



A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil

(The conception of network in the sanitary and psychiatric reforms in Brazil)

(La noción de red en las reformas sanitarias y psiquiátricas de Brasil)

*Gustavo Zambenedetti**

*Rosane Azevedo Neves da Silva***

Resumo

O objetivo deste artigo é problematizar a constituição da noção de rede no campo da saúde mental, tendo em vista os processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira. A partir de uma abordagem genealógica, tomamos os enunciados sobre a rede de atenção em saúde mental – sua presença/ausência, fragmentação, burocratização, hierarquização – como um campo de problematização que permite analisar as forças presentes no processo de produção histórico-social dessa trama discursiva. Nessa trajetória, evidenciamos a que problemas a noção de rede responde em diferentes momentos históricos e identificamos os discursos que a veiculam no âmbito das reformas sanitária e psiquiátrica, analisando até que ponto há continuidades ou discontinuidades nas concepções de rede engendradas nesses discursos.

Palavras-chave: Rede; Saúde mental; SUS; Reforma psiquiátrica; Genealogia.

Abstract

This article aims to problematize the construction of the network concept within the mental health context, considering the sanitary and psychiatric reform processes in Brazil. Starting from a genealogic approach, we understand the enunciations about the mental health care network – its presence/absence, fragmentation, bureaucratization, hierarchization – as a problematization field that allows an analysis of the strengths in the historical-social production

* Texto recebido em agosto/2007 e aprovado para publicação em março/2008.

** Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/UFRGS e bolsista Capes, e-mail: gugazam@terra.com.br

* Doutora em Educação/UFRGS, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional/UFRGS, e-mail: rosane.neves@ufrgs.br



process of that discourse scheme. Thus, the article identifies to what problems the network concept responds in different historical moments, as well as the discourses that convey it in the psychiatric and sanitary reform context, analyzing how far there are continuities or discontinuities in the network concepts engendered in such discourses.

Key words: Network; Mental health; SUS; Psychiatric reform; Genealogy.

Resumen

El objetivo de este artículo es problematizar la constitución de la noción de red en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta los procesos de reforma sanitaria y reforma psiquiátrica brasileña. A partir de un abordaje genealógico, tomamos los enunciados sobre la red de atención de salud mental – su presencia/ausencia, fragmentación, burocratización, jerarquización – como un campo de problematización que permite analizar las fuerzas presentes en el proceso de producción histórico-social de esa trama discursiva. En esta trayectoria, es evidente que la noción de red responde a determinados problemas en diferentes momentos históricos e identificamos los discursos que la transmiten en el ámbito de las reformas sanitaria y psiquiátrica, analizando hasta que punto hay continuidades o discontinuidades en las concepciones de red engendradas en esos discursos.

Palabras-clave: Red; Salud mental; SUS; Reforma psiquiátrica; Genealogía.

O ponto de partida para a discussão sobre a noção de rede de atenção em saúde mental situa-se na interface de dois campos distintos, porém complementares: o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica brasileira. Conforme a lei 8.080, o SUS propõe a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo princípios como universalidade, equidade e integralidade. A reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, vem defendendo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de atenção em saúde mental. Constata-se, portanto, que a noção de rede constitui-se em um importante operador conceitual em ambos os campos.

Isto explica também por que a discussão sobre o tema das redes em saúde tem atravessado o trabalho de uma série de autores no campo da saúde coletiva

e saúde mental. Autores como Cecílio (2004), Campos (1997) e Ceccim e Ferla (2006) vêm problematizando o enrijecimento e a burocratização das redes de atenção em saúde, assim como a fragmentação da atenção prestada. Os autores citados compartilham a idéia de que o princípio de hierarquização – que atravessa a organização das redes de ações e serviços do SUS –, ao mesmo tempo em que possibilitou um planejamento racional do sistema, propiciou a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao mesmo.

No âmbito da saúde mental, dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2007) apontam avanços na implantação dos serviços substitutivos, na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e na reversão do financiamento do modelo assistencial. Apesar disso, à medida que o processo de reforma psiquiátrica busca avançar, novos problemas emergem no campo da atenção em saúde mental. Um desses problemas diz respeito aos efeitos da adequação dos serviços e ações em saúde mental à lógica do SUS. Segundo Campos (2000), o princípio de hierarquização forçou os serviços de saúde mental a incorporarem-se na rede de saúde, caracterizando-se como primários, secundários ou terciários, dificultando, assim, o acesso aos serviços e levando à classificação de “crises e tipos de crises”. A proposta de um mesmo serviço atuar em diferentes níveis – da prevenção e atuação no território até a atenção à crise –, presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é tensionada pela lógica de classificação de serviços adotada pelo SUS, tradicionalmente verticalizada, hierarquizada e compartimentalizada por níveis de complexidade, segundo os quais os serviços se adequariam.

