

# Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados

*Social determinants for health (mental): evaluating non-governmental experience from the perspective of actors involved*

Maria Lucia Magalhães Bosi<sup>I</sup>, Anna Karynne da Silva Melo<sup>II</sup>, Liliane Brandão Carvalho<sup>II</sup>,  
Veronica Moraes Ximenes<sup>I</sup>, Maria Gabriela Curubeto Godoy<sup>III</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* A Reforma Psiquiátrica brasileira, um processo ainda em curso, bem como seus desdobramentos, envolvem a construção de novos modos de estar diante do sujeito em adoecimento, estabelecendo, no campo da saúde mental, uma nova forma de compreender os seus determinantes sociais que se refletem na desinstitucionalização e na inclusão social. *Objetivo:* Este estudo multidimensional, no âmbito da desinstitucionalização em saúde mental, objetiva explorar e analisar como nas experiências de um movimento comunitário no Nordeste do Brasil, na perspectiva dos profissionais, evidenciam-se determinantes sociais do processo com o qual interagem. *Método:* O estudo se fundamenta no enfoque qualitativo, adotando como desenho o estudo de caso e como técnicas entrevistas e grupos focais. Na categorização das informações, partiu-se da relação entre as dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica — epistemológica, assistencial, jurídico-política e sociocultural; e distintos determinantes sociais em saúde — condições de vida, ambiente e trabalho, redes comunitárias e apoio, condições econômicas, culturais e ambientais, comportamentos e estilos de vida. *Resultados:* Os achados revelam ênfase no sujeito social; inserção de novos modos de produzir saúde; diálogos com múltiplos atores; construção da autonomia; gestão participativa; formação e profissionalização; reorganização do processo de trabalho; valorização das atividades tecidas no cotidiano, dentre outros elementos em estreita interface com os determinantes de saúde. *Conclusão:* As práticas de cuidado do Movimento implicam desconstrução do modelo tradicional de atenção à saúde mental, potencializando novas formas de cidadania, contribuindo para desinstitucionalização e favorecendo equidade de renda, coesão social e participação política para a promoção e proteção da saúde.

**Palavras-chave:** Determinantes sociais da saúde. Saúde. Desinstitucionalização. Cuidado. Profissionais de saúde. Pesquisa qualitativa.

<sup>I</sup>Universidade Federal do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>II</sup>Universidade de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

**Autor correspondente:** Anna Karynne da Silva Melo. Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências Humanas, Psicologia, Avenida Washington Soares, 132, Edson Queiroz, CEP 60811-341, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: karynnemelo@unifor.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT 033/2008 e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo auxílio mediante Edital PPSUS-2009.

**ABSTRACT:** *Introduction:* The Brazilian Psychiatric Reform, an ongoing process, and its developments involve the construction of new ways of seeing the subject in illness, establishing the mental health field in a new way of understanding the social determinants that reflect in the deinstitutionalization and social inclusion. *Objective:* This study, multidimensional analysis of the relationship between social determinants and deinstitutionalization in mental health focusing on a community movement in Northeast Brazil, whose proposed work is subjective and psychosocial dimensions, aims to explore and analyze how the experiences in course of the Movement highlights the importance of social determinants, the perspective of professionals. *Methods:* The methodological approach outlined in the qualitative approach in the form of case studies, employing techniques such as interviews and focus groups. The categorization of analytical information was built from the relationship established between a model based on the constituent dimensions of the psychiatric reform, covering different planes, namely epistemological, healthcare, legal and socio-political, and social determinants of health — living conditions, and work environment, community networks and support, economic, cultural and environmental behaviors and lifestyles. *Results:* The results show emphasis on the social subject, making the processing and knowledge of professionals, adding new ways to produce health; dialogue with multiple stakeholders, building autonomy, participative management, concern for professionalization; reorganizing the work process; appreciation of the everyday activities that weave and; invention of a new social site, among other elements in close interface with the determinants of health. *Conclusion:* These elements indicate that care practices woven into the daily life of the Movement involve the disassembling the traditional model of mental health care, stimulating new forms of citizenship, thus contributing to the institutionalization and promoting equality of income, social cohesion and participation policy for the promotion and protection of health.

*Keywords:* Social determinants of health. Health. Desinstitutionalization. Care. Health professionals. Qualitative research.

