sistema de saúde, sendo que o Estado brasileiro vem criando uma série subsequente de leis (as Leis Orgânicas da Saúde) e portarias do Ministério da Saúde (as Normas Operacionais Básicas – NOB's) que regulamentam diversos âmbitos do sistema de saúde. Vejamos, agora, o desenho geral das políticas de saúde, com o foco na Saúde Mental, a partir da incorporação das reivindicações do Movimento Sanitário, bem como do Movimento Antimanicomial.

### **3. Oficializando demandas: criação do SUS e a Reforma Psiquiátrica**

Observamos, portanto, que existiu um processo paulatino de incorporação, na agenda oficial do governo, das reivindicações dos Movimentos sociais que se concentraram na área da saúde. A partir da luta do Movimento Sanitário, foi criado o Sistema Único de Saúde; a partir das reivindicações do Movimento Antimanicomial, estabeleceu-se a implementação da Reforma Psiquiátrica. Este redirecionamento das políticas públicas para a saúde continua em curso, sofrendo várias resistências e gerando diversas controversas e tensões na prática dos agentes sociais.

As Leis, tanto no âmbito estadual como nacional, acerca da Reforma Psiquiátrica, prevêm a criação de uma rede de serviços substitutivos ao modelo “hospitalocêntrico”, bem como a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos nos moldes em que estão estruturados. No lugar dos manicômios, o espaço principal para a assistência à Saúde Mental deve ser os “Centros de Atenção Psicossocial” (CAPS). Estes Centros se configuram como unidades de saúde locais, compostas por equipes multidisciplinares, que atendem uma população adstrita, oferecendo atendimento e cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A internação de longo prazo é evitada de modo a não excluir o usuário do convívio social na sua comunidade, o que está em consonância com o entendimento dos aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de adoecimento.

Além dos CAPS, uma série de outros serviços alternativos extra-hospitalares estão previstos na lei e devem estar ligados na mesma rede de atenção. Um deles são os Serviços Residenciais Terapêuticos, os quais se constituem como moradias destinadas a egressos de hospitais psiquiátricos que passaram vários anos de suas vidas em regime de internação e já perderam os vínculos familiares e sociais. Os moradores dos Residenciais Terapêuticos são acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial, o qual deve situar-se nas imediações. Além disso, a política de Saúde Mental prevê a manutenção de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, de modo a acolher os casos mais graves.

Além disso, outros dos serviços criados são: 1) Atendimento em ambulatório composto por equipe multidisciplinar; 2) Oficinas Terapêuticas; 3) Agentes e equipes de saúde; 4) Hospital-dia – serviço de internação parcial, em que há atividades de inserção social; e 5) Centros de Convivência (RUSCZYK, 2004). Com o surgimento destes serviços, houve uma diminuição considerável no número de leitos nos hospitais psiquiátricos e o conseqüente fechamento de algumas instituições ou a reformulação de suas atividades. Todos esses serviços mencionados devem estar inseridos na lógica de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o SUS está pautado por uma série de princípios, os quais ainda sofrem um processo de operacionalização na prática da assistência à saúde. Entre esses princípios, estão: a universalidade de acesso; a integralidade, a participação da comunidade; e a descentralização político-administrativa, segundo a Lei 8.080, Capítulo II (LACERDA, 2001). Dessa forma, o SUS prevê o acesso de toda a população aos serviços de saúde e um processo de municipalização da gestão, isto é, a administração da saúde passa a ficar a cargo dos municípios e não apenas dos estados ou da federação. Foram criados os Conselhos de Saúde, órgãos de caráter deliberativo que contam com membros do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Os Conselhos visam promover uma maior participação da comunidade nas decisões sobre saúde, bem como aumentar o “controle social” acerca das políticas do governo.

Uma das bases das políticas do SUS é o Programa Saúde da Família (PSF), que teve início em 1994 e volta a atenção ao âmbito local fazendo com que os profissionais de saúde conheçam a realidade das famílias e da comunidade em que estão atuando. O programa visa o estabelecimento de um maior vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, já que os primeiros são responsáveis por um número determinado de famílias em uma região específica. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, e reabilitação de doenças, dentro de uma lógica que retira do hospital o estatuto de espaço

primeiro do atendimento em saúde.