Alves e Guljor (2004) apontam que o princípio de hierarquização, aliado ao mecanismo de referência e contra-referência, propiciou uma “assistência partida”, com destituição de vínculos entre usuários e profissionais. Deu margem ainda à chamada “empurroterapia”, que leva usuários a peregrinarem em busca de assistência. No caso da saúde mental, e mais especificamente em relação aos portadores de sofrimento psíquico grave, os efeitos da destituição de vínculos podem ser ainda maiores, uma vez que a crise ou a exacerbação de sintomas pode implicar o encaminhamento para outro serviço, no qual tanto as pessoas quanto o local são estranhos ao usuário. Esvazia-se, assim, a possibilidade de produção de diferença na situação de crise, podendo dar aos serviços substitutivos o status de complementares – e não realmente substitutivos (Campos, 2000).

Em pesquisa realizada na rede pública de saúde mental em um município do interior do RS (Zambenedetti, 2005), foram encontrados dados que apontam para a insuficiência de serviços de saúde mental (como os CAPS), na proporção preconizada pelo Ministério da Saúde, assim como uma intensa

fragmentação da chamada rede assistencial, resultando em uma série de problemas em relação ao fluxo de pessoas, informações e comunicação entre os serviços existentes. Nesse sentido, apesar da implementação de serviços substitutivos, ainda não podemos dizer que, realmente, os municípios têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental.

Esse é um dos aspectos que apresenta mais fragilidade no contexto da reforma, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito dos usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas. (Dimenstein, 2007, p. 27)

Os problemas colocados pelos autores convocam-nos a pensar sobre o tema das redes de atenção em saúde mental. Porém, ao pensar esse tema, nosso objetivo não é apenas reiterar os problemas e críticas apontados pelos autores já mencionados ou buscar soluções a partir dos problemas apresentados. Neste artigo, nosso objetivo é problematizar a trama discursiva que permeia a constituição da noção de rede no campo da saúde mental, tendo em vista os processos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica brasileira.

Dessa maneira, perguntamos como emerge a discussão sobre uma atenção na/em rede? Como a rede tornou-se um objeto de discussão – seja em função de sua presença, ausência, necessidade, fragmentação, burocratização – no âmbito da saúde e, mais especificamente, da saúde mental? Por que a rede é veiculada como “solução” e ao mesmo tempo como “problema”?

Dessa forma, a veiculação da noção de rede no âmbito do SUS e da Reforma Psiquiátrica, assim como o que emerge hoje como “problemático” em relação a tal noção, serão aqui tomados a partir de certo modo de produção, tendo em vista o campo de forças que constitui o contexto da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária brasileira. Consideramos que o modo como a rede é veiculada na atual política de saúde mental só pode ser analisada a partir desses dois campos, não sendo hoje possível pensar a saúde mental desvinculada da saúde coletiva. Essa perspectiva é reiterada por Onocko-Campos e Furtado (2006), que apontam que o território de investigações na interface entre saúde coletiva e saúde mental permanece praticamente inexplorado, porém potencialmente uma área emergente e de máxima relevância.

Estratégias metodológicas

Para realizar essa investigação, utilizamos as ferramentas conceituais da abordagem genealógica, proposta por Foucault (2002, 2004) e também

desenvolvida por Machado (1979), destacando-se a noção de gênese e de descontinuidade. Pensar a gênese é diferente de pensar o início ou o começo. A gênese diz respeito às condições de possibilidade de emergência de algo, considerando a existência de um campo de forças, de disputa. Já a descontinuidade é um conceito proposto por Foucault (2004) para pensar o modo de constituição da história. Ao invés de considerá-la como uma sucessão de fatos, numa perspectiva cronológica e linear, Foucault considera a história como sendo constituída por descontinuidades, caracterizadas por mudanças e transformações dos saberes e das práticas ali articulados. Essa abordagem permite desnaturalizar a idéia cristalizada de rede presente no SUS e nas políticas de saúde mental. Desnaturalizar implica tomar um conceito em sua forma instituída e demonstrar que ele não existe desde sempre, sendo uma construção discursiva, situada historicamente. Assim, ao tomarmos a noção de rede como fio condutor dessa análise, investigaremos quais os discursos que a veiculam no campo da saúde mental e os sentidos que a ela são designados.

A operacionalização dessa abordagem utilizará como recursos a bibliografia acerca do tema e documentos, como os anais e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A emergência da noção de rede no contexto da reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira

A emergência da rede no processo da reforma sanitária

Na década de 1950 ainda não existia no Brasil uma estrutura sanitária permanente e descentralizada (Brasil, 1992). Segundo Mendes (1995), a saúde pública era caracterizada pelo modelo do “sanitarismo-campanhista”, que teve na polícia sanitária e nas campanhas de saúde seus principais meios de efetivação, dirigindo-se, prioritariamente, ao combate às doenças de massa – pestilenciais (caracterizadas por epidemias de tifo, varíola, febre amarela etc). Esse modelo foi marcado pelo saneamento dos espaços urbanos e de circulação de mercadorias, pelo estilo repressivo das decisões e pela divisão entre saúde pública (direcionada às ações coletivas) e atenção médica (direcionada aos indivíduos-trabalhadores isoladamente) (Merhy & Queiroz, 1993; Mendes, 1995; Merhy, 1997). No entanto, esse modelo torna-se cada vez mais ineficaz na resolução dos problemas de saúde da população brasileira, tendo em vista que propiciava uma baixa cobertura assistencial, direcionada a problemas e estratos populacionais muito específicos. Além disso, por ser uma política centralizadora, não dava conta das diferenças culturais, sociais e econômicas envolvidas no processo de saúde-doença em cada região do país (Brasil, 1992).