## INTRODUÇÃO

Este estudo se originou na pesquisa “Práticas inovadoras e desinstitucionalização: analisando um movimento comunitário em saúde mental no Nordeste do Brasil”, que abrange uma análise multidimensional dos aspectos relacionados aos determinantes sociais em saúde mental focalizando um movimento comunitário — o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ ou Movimento).

O MSMCBJ realiza suas ações predominantemente na região do Grande Bom Jardim, periferia de Fortaleza, uma área caracterizada pela marginalização, pobreza e precarização das condições de vida e trabalho<sup>1</sup>. Tem como proposta enfrentar o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas e psicossociais, valorizando as pessoas que chegam em situação de sofrimento, oferecendo-lhes diferentes modalidades de cuidado com vistas à desinstitucionalização. Suas atividades são organizadas em cinco eixos: terapêutico; educativo; arte, música, espetáculo e cultura; profissionalização; e formação. Neste estudo, focalizamos o segmento responsável pelas atividades do eixo terapêutico: terapia comunitária, massoterapia, autoestima e biodança.

Entendemos que o processo em curso da Reforma Psiquiátrica brasileira e seus avanços implicam a construção de novos modos de estar diante da pessoa em adoecimento, instituindo no

campo da saúde mental uma nova compreensão dos seus determinantes sociais que se refletem na desinstitucionalização e na inclusão social que se materializam em uma rede de cuidados centrada no território<sup>2,3</sup>. Tal avanço demanda, assim, a realização de estudos que abordem experiências consideradas efetivas na construção de redes psicossociais e dessa nova relação em saúde mental.

A presente proposta se insere nesse escopo investigativo e se justifica com base na visibilidade nacional e internacional do Movimento focalizado, haja vista, dentre outros indícios, que o mesmo vem operacionalizando um modelo diferenciado, com desfechos importantes em várias esferas da vida de quem nele participa, no sentido de promover melhorias na existência dessas pessoas, propiciando seu fortalecimento, com vistas à busca por mudanças nos planos pessoal e social<sup>1</sup>.

Até recentemente, essa experiência não se encontrava sistematizada, tampouco avaliada com base em pressupostos e procedimentos pautados pelo rigor científico, o que constituía uma lacuna na literatura. Estudos avaliativos que viemos desenvolvendo nos últimos anos tematizam o movimento em seu marco teórico, bem como a partir da ótica dos distintos atores envolvidos<sup>1</sup>. É nesse escopo que se insere este estudo, buscando apontar interfaces entre práticas e conceitos, notadamente o referencial dos determinantes sociais.

Como marco conceitual, tomamos como pressuposto que os determinantes sociais correspondem a situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>4</sup>. No estágio atual dos estudos sobre determinantes sociais, é significativa a discussão da relação existente entre a forma de organização e desenvolvimento de uma sociedade e sua condição de saúde a partir de temáticas como as iniquidades em saúde ou as desigualdades sistemáticas e relevantes nesse campo<sup>4</sup>, aspectos que, conforme veremos, transversalizam este estudo.

A justificativa desta análise da experiência do Movimento numa perspectiva multidimensional, privilegiando aqui a visão dos profissionais, ainda que entendida como parte do estudo mais amplo, visa contribuir com novas reflexões para o campo da saúde mental na direção de novos modelos que possam subsidiar a reforma em curso, de modo a promover a justiça social, a cidadania e, em termos mais específicos, a garantia do direito à saúde.

Diante do exposto, nosso propósito neste estudo foi explorar e analisar como, nas experiências em curso no Movimento, evidencia-se a importância dos determinantes sociais, na perspectiva dos profissionais atuantes nesse dispositivo.

## **DETERMINANTES SOCIAIS E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA COMPREENSÃO DE SEUS DESDOBRAMENTOS NUMA PERSPECTIVA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

O movimento em curso da Reforma Psiquiátrica vem contribuindo para a implementação de uma nova política pública de assistência de saúde mental, pautada pela ideia de desinstitucionalização, que pode ser compreendida como desospitalização — prevenção das internações nos hospitais psiquiátricos; desassistência, ausência de assistência; e desconstrução, ruptura com o paradigma da loucura e com o saber médico que reduz o sujeito à doença<sup>5</sup>.