Esses novos parâmetros para a saúde em geral, e para a Saúde Mental em específico, ainda estão em processo de operacionalização, sendo que novas medidas governamentais e estratégias estão sendo desenvolvidas em diversos âmbitos. Um exemplo disso decorre da verificação da necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores de saúde, os quais devem estar familiarizados com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (como a integralidade, a equidade, e a participação) e da Reforma Psiquiátrica (a multidisciplinaridade, a desinstitucionalização e o rompimento com a lógica excludente) para melhor integrarem as novas concepções e práticas de assistência em saúde. Nesse sentido, veremos algumas das diretrizes que orientam algumas das políticas que modificam o perfil dos egressos dos cursos de formação na área da saúde.

### **3.1 A formação de profissionais para um novo modelo de atenção**

Desde a formulação das Leis Orgânicas da Saúde, há uma preocupação com a formação de recursos humanos em concordância com os princípios de funcionamento deste novo modelo de assistência à saúde. Já nesta direção, a Lei 8.080 prevê a constituição de comissões permanentes para a integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Tais comissões devem “propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde” (Capítulo III). Nesse sentido, foram sendo elaboradas algumas diretrizes curriculares para os vários cursos de graduação em saúde, de modo a formar egressos com novas habilidades como o trabalho em equipe, a tomada de decisões e a educação permanente.

Desde o ano de 2003 o governo brasileiro tem lançado programas de incentivo ao redirecionamento da formação de graduação no país. Em 2005 é lançado o Programa Pró-Saúde, que tem como foco uma maior aproximação entre os cursos da área da saúde e a prestação de serviços, promovendo uma maior integração entre a pesquisa acadêmica, o ensino e a prática dentro do modelo do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica – o qual privilegia a atenção básica e não o atendimento centrado na sintomatologia da doença e no hospital.

Um dos princípios que orienta essas mudanças de diretrizes é o de “integralidade”. Esse termo é polissêmico e possui uma abrangência ampla, tendo como possíveis entendimentos a atenção voltada ao paciente como um todo, indo contra a fragmentação no atendimento em saúde que, a partir das especialidades médicas faz com que o médico ou outro profissional apenas se voltem a determinado órgão do corpo do paciente, sem ter uma concepção do contexto mais geral da doença e do sujeito que é atendido. Portanto, a idéia de integralidade envolve um olhar que vai além do simples diagnóstico, pressupondo um profissional com outras habilidades. A integralidade também diz respeito a uma concepção mais ampla e democrática de saúde, passando pela autonomia dos sujeitos envolvidos.

### **3.2 O trabalho em equipe e as Residências Multiprofissionais**

Segundo Bonet (2005), em meio às discussões no campo da saúde direcionadas ao novo modelo de assistência, “começou a ganhar força a idéia de que, para responder à realidade complexa com a qual os profissionais de saúde lidam é necessário o trabalho em equipe.” (idem, p. 118). Desse modo, uma das questões mais debatidas no âmbito da formação de profissionais de saúde para o SUS é a interdisciplinaridade e a integração entre

teoria e prática, isto é, entre as instituições de ensino e os serviços de saúde:

“O trabalho em equipe no setor saúde foi proposto como forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e a desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde” (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

É com essa orientação que foram criadas as Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva, as quais foram regulamentadas pela Lei 11.129, de 2005, quando também foram definidas as diretrizes e estratégias da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Estas Residências têm recebido apoio de secretarias estaduais, municipais e do Ministério da Saúde e têm por objetivo atender às necessidades do SUS, qualificando profissionais de saúde em nível de pós-graduação, dentro dos princípios norteadores das recentes políticas públicas em saúde. Nesse sentido, as Residências Multiprofissionais têm por objetivo promover o trabalho em equipe, através da intervenção interdisciplinar e da ruptura com a fragmentação de saberes, de modo a concorrer para uma maior articulação entre pesquisa acadêmica, ensino e serviços de saúde.

Essas Residências Multiprofissionais se direcionam a graduados nas diferentes disciplinas da área da saúde, menos na Medicina, que possui uma Residência em separado. A proposta de rompimento com a lógica da fragmentação dos saberes na saúde, a partir de um entendimento mais amplo e multifacetado do processo saúde-doença, é a tônica destas modalidades de Residência. Nelas, os residentes passam dois anos entre aulas e seminários, bem como na realização da prática em serviço de saúde. O foco, portanto, é o de formação de recursos humanos dentro das necessidades do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como é o caso das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva. A seguir passo a fazer uma análise mais minuciosa das questões que cercam a implantação dessas Residências, fazendo uma interface com a constituição do campo de saberes na área da saúde mental.