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, fica expresso o problema em relação à concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais, deixando grandes contingentes populacionais desassistidos. Como solução, sugere-se a extensão da cobertura assistencial através da criação de uma rede básica de “serviços médico-sanitários”. Essa rede constituiria uma espécie de dispositivo de “reversão do modelo”, passando das campanhas para a estruturação de uma infra-estrutura de saúde, composta por serviços de saúde permanentes, constituídos de maneira descentralizada (tanto geográfica quanto administrativamente). Chama a atenção o fato de os problemas serem considerados “problemas médicos”, sendo que o próprio nome “unidades médico-sanitárias” expressa o caráter médico-higienista relacionado aos problemas de saúde.

Porém, à necessidade de expansão da cobertura assistencial alia-se uma preocupação com a necessidade de contenção de gastos, impondo uma racionalização das propostas emergentes. Como resultado, observamos a proposição de expansão a partir de uma rede básica, entendida como uma atenção mínima e de baixo custo, sendo operada por prioridades.

Já em relação ao campo da “doença mental”, a 3ª CNS aponta a necessidade de constituição de serviços ambulatoriais e praxiterápicos, tendo em vista alguns dados que apontavam que cerca de 22% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no ano de 1962 poderiam ter evitado a internação caso existissem outras modalidades assistenciais não-asilares.¹ Nesse momento ainda não está presente a idéia de que a doença mental possa ser pensada na atenção básica, por exemplo, em decorrência do predomínio do paradigma da doença e da separação das doenças mentais em relação às demais.

Em várias passagens dessa Conferência menciona-se a palavra “rede” – rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica – , designando meramente um conjunto de serviços com características comuns. A idéia de rede está fortemente vinculada à melhor distribuição dos serviços de saúde, à constituição e ramificação desses serviços pelo território nacional. Nessa perspectiva, a rede é tomada como uma espécie de “matriz técnica” (Musso, 2004), um meio de organização do espaço-tempo, de melhor dispor os recursos sobre o espaço territorial.

Apesar das discussões levantadas nessa conferência, a política de saúde acabou tomando outros rumos. Em 1964, tem início a ditadura militar brasileira cuja política de saúde acaba priorizando a expansão da assistência com a compra

¹ É necessário apontar que nesse período, na Europa, vive-se um momento de contestação das instituições asilares, sendo expressivas a emergência da antipsiquiatria inglesa, a experiência da psicoterapia institucional e das comunidades terapêuticas.

de leitos em hospitais privados, contrariando as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde.² A partir desse período, Mendes (1995) considera que se tornou hegemônico o chamado “modelo médico assistencial privatista”, que tem entre algumas de suas características: a cobertura da assistência previdenciária; privilégio da prática curativa, médica, individual, especializada e assistencialista; o padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde e a criação de um complexo médico-industrial. Passou a ocorrer uma ampliação da clientela assistida, mas no âmbito da previdência social, configurando uma “universalização excludente”, o que evidenciava o caráter discriminatório da política pública. Dentre os efeitos dessa política, podemos citar a produção de uma “indústria da loucura”, na qual a doença mental é transformada em objeto de lucro, a precarização dos serviços públicos de assistência, a proliferação de hospitais psiquiátricos regionais, a cronificação da clientela internada, entre outros (Amarante, 1995; Resende, 2001).

Com base nas limitações observadas em relação a esse modelo dominante de assistência e à crise gerada no setor saúde, começam a surgir, na década de 1970, propostas de reorganização da assistência em saúde, a partir de um projeto de reforma sanitária. Alguns autores apontam o desenvolvimento de projetos com um sentido contrahegemônico em relação ao modelo neoliberal que na década de 1980 culminarão com a aprovação de leis, como a que instituiu o SUS (Merhy & Queiroz, 1993; Campos, 1997).

Em meados da década de 1970, novas experiências surgem atendendo o ideal de expandir a cobertura com baixo custo. Essas intenções são evidenciadas na 5ª e na 6ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1975 e 1977. Na 5ª CNS emerge como problema a heterogeneidade das ações produzidas nos serviços de saúde, problemas nos fluxos de informação e pessoas entre serviços, pluralidade de órgãos atuantes no setor saúde, duplicidade de serviços, descoordenação entre os níveis Federal, Estadual e Municipal, indefinição de políticas e diretrizes para os serviços, competição e rivalidade entre instituições de saúde. Tendo em vista esses problemas, aparecem tanto na 5ª quanto na 6ª CNS discussões sobre princípios de organização de sistema, como: descentralização, hierarquização, regionalização, níveis crescentes de complexidade. Uma das maiores novidades é a própria idéia de “sistema”, que englobe e regule todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Nesse sentido, em 1975 é sancionada a lei 6.229 que organiza o Sistema Nacional de

² Cabe apontar que em função da divergência entre as propostas da 3ª CNS e as propostas defendidas pelo governo militar, o relatório da Conferência não foi publicado logo após sua realização. Sua publicação oficial ocorreu apenas em 1992, na ocasião da realização da 10ª CNS, que retomou temas debatidos na 3ª CNS.