Delimitamos a perspectiva de desinstitucionalização como desconstrução, tal como proposto por Amarante<sup>2,3</sup>, exigindo não somente um novo lugar para a loucura e o desmonte dos “aparatos científicos, legislativos e administrativos”<sup>6</sup> próprios do paradigma psiquiátrico tradicional, mas também uma nova relação com a alteridade.

Diante de tais proposições, optamos por operacionalizar um modelo analítico estruturado nas dimensões da Reforma Psiquiátrica, assinaladas por Amarante<sup>7</sup> considerando tal modelo oportuno tanto para o campo da Reforma Psiquiátrica, como, sobretudo, para pensarmos outras perspectivas de cuidado à saúde mental. Tendo em vista o foco deste texto, definimos a seguir cada uma das esferas: teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural; procurando, nesse exercício, evidenciar suas relações com os determinantes sociais de saúde.

A dimensão epistemológica ou teórico-conceitual diz respeito à revisão dos conceitos que embasam o saber/fazer de cada perspectiva, bem como à produção de outras formas de conhecimento. A assistencial refere-se à questão do modelo de atenção e cuidado, abordando dispositivos, equipamentos e ferramentas técnicas propostos para responder às demandas no campo da saúde mental. A jurídico-política traz à tona discussões relativas à cidadania e aos direitos civis, sociais e humanos, assim como à criação de legislações próprias a esse campo. Por fim, a sociocultural vincula-se ao lugar reservado às pessoas em sofrimento psíquico, o que inclui considerar estigmas e preconceitos da mesma forma que estratégias e intervenções que possibilitem uma nova forma de relação com a loucura, ou seja, novos lugares<sup>7</sup>.

Por seu turno, os determinantes sociais são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais relacionados aos problemas de saúde e os fatores de risco aos quais se expõe uma população. O debate sobre os determinantes não é recente, já na década de 1970, na Conferência Alma-Ata e nas atividades referentes ao ‘Saúde para todos nos anos 2000’, cujo referido tema era novamente colocado em evidência, recuperando uma discussão que a antecedia. Com a intensificação dos debates sobre os determinantes sociais, em 2005 é criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a partir da recomendação da Organização Mundial de Saúde, formando-se, portanto, uma via de resgate desse debate, atualizando-o. A CNDSS está pautada, principalmente, pela Constituição Federal de 1986, a chamada “Carta-Cidadã”, na qual a saúde é reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que busquem a redução do risco de doenças e de outros agravos<sup>4,8</sup>.

No percurso assinalado, consideramos a existência de três gerações de discussão sobre os determinantes sociais, a saber: a que descreve a relação entre pobreza e saúde; a que descreve os gradientes de saúde a partir dos critérios de estratificação socioeconômica e a denominada como geração atual, que investiga os mecanismos de produção das iniquidades<sup>4</sup>. Essa última perspectiva aponta os países com menor investimento em capital humano e redes de apoio social como aqueles marcados por maiores iniquidades sociais<sup>9</sup>.

## MÉTODO

Dada a natureza do objeto, o percurso metodológico se voltou para a produção subjetiva dos sujeitos implicados, o que levou à adoção da abordagem qualitativa, referencial que, nos últimos

anos, tem sido bastante difundido na saúde coletiva, tendo em vista seus aportes à compreensão dos fenômenos. O debate entre os enfoques qualitativo e quantitativo tem caminhado para uma compreensão de complementaridade, sem que com isso se perca o delineamento ontológico de cada tradição (e suas vertentes) e a adequação da relação método-objeto<sup>10</sup>.

Ante a diversidade de desenhos metodológicos de investigação social qualitativa, optamos aqui pelo estudo de caso, desenho que oportuniza a construção de conhecimentos abrangentes e aprofundamentos a partir da singularidade de um caso<sup>11</sup>.

Assim, mediante um desenho compreensivo e descritivo, intencionamos, conforme antes aludido e tomando como material o discurso de profissionais em um movimento comunitário comprometido com a desinstitucionalização, evidenciar e compreender como os determinantes sociais se expressam, constituindo estudo de *caso*, ou seja, experiência singular que interfaceia a Rede de Saúde Mental do município de Fortaleza, mas sem nela se inserir formalmente.