#### **4. A construção de novos saberes em saúde mental**

A formação profissional defendida na formulação das políticas e na proposta das Residências Multiprofissionais, a qual está mais afinada com os princípios do SUS, pressupõe alguns desafios à sua implementação na prática, dado que envolve a modificação de um modelo arraigado de saberes e práticas em saúde dividido em disciplinas nem sempre articuladas e que convivem em um campo de relações desiguais em poder e legitimidade. Além disso, a educação médica se dá em grande medida no âmbito do hospital e com um viés “biologicista”, sendo que as novas políticas brasileiras, tanto no âmbito do SUS quanto da Reforma Psiquiátrica, têm como objetivo não centralizar a atenção (e a própria formação de recursos humanos) no contexto hospitalar, mas nas Unidades Básicas de Saúde, CAPS e equipes do Programa Saúde da Família, os quais atuam em um nível local e na atenção primária.

Podemos, portanto, entender a fragmentação dos saberes no campo da saúde, bem como o processo de construção do conhecimento a partir dos conceitos de “coletivo de pensamento” e “estilo de pensamento” de Ludwik Fleck (FLECK, 1986). Para esse teórico, o conhecimento se origina em três etapas:

“1) el ver confuso y la primera observación inadecuada; 2) el estado de experiencia

irracional, formador de conceptos y transformador del estilo; 3) el ver formativo desarrollado, reproducible y acorde al estilo.” (FLECK, 1986, p. 140).

Assim, a iniciação de um sujeito em determinada área de conhecimento pressupõe uma “suave coerção”, em que o neófito passará a assimilar o estilo de pensamento de tal coletividade, e envolve uma “disposición para un sentir selectivo y para la acción consecuentemente dirigida” (FLECK, 1986, p. 145). Desse modo, a formação de pessoas nas diferentes especialidades que conjugam a área da Saúde Mental (tais como psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional), envolvem um conjunto heterogêneo de coletivos e estilos de pensamento, os quais podem divergir entre si, pois estão baseados em pressupostos distintos e constroem seus objetos de conhecimento de forma diferente.

A partir da abordagem de Fleck, podemos analisar o contexto de implementação das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva. Os residentes que ingressam nesses cursos trazem diferentes estilos de pensamento oriundos de sua formação prévia em um curso de graduação anterior (seja na psicologia, enfermagem, serviço social, etc). Ao cursar a Residência, esses profissionais são estimulados a realizar uma prática em equipe, onde a ênfase é dada na intervenção interdisciplinar que busca romper com as fronteiras disciplinares, tensionando esses saberes.

Ainda no âmbito da construção do saber científico, Pierre Bourdieu é um autor que permite pensar a dinâmica existente entre as diversas especialidades da área da Saúde Mental, já que tematiza as estratégias e disputas que são decorrência do campo e dos subcampos científicos (BOURDIEU, 1994). De acordo com Camargo Jr. (apud MACHADO, 2005), a racionalidade da clínica médica faz com que diferentes valores sejam atribuídos às várias práticas em saúde e, assim, há a tendência de que as especialidades relacionadas mais estreitamente ao diagnóstico sejam consideradas mais nobres do que aquelas envolvidas com a terapêutica. Além disso, Bourdieu nos permite compreender o processo de internalização de uma determinada formação, através do conceito de *habitus*. É em torno de uma noção de sociedade “incorporada” nos indivíduos que Bourdieu define tal conceito. Para Bourdieu (1983), o coletivo está dentro de cada indivíduo sob a forma de disposições duráveis, como as estruturas mentais, assim, o corpo socializado não se opõe à sociedade: ele é uma de suas formas de existência.

Dessa maneira, podemos entender a desigualdade na legitimidade que cada especialidade possui, bem como os diferentes e arraigados *habitus* constituídos dentro de determinado processo de formação, como fatores que dificultam ainda mais o trabalho de integração de profissionais de modo a romper com visão fragmentada do processo saúde-doença e da própria assistência. Segundo Bonet, o “trabalho coletivo está fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas, não-médicas, agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica” (BONET, 2005, p.120). Eliot Freidson (1984), ao realizar um estudo sobre a formação da profissão médica, já apontava para o papel diferenciado que o médico exerce na divisão do trabalho no contexto hospitalar, “exercendo a autoridade que lhe confere o saber, o julgamento e as responsabilidades” (idem, p. 136).