Saúde (SNS) e estabelece seus princípios de organização e funcionamento, colocados em discussão na 5ª CNS (Brasil, 1975).

Na 6ª Conferência Nacional de Saúde discute-se a necessidade de expansão da assistência através da constituição de serviços de atenção básica, centrados na prevenção de doenças e promoção da saúde. Com relação à organização do sistema de saúde, à medida que a assistência é expandida com o estabelecimento de novos serviços, observa-se também uma preocupação quanto aos modos de articulação entre os órgãos que executam ações de saúde. É nesse contexto que se evidencia a rede não apenas como um mero conjunto de serviços de características semelhantes e bem distribuídos espacialmente, mas como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. A rede confunde-se com a própria idéia de “sistema” ou de “estrutura” e expressa tanto o caráter de “fazer circular” quanto o de “controlar” a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de *ter* uma rede, mas de funcionar *em* rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, delinea-se de forma ainda mais evidente a idéia de uma rede de saúde, orientada com base em noções de hierarquização e regionalização e expressa na figura da pirâmide. Influenciada pelas recomendações da Conferência Internacional de Alma-Ata (organizada pela ONU em 1978), a 7ª CNS teve como eixo de discussão único e central a “extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (Brasil, 1980). Influenciada também pelo contexto de redemocratização política, aparece uma forte crítica à medicina de alto custo e à desigualdade na oferta e na qualidade da assistência pública. Nesse sentido, Macedo (1980) proferiu uma conferência durante a 7ª CNS onde faz uma importante discussão sobre a “indústria da doença”, colocando que, aos produtores de insumos privados, o que interessa é a doença e não a saúde, pois a doença é lucrativa. Ele coloca ainda que o setor saúde, ao centrar sua atuação sobre serviços de atenção médico-hospitalar, acaba alimentando e respondendo a demanda dessa indústria, atendendo um pequeno público com grande quantidade de gastos.

As discussões presentes nas CNS evidenciam o modo como aparecem alguns problemas e a que responde a incitação da noção de rede e dos princípios de regionalização e hierarquização a ela articulados. Observamos ainda que, ao mesmo tempo em que a rede emerge como uma possibilidade de democratizar o acesso aos serviços de saúde, uma série de limitações são colocadas a sua operacionalização: restrições financeiras, interesses do capital privado, o discurso psiquiátrico hegemônico.

Os fundamentos dos princípios de hierarquização e regionalização da rede assistencial

Cabe então desenvolvermos sucintamente algumas noções que imprimem determinadas configurações ao que vai sendo chamado rede de saúde, com ênfase na “hierarquização”.

O princípio de hierarquização está fundamentado no fato de que seria possível resolver um conjunto de problemas de saúde, com eficácia, através da produção de diferentes complexidades, com custos “sociais” escalonados por níveis de atenção, indo do mais básico (“menos” complexo e com menor incorporação tecnológica) até o mais específico (“mais” complexo e com maior incorporação tecnológica), como uma pirâmide.

Nesta perspectiva, os problemas de saúde seriam passíveis de um enquadramento segundo o paradigma biologicista e naturalista, no qual a doença começaria gradativamente e iria se tornando complexa, até constituir um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. [...] Isto é, a intervenção ocorreria do momento mais simples, em termos clínico-terapêuticos, para o mais complexo, quando, então, haveria a incorporação de uma grande quantidade de insumos e equipamentos. (Merhy & Queiroz, 1993, p. 182)

O problema saúde-doença é reduzido a uma questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício, sendo o sistema de saúde pensado a partir de formulações que poderiam ser aplicadas a qualquer outro sistema de produção de bens e materiais, com base em princípios fordistas/tayloristas. Metaforicamente, seria como pensar o usuário passando de um ponto a outro da rede assistencial da mesma maneira que um produto passa pela esteira de produção de uma fábrica. Essa disposição assistencial é correlata a uma leitura do processo saúde-doença baseada na concepção de história natural da doença, elaborada por Leavell e Clark na década de 1940 (Merhy & Queiroz, 1993; Merhy, 1997). Essa concepção do processo saúde-doença entende que existiria uma linearidade, com “início, meio e fim”, o que origina a idéia de organizar um sistema de assistência no qual os serviços são dispostos em níveis de atenção conforme centrem sua ação na promoção/prevenção (nível primário), cura e reabilitação (níveis secundário e terciário).

Um dos subprincípios da hierarquização é o da referência e contra-referência: “a hierarquização exige um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações, gerenciais e tecno-científicas, dentro da rede de serviços de saúde, os denominados sistemas de referência e contra-referência” (Mendes, 1995, p. 149). Dentro das formulações assistenciais, espera-se que as unidades de saúde

sejam os primeiros locais acessados, a porta de entrada da rede. Se essas unidades não tiverem os recursos necessários para a resolução do problema, deve-se encaminhar o usuário para a referência, que se constitui em outro serviço considerado de maior complexidade. E assim por diante. Trata-se de estabelecer, portanto, uma circulação controlada, para que os problemas sejam resolvidos com eficácia e ao menor custo possível.