Quanto aos informantes, buscamos os profissionais das práticas nucleares dos diversos eixos terapêuticos, considerando-os atores propiciadores do desvelamento do fenômeno investigado, em uma perspectiva dialógica. A escolha dos mesmos deu-se, portanto, pela sua relevância para a questão da pesquisa, ou seja, o acúmulo subjetivo acerca do objeto e sua relação com o marco teórico subjacente à pesquisa<sup>12</sup>. O tamanho da amostra foi delineado pelo princípio da saturação teórica, segundo o qual “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”<sup>13</sup>.

A amostra foi composta por 24 trabalhadores em saúde mental (considerando-os ‘profissionais’, com ou sem formação em nível superior, com ou sem vínculo formal), uma vez que, na fase exploratória da pesquisa, constatamos que atua no movimento uma equipe bastante distinta daquela que compõe os dispositivos institucionalizados.

Quanto às técnicas de pesquisa, foram utilizadas entrevista individual e grupos focais realizadas por pesquisadores da equipe, na sede do Movimento, a partir de uma pergunta disparadora, desdobrada segundo o princípio da não diretividade, consoante às categorias e temas que se mostravam relevantes ao longo do processo.

Consoante os princípios éticos adotados, seguindo os procedimentos da Resolução 196/CNS, no termo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, os critérios de inserção dos profissionais participantes foram: tempo mínimo de seis meses frequentando o Movimento, de modo a favorecer familiaridade dos participantes com o objeto e procurar garantir um acúmulo que lhes permita discorrerem sobre o mesmo; idade mínima de 18 anos para responsabilizar-se pelos depoimentos; condições psíquicas e físicas de prestar informações; e anuência ao estudo após ciência do termo de consentimento e demais informações sobre a pesquisa.

Quanto à categorização analítica das informações, utilizamos os seguintes procedimentos: após a transcrição pela equipe de pesquisadores, todo material discursivo foi submetido a leituras sucessivas e exaustivas, durante as quais aconteceu o momento de nomeação das categorias de forma livre e despreocupada, de acordo com as temáticas singulares citadas por cada informante. Posteriormente realizamos leituras horizontais das narrativas, com o objetivo de dar conta das recorrências e repetições e assim traçar eixos comuns que levaram à identificação das informações

a partir da relação estabelecida entre um modelo fundado nas dimensões constituintes da Reforma Psiquiátrica, abrangendo distintos planos, a saber: epistemológico, assistencial, jurídico-política e sociocultural<sup>2,3,7</sup>; e os determinantes sociais em saúde<sup>4,8,9</sup>.

## RESULTADOS

### DETERMINANTES SOCIAIS E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: O MOVIMENTO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

A partir do exposto, apresentamos a categorização das informações obtidas junto aos profissionais do movimento analisado, especificando-as segundo cada uma das quatro dimensões constituintes da Reforma<sup>7</sup>, tal como antes detalhadas, em sua relação com os determinantes sociais.

#### DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA E CONDIÇÕES DE VIDA, AMBIENTE E TRABALHO

Nesta primeira dimensão, observamos no movimento da Reforma uma importante reconfiguração do objeto de intervenção, cuja finalidade não é mais a mera remissão dos sintomas, e sim o sujeito social e suas necessidades, englobando transformações em suas condições de vida, ambiente e trabalho. Desse modo, impõe-se outra relação diferente com a saúde, relação essa potencializadora de uma nova compreensão quanto à disponibilidade e ao acesso aos bens e serviços essenciais para a promoção e o cuidado em saúde — entendida como direito.

Nas falas dos profissionais, revela-se uma ênfase tanto na necessidade de construir um ambiente potencializador quanto na capacidade de os sujeitos experimentarem a diversidade. O Movimento é um espaço de acolhida e de crescimento (E1). O diferencial do Movimento em relação aos demais serviços de saúde mental é que, ali, se vê a pessoa como um todo, em suas dimensões bio-psico-socioespirituais (E2). O grande diferencial que se dá no movimento é que não foi implantado. Ele nasce de uma realidade, de um clamor, de uma resposta para algo que se precisava e de um povo, de história de um povo. Porque a coisa aqui é muito mais a cara de um povo (E3).