Junta-se a isso o fato de que a educação médica no mundo e também no Brasil foi bastante influenciada pelo modelo oriundo do “Relatório Flexner”, de 1910. Esse Relatório estabelecia parâmetros para o ensino de Medicina com vistas a dotá-la de maior cientificidade e de rigor. Há uma ênfase na educação no hospital e na “pesquisa biológica” como forma de superar o empirismo, além de forte estímulo à especialização médica e ao controle do exercício profissional por corporações (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, há um distanciamento entre a educação de médicos e a realidade social mais ampla que eles enfrentam depois de formados. Essa distância permanece forte ainda hoje, sendo o desafio que iniciativas como a Residência Multiprofissional enfrentam.

Assim, o que podemos observar no âmbito das Residências Multiprofissionais é que prática voltada à interdisciplinariedade desafia esse *habitus* disciplinar incorporado pelos



residentes e, da mesma forma, as disposições trazidas por estes profissionais podem ocasionar limitações à implementação deste novo modelo de atenção à Saúde Mental. Há, portanto, uma tensão entre o *habitus* incorporado e a nova formação em Residência Multiprofissional que busca romper com a lógica da compartimentação de saberes, a qual é base da constituição da racionalidade moderna e científica. É exatamente esta tensão que os residentes vivenciam em sua atividade prática. Para Bonet (2005),

“a principal dificuldade das equipes multiprofissionais de saúde está “nas relações estabelecidas no cotidiano entre os profissionais, a partir das quais se despertam dois fantasmas: o da perda da identidade profissional e o da perda do poder-autonomia” (idem, p. 119).

Assim, vemos que a proposta de que os profissionais tenham uma abordagem integral, ampla e pluridimensional, da saúde individual e coletiva, dentro do ideal de “integralidade” vai de encontro à própria constituição da biomedicina contemporânea em diferentes especialidades, requerendo mudanças mais profundas na própria produção do conhecimento científico.

## 5. Considerações Finais

Procurei realizar aqui uma análise geral da situação das políticas públicas para o setor da saúde, tendo como ênfase a Saúde Mental e a formação de recursos humanos integrados aos princípios dessas políticas. A transmutação de princípios que orientaram as lutas de dois movimentos sociais e, posteriormente, orientam as políticas governamentais estão longe de se operacionalizarem na prática cotidiana de gestores, profissionais de saúde, usuários, estudantes e professores da área da saúde. Há uma construção diária destes valores e pressupostos, tornando-se um movimento em longo prazo.

Além disso, procurei demonstrar que o entendimento e a aplicabilidade de medidas que modificam o perfil dos profissionais de saúde estão estreitamente relacionados com a constituição do campo de saberes científico que dá base às práticas em saúde. O presente trabalho, portanto, aponta para a investigação destes pressupostos, bem como para a importância em se relacionar a produção científica em saúde e as políticas públicas, as quais se atualizam na prática em saúde.

## 6. Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

BONET, Octavio “A equipe de saúde como um sistema cibernético”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

BOURDIEU, Pierre. “O campo científico”. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1994.

\_\_\_\_\_. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. *Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Tese de doutorado, fevereiro de 2002.

FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Universidad, 1986.

FREIDSON, Eliot. *La Profession Médicale*. Paris: Payot, 1984.

GOMES, Rafael da S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. “A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes”. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005.

KOIFMAN, Lilian e SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. “Produção de conhecimento e saúde”. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2005.

LACERDA, Eugênia. *SUS e o controle social: guia de referência para Conselheiros Municipais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MACHADO, Paula Sandrine. “*Quimeras*” da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista brasileira de Ciências Sociais*, vol.20, nº59, outubro de 2005. p.67-80.

RUSSCZYK, Jaqueline. *Saúde Mental em Movimento: construindo novos sentidos*. Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UFRGS. Monografia de conclusão do curso de Ciências Sociais, julho de 2004.

SERRANO, Alan Índio. *O que é psiquiatria alternativa*. São Paulo: Brasiliense, 1983.