Já o processo de regionalização consiste “na organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de coberturas específicas, geográficas e populacionais, a cada unidade assistencial ou de apoio” (Macedo, 1980, p. 23). Dessa maneira, a rede é impressa sobre um território-espaco, tornando-se predominantemente uma rede topológica, sendo sua conexão determinada pela circulação do usuário pelos serviços.

A idéia de uma rede constituída de forma regionalizada e hierarquizada consolida-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como desdobramento a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS através da lei 8.080/90. Assim, constata-se que existe uma continuidade no modo de conceber a rede assistencial ao longo das Conferências Nacionais de Saúde até a instituição do SUS. O princípio de hierarquização da rede assistencial não é criticado em nenhuma das CNS, aparecendo sempre como uma proposição. O que aparece como novidade na 8ª CNS e no SUS é a proposição do conceito ampliado de saúde e do princípio de universalização do acesso e integralidade da assistência. Esse processo de reorganização da assistência à saúde, que tem no SUS uma de suas expressões, ficou conhecido como reforma sanitária, sendo que a ele articulou-se outro processo, o de reforma psiquiátrica brasileira – sobre o qual vamos desenvolver a seguir algumas considerações.

Reforma psiquiátrica, modelo preventivista e rede complementar

Amarante (1995) situa a emergência do processo de reforma psiquiátrica brasileira no final da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse período foi marcado por uma série de denúncias contra a chamada “indústria da loucura”, as violências asilares, as péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas. As reivindicações do MTSM são incorporadas ao movimento sanitário: a luta de ambos é comum. As políticas de saúde mental desse período (do início até meados da década de 1980) acoplam-se ao projeto de reforma sanitária e são constituídos dentro dos planos CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e das AIS (Ações Integradas em Saúde), conquistas do movimento sanitário. Segundo Campos (2000), no âmbito da saúde mental, esses planos enfatizaram a necessidade de constituição de uma

rede extra-hospitalar, também chamada rede complementar ao hospital psiquiátrico, composta por serviços intermediários (anteriores à internação), dispostos de maneira hierarquizada e regionalizada, seguindo princípios advindos do movimento de reforma sanitária. Ocorre um incentivo ainda para a multiprofissionalidade, sendo que autores como Dimenstein (1998) situam esse contexto como um dos pontos de entrada da psicologia na saúde pública. Essa rede complementar acabou sendo traduzida na implantação de ambulatórios, sendo que em alguns estados como São Paulo (Campos, 2000) e Rio Grande do Sul (Fagundes, 1992) procedeu-se também à implantação de equipes de saúde mental na atenção básica, seguindo o referencial da psiquiatria preventiva norte-americana.

Apesar de politicamente o movimento de desinstitucionalização italiana já estar sendo difundido no Brasil, os planos de saúde mental veiculados no plano CONASP e nas AIS ainda são bastante influenciados pelo modelo da psiquiatria preventiva (Campos, 2000). Segundo Birman e Costa (1994), esse modelo funda-se na noção de “história natural da doença”, o qual prevê que o processo saúde-doença tem início-meio-fim, justificando serviços dispostos racionalmente e hierarquicamente em diferentes níveis (primário, secundário, terciário), adequados a cada uma dessas “etapas” do processo saúde-doença. Com a psiquiatria preventiva a doença mental passa a ter também uma “história natural” que justifica um sistema assistencial em saúde mental disposto em diferentes níveis, conformando uma rede de serviços (estrutura) e funcionando em rede (dinâmica). Esse modelo pressupunha que o incremento de serviços extra-hospitalares funcionando em uma lógica preventiva seria suficiente para reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos. Esse modelo, no entanto, não nega a necessidade do hospital psiquiátrico e do saber que o legitima.

Porém, na prática, as estratégias da reforma psiquiátrica sob o modelo preventivista logo demonstraram suas fragilidades e a incapacidade de efetivarem um processo de desospitalização. Os ambulatórios implantados, entendidos como “intermediários” entre a atenção básica e a internação, funcionando em uma lógica sintomatológica e biomédica, constituíram-se em trampolins para a internação a cada episódio de crise ou intensificação dos sintomas.³ As equipes de saúde mental na atenção básica acabaram selecionando uma clientela distinta

³ Birman & Costa (1994) apontam inconsistências no modelo teórico da psiquiatria preventiva, pois não é possível determinar os fatores causais das doenças mentais a fim de preveni-las tal qual é feito com as doenças de maneira geral. O modelo de história natural da doença não condiz com a evolução das doenças mentais, pois estas não seguem um desenvolvimento linear e seqüencial. Vasconcelos (1998) aponta outros fatores que também influenciaram a baixa eficácia do modelo: os baixos salários pagos aos servidores públicos, a transposição do modelo de prática clínica privada para os serviços públicos etc.