Foram reveladas questões como oportunidades e profissionalização das pessoas da comunidade, o que favorece a inserção no mercado de trabalho e uma equidade de renda, e apontados os desafios organizacionais do Movimento a partir da ampliação das atividades. O Movimento oportuniza cada pessoa a experimentar vários papéis, abrindo oportunidade para o voluntariado e as mais diversas formações (Grupo focal). O MSMCBJ não pode ser definido como um trabalho e sim como uma missão, como algo que tem muito a ver com sua própria identidade, com sua existência, dá sentido à sua vida (E3).

Tais perspectivas são reveladas ainda quando se percebe a mudança no atendimento e prestação dos serviços que ocorrem no Movimento, e tem-se a percepção tanto da diferença como dos impactos na vida dos sujeitos atendidos no serviço. A dimensão do acolhimento surge nas falas

como fundamento propositivo das ações do Movimento como um serviço que dá suporte às diferenças. O Movimento não atende ninguém, ele acolhe, e há uma grande diferença entre atender e acolher (E3). A grande estratégia de acolhimento possibilita o cuidado junto aos moradores, marcados por uma pobreza internalizada, onde o desabafar, falar, compartilhar, ia gerando processos de transformação da dor em sabedoria (E4).

Os profissionais relatam, ainda, que querem fazer um trabalho profissional e ao mesmo tempo manter a cara do movimento, que é trabalhar as pessoas, seja externamente ou com as pessoas que trabalham nele, então devido já, por exemplo, às relações de trabalho e não apenas trocas financeiras, econômica, é trabalhar com o cuidar do cuidador e dar espaço para o crescimento das pessoas dentro do Movimento (Grupo focal). Cuidando do Cuidador como uma atividade estruturante dos processos de trabalho no Movimento [...] (E1).

## **DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL E REDES COMUNITÁRIAS E DE APOIO**

Nos depoimentos, esta segunda dimensão é apresentada pelos entrevistados como uma produção dialogada com os múltiplos atores que compõem o Movimento. A comunidade participa ativamente do Movimento, seja dentro de alguma atividade ou simplesmente visitando o local (E2). A relação com a comunidade é de abertura e diálogo, o que se expressa nos modos participativos e de condução das diversas atividades oferecidas, onde a comunidade tem voz ativa (E1).

Os profissionais descrevem a questão da importância da reorganização do processo de trabalho e de construir uma condição de trabalho que não seja estressante e não os exponha à situação de vulnerabilidade, o que podemos entender como outra característica desta dimensão. Ao contratar alguém para trabalhar no Movimento, uma coisa que é sempre dita ao profissional recém-chegado é a necessidade básica de saber se cuidar. Por exemplo, qualquer um pode tirar uma hora de folga e fazer uma massagem com a massoterapeuta do Movimento, que fica lá diariamente à disposição dos usuários, trabalhadores e também das pessoas da comunidade (E3).

Os entrevistados apontam a existência de um nível de coesão social marcado pelo coletivo. É o coletivo que faz o Movimento (E1). A comunidade é importante na construção da saúde mental, há uma preocupação com a formação das pessoas do bairro, abertura de novos espaços de profissionalização, além da dimensão terapêutica do cuidado com a saúde mental. Todas as atividades criadas no Movimento aconteceram a partir da escuta das necessidades da comunidade (Grupo focal).

## **DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA E CONDIÇÕES ECONÔMICAS, CULTURAIS E AMBIENTAIS**

Os profissionais descrevem nesta terceira dimensão suas transformações pessoais e sociais. Atualmente, após meu envolvimento direto no Movimento, formei-me em pedagogia e fiz especialização em terapia familiar. Sinto-me bastante fortalecida em minha trajetória de vida, superando a timidez e sentindo-me mais valorizada e empoderada (E1). O diferencial na saúde é

transformar, fazer com que o povo saiba que ele é o corresponsável pela saúde deles (E3). Hoje, não estou mais no Movimento como profissional, vou fazer outro trabalho lá no Maranhão; eu visto a camisa, estou partilhando, vivenciando e transmitindo aquilo que aprendi aqui (Grupo focal).

## **DIMENSÃO SOCIOCULTURAL, COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA**

A última dimensão, sociocultural é relatada pelos profissionais como a relação entre o individual e o social, entre o estilo de vida de cada indivíduo e o que se assinala como determinantes sociais em saúde.

Quanto a isso, encontramos vários depoimentos como os que seguem: O Movimento oportuniza cada pessoa a experimentar vários papéis, abrindo oportunidade para o voluntariado e as mais diversas formações (Grupo focal). [...] Ao qualificar as pessoas da comunidade para o trabalho, esse profissional teria maiores condições de imprimir em seu cotidiano algumas diferenças, como o conhecimento que tem da própria comunidade, a possibilidade de vínculo que advém do sentimento de pertencimento e uma linguagem mais próxima das pessoas (Grupo Focal).

## **DISCUSSÃO**

O Movimento analisado caracteriza-se como uma organização não governamental comprometida com o processo de transformação pessoal e coletiva, visando ao estímulo da autonomia e do fortalecimento das pessoas e da comunidade, na busca da transformação da realidade local<sup>1</sup>. Nesse sentido e sob a ótica dos profissionais informantes desta pesquisa, podemos afirmar que as práticas de saúde mental tecidas no cotidiano dessa experiência, longe de intencionarem ou restringirem-se a fazer uma apologia ao caso investigado, implicam desconstrução ou rupturas com o modelo tradicional de atenção em saúde mental, contribuindo para uma melhoria na equidade de renda, na coesão social e na participação política com o intuito da promoção e proteção à saúde.

No decorrer deste trabalho de cunho compreensivo, o Movimento apresentou como marca característica a experimentação, no sentido de criação, construção de passagens e produção de novos modos de cuidado a pessoas em situação de sofrimento, privilegiando a compreensão e construção de sujeitos sociais. Revela-se como lócus no qual esses novos modos de produção do cuidado se materializam em práticas menos excludentes e no reconhecimento dos determinantes bio-psico-socioculturais do adoecimento, nos quais a saúde passa a ser considerada um processo biossocial levando a um investimento mais intenso em capital humano e redes de apoio social<sup>9</sup>.

Podemos encontrar essas questões bem demarcadas na relação que estabelecemos entre as dimensões constituintes da Reforma<sup>7</sup> e os determinantes sociais em saúde<sup>4,8</sup>. Dessa forma, entendemos que na primeira dimensão discutida — a epistemológica e condições de vida, ambiente e trabalho — apresenta-se um reconhecimento da necessidade de transformar o saber e o fazer dos profissionais, o que significa a existência de construção de novas bases teóricas e práticas de

condução dos projetos assistenciais e a invenção de novos modos de produzir saúde<sup>14</sup>, bem como a produção de saberes, transformação e diversificação de respostas<sup>15</sup>, o que nos leva a entender que no Movimento há uma prática que conduz à invenção de novos modos de produzir saúde e à diversificação de respostas, considerando o contexto de pobreza e de abandono<sup>16</sup>. Pobreza aqui considerada não apenas de modo unidimensional, no aspecto monetário, e sim multidimensional, que engloba saúde, educação, padrão de vida<sup>17</sup> e produção subjetiva decorrente.

Quanto à outra relação estabelecida — dimensão técnico-assistencial e Redes comunitárias e de apoio, vimos que esta se apresentou como produção de diálogos com múltiplos atores, quais sejam; os profissionais, os usuários e a rede relacional — familiares, vizinhos e pessoas do território<sup>15</sup>. Como desdobramento dessa mudança na produção técnico-assistencial do Movimento, houve a necessidade de reorganização do processo de trabalho e no serviço centrado mais nas necessidades dos profissionais e usuários<sup>18</sup>, bem como numa ação participativa e de responsabilidade de diversos atores<sup>19</sup>, pois a valorização de atividades que tecem a vida cotidiana e a atuação no território fomentam o fortalecimento de redes de apoio e a integralidade do cuidado<sup>5</sup>. O que nos faz entender que esses fatores assinalados pelos profissionais indicam um nível de coesão social<sup>8</sup>. Já na dimensão jurídico-política e condições econômicas, culturais e ambientais, percebemos uma transformação quanto à tomada de responsabilidade; maior cidadania; valor pessoal e poder pessoal<sup>20</sup>; fortalecimento<sup>21</sup>; autonomia e poder contratual<sup>14</sup>; bem como produção de direitos<sup>15</sup> e superação da dependência e do fatalismo por parte dos profissionais<sup>22</sup>.