daquela que tinha como destino a internação, atendendo a uma nova demanda a partir da oferta de atividades como grupo de pais, gestantes etc. Passaram a ocupar-se do público “neurótico”. Ou ainda, nos casos em que conseguiram ocupar-se do público psicótico, observou-se que

as unidades sanitárias que deveriam ser a porta de entrada do sistema de saúde passam a ser a saída: começam a atender egressos de instituições psiquiátricas numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa do hospital e de reinternações a cada surto psicótico, fechando um circuito gerador/reprodutor de aniquilamento psico-social. (Fagundes, 1992, p. 59)

Dentro desse sistema de assistência houve ainda a interpretação da saúde mental como o oposto da doença mental (identificada com a esquizofrenia, psicose), dicotomia que impossibilitava vislumbrar a promoção da saúde mental no “doente mental”. É emblemático um texto que consta nos anexos dos Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, no qual – ao discutir a inserção da saúde mental nos três níveis assistenciais – o autor faz o seguinte apontamento em relação à prevenção das psicoses afetivas no nível primário de assistência: “Difícil. O aconselhamento, nesses pacientes, para a não procriação seria desejável [...] Tratamento: puramente sintomatológico, com psicofármacos e eletroconvulsoterapia.” (Chuc, 1980, p. 183)

Em relação às psicoses esquizofrênicas, a sugestão é semelhante: a prevenção é “difícil. À equipe de saúde mental cabe conscientizar a comunidade sobre o caráter heredofamiliar dessa doença. A única medida profilática seria a não procriação dos enfermos esquizofrênicos.” (Chuc, 1980, p. 183)

Fica claro com essa passagem que a expansão da cobertura assistencial e a assistência em saúde mental pensada em uma rede hierarquizada de serviços não produziram uma mudança na maneira de pensar e conceber a doença mental. Fica evidente ainda que a fragmentação da psicose e esquizofrenia em diferentes níveis assistenciais relegou ao nível primário medidas eugênicas, enquanto abriu um vasto campo de atuação para a chamada “clientela neurótica”, fato também apontado em outros trabalhos (Birman & Costa, 1994).

Descontinuidade na reforma psiquiátrica brasileira: o referencial da psiquiatria democrática italiana e a rede substitutiva

A partir da segunda metade da década de 1980, observamos uma descontinuidade teórica e epistemológica no plano da reforma psiquiátrica brasileira, desdobrando-se em novas proposições assistenciais. Segundo

Amarante (1995, 1996), em 1987, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental passou a agregar outros movimentos sociais, constituindo-se como movimento da luta antimanicomial. Esse posicionamento é fortemente influenciado pelo referencial do movimento de psiquiatria democrático italiano, o qual pressupõe uma série de rupturas em relação ao discurso médico-psiquiátrico vigente e que atravessa modelos teóricos como o da psiquiatria preventiva. Uma das principais críticas desse referencial à psiquiatria preventiva é de que nela o saber médico-psiquiátrico não é colocado em questão. As rupturas que o referencial italiano propõe em relação ao modelo da psiquiatria preventiva acabam por constituir: um novo paradigma de atenção, que deixa de ser o problema-solução/médico-biologicista e passa a ser baseado no paradigma da complexidade/bio-psico-social; um novo objeto, que deixa de ser a “doença mental” e passa a ser o sujeito em sofrimento em relação ao corpo social; e um novo objetivo, que passa a ser a cura entendida como a eliminação de sintomas nos processos de produção de vida, de sociabilidade e de sentido. A saúde deixa de ser entendida como ausência de doença, podendo ser produzida mesmo no sujeito que tem uma existência atravessada pela psicose. Pois se entende que, além de psicótico, este sujeito é muitas outras coisas (o “doente mental” também pode ser sadio).

A descontinuidade apontada desdobra-se no plano das propostas assistenciais, passando-se a defender a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por uma “rede de atenção em saúde mental”, ou “rede substitutiva”. Na proposta italiana, um desses dispositivos é o Centro de Saúde Mental, que se caracteriza por serviços dispostos de forma territorializada, para atender um número delimitado de habitantes (responsabilização), em qualquer situação relacionada a sofrimento psíquico, 24h, 7 dias da semana (Rotelli, 1994). Mas essa rede deveria articular ainda possibilidades de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer, cultura. Pois, se na psiquiatria preventiva a rede responde à fragmentação da *doença mental* em diferentes momentos – aos quais correspondem diferentes serviços assistenciais dispostos em níveis hierárquicos –, na psiquiatria democrática a rede responde à complexificação do *sujeito*, envolvendo articulações não apenas intrasetoriais, mas também intersetoriais. Reside aqui um ponto fundamental de nossa compreensão: a organização dos serviços e ações está em consonância com a sensibilidade em relação à concepção de sujeito. Se temos uma “doença mental” para ser atendida, o sistema assistencial fará jus a essa sensibilidade e será disposto para atendê-la enquanto tal. Mas se temos uma compreensão de que a doença mental é apenas um dos atravessamentos da vida do sujeito, teremos que pensar em outras disposições assistenciais que propiciem outras possibilidades de articulação. Poderíamos

falar então em uma rede com caráter rizomático (Deleuze & Guattari, 1995), instituinte, conectiva, passível de ser expandida e reconfigurada. Também podemos tomar a rede de serviços como dispositivo da rede de relações, de sociabilidade e de subjetividade, aspectos que dão visibilidade a um novo platô de rede (não restrito ao viés topológico, mas sim relacional, afetivo, intensivo). A própria noção de “complexidade tecnológica” dos níveis do sistema é colocada em xeque, pois, sem dúvida, é mais complexo lidar com a psicose em meios abertos (como na atenção básica ou serviços secundários) do que em meios fechados.

Nesse sentido, a partir do final da década de 1980, começamos a assistir, no Brasil, a uma diversificação das propostas de serviços e ações em saúde mental, com vistas à constituição do que será chamado “rede de atenção em saúde mental”. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992 definiu que a atenção integral requer “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de variadas dimensões da vida do indivíduo. Em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção: educativo, assistencial e reabilitação.” (Brasil, 1994, p. 7) A lei estadual 9.716/1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, aponta alguns desses dispositivos: ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Porém, alguns paradoxos vão sendo delineados. Apesar da criação dessas várias opções de serviços e ações estarem em consonância com a vertente desinstitucionalizante, os mesmos passarão a ser organizativamente adequados à lógica do sistema de saúde que, como vimos, tem outros pressupostos de organização, pautados por um viés biomédico e racionalizador, os quais dão suporte a princípios como o de hierarquização. Poderíamos então voltar ao início do texto e entender a crítica que emerge hoje no contexto da saúde mental em relação a esse princípio. Ou ainda entender por que na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987, a hierarquização é defendida pela reforma psiquiátrica ao lado de outros princípios da reforma sanitária, enquanto na 3ª CNSM, realizada em 2001, levanta-se a necessidade de colocar em discussão os efeitos desse princípio. Apesar do avanço na criação de novas modalidades assistenciais, a preocupação com a criação de novos modos de articulação entre eles e com os demais dispositivos sociais e de saúde é bastante recente, predominando ainda na prática assistencial a lógica burocrático-administrativa da referência e contra-

referência. A descontinuidade estabelecida no plano da reforma psiquiátrica não é acompanhada de semelhante descontinuidade em relação à disposição organizacional do SUS.

Há ainda outros pontos de debate. Apesar das diversas opções de composição de rede, observa-se que nos anos 2000, consolida-se uma política de serviços destinados a categorias específicas de transtornos mentais: os CAPS I, II e III⁴ para portadores de sofrimento psíquico grave (como esquizofrenias e neuroses graves); os CAPSi, para infância e adolescência com transtornos severos e persistentes (como o autismo); os CAPSad para alcoolistas e drogaditos (Brasil, 2004). Dessa forma, diferentemente da proposta italiana (um serviço por região para atender “todos” os casos da saúde mental, 24h, 7 dias da semana), acabou havendo uma compartimentalização do campo da saúde mental, constituindo serviços conforme o agravo.

Cria-se, assim, uma situação paradoxal, pois apesar da afirmação de que os serviços destinam-se a sujeitos em sofrimento psíquico, o acesso a tais serviços é garantido mediante um diagnóstico, a demarcação de uma especificidade – quando o SUS enfatiza princípios como universalidade e saúde como direito de “qualquer um”. O que esse paradoxo evidencia é o atravessamento neoliberal, o questionamento do limite da intervenção estatal e a adoção de políticas focais (incentivadas pelos organismos internacionais) que adquirem um duplo sentido discriminatório: de um lado, exclui a parcela da população que não se encaixa nesse perfil; de outro, garante o acesso aos serviços mediante uma marca, representada por diagnósticos carregados social e historicamente por estigma e discriminação. Apesar do avanço na democratização do acesso à saúde, a chamada “universalização excludente” (Mendes, 1995) atualiza-se através de uma nova estratégia. Em municípios como Porto Alegre/RS discute-se ainda os efeitos da transformação de serviços já existentes (como ambulatórios e equipes de saúde mental) em CAPS – apontando não tanto para uma expansão da rede, mas para sua mera reconfiguração. Se, por um lado, resolveu-se um problema, criou-se outro, implicando na migração de uma parcela de usuários com sofrimento psíquico leve para serviços não vinculados ao SUS. Nesse sentido, concordamos com a afirmação de Delgado (2006) de que, apesar de ser um importante passo, a expansão de CAPS, por si só, não garante o acesso ao tratamento em saúde mental:

⁴ A implantação dos CAPS I, II ou III varia conforme critério de porte populacional do município. Além disso, os CAPS I e II oferecem atendimento diário, de segunda a sexta-feira. Já o CAPS III funciona 24h, 7 dias por semana (Brasil, 2004).

“Não custa insistir: o CAPS é um componente estratégico da rede de atenção psicossocial, mas não existe nem se sustenta sem os demais componentes da rede.” (Delgado, 2006, s.p.)

Dessa maneira, uma rede só se torna efetivamente substitutiva – e não apenas complementar ao hospital psiquiátrico – se os CAPS puderem se articular a uma rede diversificada de serviços e ações com caráter intra e intersetorial, capaz de responder a complexificação do sujeito, tal como proposto pelo movimento de desinstitucionalização.