Na relação entre dimensão sociocultural e o determinante comportamentos e estilos de vida, correspondemos à produção de políticas públicas locais e intersetoriais, bem como por redes e serviços substitutivos e territoriais que visam à superação do modelo asilar. A invenção de um novo lugar social para a experiência do adoecimento é constitutiva dessa dimensão. Desse modo, ressaltamos a importância de o serviço de saúde mental ficar permanentemente atento ao risco de não reproduzir uma prática asilar no seu cotidiano e de que o discurso não se situe apenas no plano discursivo, mas, sobretudo, em projetos de um modo mais humanizado de cuidado que privilegie o voluntariado e a flexibilidade de papéis. Tais aspectos elencados possuem uma estreita relação com o determinante comportamentos e estilos de vida, o qual se situa entre o plano individual e os determinantes sociais em saúde, pois os comportamentos, como se sabe, não resultam do livre-arbítrio, mas, ainda que haja escolha, depende também do acesso às informações, propaganda, pressão de pares, (im)possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e a espaços de lazer<sup>8</sup>.

Problematizar os determinantes sociais e as dimensões da Reforma Psiquiátrica, numa perspectiva da desinstitucionalização como desconstrução<sup>2,3,7</sup>, é pensar na possibilidade da inclusão da população marginalizada e na melhoria das suas condições de saúde. Para isso, é fundamental desenvolver políticas mais abrangentes e eficazes, incluída aí a produção de políticas locais e intersetoriais.

Vários são os aspectos que devem ser considerados: a governança para ação em todos os níveis, em uma perspectiva holística; a participação política da comunidade, aumentando a qualidade e a capacidade de resposta no setor; e o monitoramento, tanto das iniquidades, alimentado por dados provenientes de outros setores. O desenvolvimento das capacidades políticas e técnicas

é outro ponto importante para ser possível a implementação de ações dos diversos setores da sociedade que possam facilitar a prevenção e promoção da saúde<sup>4,8,9</sup>.

A ênfase, portanto, é em um novo ethos, uma nova atitude diante da experiência da pessoa em sofrimento, pautada por responsabilidade, inventividade, respeito, escuta, afetação, diálogo e compromisso ético-político<sup>3</sup>. Dimensões estas possibilitadoras da construção de passagens para autonomia, cuja importância cada vez mais se evidencia ante a compreensão do processo de determinação dos agravos em saúde, os quais nos desafiam a unir forças em todos os planos de ação, do local ao global, entendendo as interfaces entre os determinantes sociais em saúde, com base em uma perspectiva integrada e sistêmica<sup>3,4,7,9</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Bosi MLM, Carvalho LB, Ximenes VM, Melo AKS, Godoy MGC. Inovação em saúde mental sob a ótica dos usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Rev Ciên Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 643-51.
2. Amarante P, organizador. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1): 77-93.
5. Godoy MGC, Bosi MLM. A alteridade no discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. *Physis* 2007; 17(2): 289-99. .
6. Rotelli F, Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
7. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau editora; 2003. p. 45-65.
8. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2008. [Relatório final, 216].
9. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [informe]. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(9): 2005-8.
10. Bosi, MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Rev C S Col* 2012; 17(3): 575-86.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.
12. Schwandt TA. *The Sage Dictionary of Qualitative Inquiry*. New York: Sage Publications; 2007.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.
14. Barros OMAF, Silva ALA. Práticas Inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev Esc Enferm* 2007; 41(Esp): 815-9.
15. Nicácio F, Campos GWS. A complexidade da atenção. *Rev Ter Ocup USP* 2004; 15(2): 71-81.
16. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011; 378(9803): 1664-75.
17. Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
18. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface Comun Saúde Educ* 2007; 11(23): 427-38.
19. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2005. p. 21-36.
20. Góis CWL. *Noções de Psicologia Comunitária*. Fortaleza: Editora Viver; 1993.
21. Montero M. *Teoría e Práctica de la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2003.
22. Martín-Baró I. *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta; 1998.

Recebido em: 30/04/2012

Versão final apresentada em: 12/03/2013

Aprovado em: 12/06/2013