Considerações finais

Como colocamos no início do texto, nosso objetivo não era simplesmente reiterar as críticas já feitas ou procurar soluções para os problemas debatidos em relação à noção de rede de saúde mental, mas sim problematizar a constituição da rede no campo da saúde, com o intuito de compreender a emergência dos discursos que a caracterizam em diferentes momentos históricos.

Com base em nossa análise constatamos a existência de uma continuidade histórica em relação a constituição da rede no processo de reforma sanitária e uma descontinuidade no processo de reforma psiquiátrica. Na reforma sanitária essa continuidade é caracterizada pela preservação dos princípios de organização da rede ao longo das Conferências Nacionais de Saúde até a instituição do SUS, em 1990. Já na reforma psiquiátrica a descontinuidade é caracterizada pela passagem do modelo preventivista para o modelo desinstitucionalizante, na segunda metade da década de 1980. No primeiro, a rede é considerada complementar ao hospital psiquiátrico, disposta segundo o princípio de hierarquização e regionalização – princípios também presentes na reforma sanitária e no SUS. Já no modelo desinstitucionalizante, a rede tem caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Além disso, os serviços propostos incorporam em suas ações todos os graus de complexidade, dificultando sua adequação aos diferentes níveis hierárquicos que compõem o SUS. Dessa forma, o que atualmente chamamos de rede de saúde mental não é resultado de um único modelo teórico e assistencial, mas sim de um acoplamento de diferentes modelos. Pensamos que a explicitação da co-existência desses diferentes modelos nos ajuda a compreender os problemas hoje debatidos em relação à dificuldade de efetivação de uma rede integrada de ações e serviços de saúde mental no âmbito do SUS, assim como apontam a necessidade de maior debate sobre as implicações desses modelos.

Referências

Alves, D. S. & Guljor, A. P. (2004). O cuidado em saúde mental. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. (pp.221-240). Rio de Janeiro: Hucitec.

Amarante, P. D. C. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Birman, J. & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (pp.41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fundação Municipal de Saúde. (1992). *Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. (1975). *Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (1977). *Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf_nac.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (1980). *Anais. 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7conf_nac1.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (1987). *Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em 29 set. 2006

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf>. Acesso em 29 set. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007). *Saúde mental em dados*, 2 (4). Informativo eletrônico. Disponível em <<http://www.inverso.org.br/blob/182.pdf>> Acesso em 20 jan. 2008.

Brasil. (1990, Sept. 20). 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*. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acessado em 28 out. 2005.

Campos, F. C. B. (2000). *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Campos, G. W. de S. (1997). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. (2. ed.) São Paulo: Hucitec.

Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. (pp.165-184). Rio de Janeiro: Abrasco.

Cecílio, L. C. de O. (2004). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In Brasil. Ministério da Saúde. *VER-SUS Brasil: caderno de textos*. (pp.90-106). Brasília: MS.

Chuc, W. (1980). Anexo I: sobre a saúde mental. In Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. (pp.180-184). Brasília: Ministério da Saúde.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Delgado, P. G. (2006). *CAPS 1000: um marco da consolidação da rede de atenção psicossocial*. Brasília: Coordenação de Saúde Mental.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1): 53-81.

Dimenstein, M. D. B. (2007). Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco / Apresentação. *Revista Vivência*, (32): 25-31.

Fagundes, S. (1992). Saúde mental coletiva: a construção no RS. In Bezerra Jr, B. & Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício*. (pp.57-70). Rio de Janeiro: Relumé Dumará.

Foucault, M. (2002). *História da loucura na idade clássica*. (6. ed.) São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. (28. ed.) Petrópolis: Vozes.

Franco, T. B. & Magalhães Jr., H. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy *et al.* (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (2. ed.) (pp.125-135) São Paulo: Hucitec.

Machado, R. (1979). Por uma genealogia do poder. In R. Machado, R. (Org.). *Microfísica do poder / Michel Foucault*. (pp.VII-XXIII). Rio de Janeiro: Graal.

Mendes, E. V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In E. V. Mendes (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (pp. 19-158). Rio de Janeiro: Hucitec.

Merhy, E. E. (1997). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In E. E. Merhy & R. Onocko (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. (2. ed.) (pp.197-228). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. & Queiroz, M. (1993). Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (2): 177-184.

Macedo, C.G. de. (1980). Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. (pp.19-30). Brasília: Ministério da Saúde.

Musso, P. (2004). A filosofia da rede. In A. Parente (Org.). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. (pp.17-38). Porto Alegre: Sulina.

Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 1053-1062.

Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp.15-74). Petrópolis: Vozes.

Brasil. (2000). Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no RS. In Rio Grande do Sul. *Legislação Federal e Estadual do SUS*. (pp.63-66). Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do RS.

Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (pp. 149-170). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Vasconcelos, E. M. (1998). Mundos paralelos, até quando? os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Revista Mnemosine: Psicologia em Histórias* (0). Disponível em <www.uerj.br/cliopsyche/revistamnemosine>. Acesso em 2 ago. 2005.

Zambenedetti, G. (2005). *O processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria-RS*. Monografia de graduação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS. Disponível em <<http://www.bvs-psi.org.br>>. Acesso em 30 jul. 2007.