UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÁRCIO PINHEIRO MACHADO

Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família

MÁRCIO PINHEIRO MACHADO

Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa:

O doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Alice Ornellas Pereira

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Machado, Márcio Pinheiro.

Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2009.

123 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientadora: Pereira, Maria Alice Ornellas.

1. Representações – 2. Doença Mental – 3. Equipe de Saúde – 4. Estratégia Saúde da Família.

MACHADO, MÁRCIO PINHEIRO

Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//	
	Banca Examinadora
Prof. Dr	
Instituição:	Assinatura
Prof. Dr	
Instituição:	Assinatura
Prof. Dr	
Inatituição:	Accipatura

DEDICATÓRIA

À minha família, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, o autor da vida!
Àqueles que se alegram com minhas conquistas!
À Maria Alice, pela amizade e orientação durante todo o processo de trabalho!
Aos docentes que me ensinaram a olhar o mundo de uma nova perspectiva!
À Suraia, pela insistência persuasiva para que eu iniciasse a jornada!
À Adriana, ao Lucas e à Meire pela colaboração gratuita e solidária!
Aos amigos que entenderam a minha ausência!
Aos colegas de trabalho de quem recebi tanto apoio!
À Secretaria Municipal de Saúde pela possibilidade de realizar um sonho!
Enfim, com muito carinho:
Aos meus queridos pais, que ainda me transmitem coragem para as batalhas, mesmo ausentes!
À minha irmã Zeza, que muito me motivou e não pôde ver concluída esta etapa da minha vida

EPÍGRAFE

"Temos o direito de sermos iguais quando a diferença nos inferioriza e de sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza."

(Antoine De Saint Exupery)

RESUMO

MACHADO, M. P. Representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na estratégia saúde da família. 2009. 123 f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

A Estratégia Saúde da Família se apresenta como um modelo de assistência em saúde que pode viabilizar a Reforma Psiguiátrica ao propor o tratamento do doente mental em serviço comunitário a partir das Unidades de Saúde da Família (USF) presentes em territórios de abrangência pré-definidos. Várias ações governamentais propiciam a criação de uma rede de assistência em saúde mental: equipes de matriciamento para a atenção primária em saúde, serviços secundários como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O presente estudo busca identificar as representações de doença mental elaboradas por profissionais de saúde que atuam numa USF. Este trabalho é descritivo, de natureza qualitativa, no qual foi utilizado o estudo de caso. Para a coleta de dados foi utilizado o Procedimento Apresentativo-Expressivo com Tema (PAET) a partir de entrevistas com dezenove sujeitos de variadas formações e atribuições: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, agentes comunitários de saúde, auxiliar administrativo e auxiliar de serviços gerais. Para a análise do material obtido foi utilizada a Análise Temática. Das elaborações produzidas surgiram os temas: doença mental ligada ao cuidado em saúde; doença mental ligada a visão médico-centrada; doença mental ligada ao binômio exclusão/inclusão; e doença mental ligada ao meio ambiente. A análise evidencia que as representações elaboradas acerca da doença mental estão ligadas ao paradigma biologicista, com reprodução de preconceitos. Por outro lado, foi destacado o acolhimento como fator importante no processo da assistência. De acordo com os sujeitos ouvidos a família tem dificuldade de integrar-se ao tratamento, pois não vislumbra que é parte importante do projeto terapêutico. Por sua vez, o serviço de saúde não consegue perceber-se como parte da comunidade. Desta maneira, o trabalho aponta a necessidade da desconstrução da atitude manicomial ainda intrinsecamente presente nos profissionais de saúde, no sentido da mudança paradigmática pautada pela Reforma Psiquiátrica e que, em municípios que historicamente possuem hospital psiquiátrico, há maior dificuldade de acontecer. Nesta perspectiva, a assistência em saúde mental passa também pela formação profissional, numa tentativa da transformação dos conteúdos ideoafetivos apresentados pelo imaginário da equipe de saúde, pois a ela cabe o cuidado a pessoa acometida pela doenca mental residente em seu território.

Palavras-chave: Representações; Doença Mental; Equipe de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

MACHADO, M. P. Representations of mental illnesses drawn by professionals who work with the Family Health Strategy. Ribeirão Preto, 2009. M.S. Dissertation – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Family Health Strategy is a model of health assistance that can make Psychiatric Reform viable by treating the mental disordered patients in a communital service offered by Family Health Units (FHU), which are found in previously defined regions. Several government actions favor a network for mental health assistance: specialist orientation for primary health care; secondary services, such as PCCs (Psychosocial Care Centers); psychiatric beds in general hospitals. This study intends to identify the representations of mental illnesses draw by health professionals who work in a FHU. This is a descriptive and qualitative project, where a case study method was used. Data were collected by Thematic Presentative-Expressive Procedure (TPEP) in interviews with nineteen subjects with varied background: doctor, nurse, nurse assistant, dentist, dentist assistant, health communital agents, administrative assistant and general assistant. The data were analysed by Thematic Analysis. The themes obtained were: mental illness related to health care; mental illness related to medical-centered view; mental illness related to the binomial exclusion/inclusion; mental illness related to environment. The analysis emphasizes that the representations of mental illnesses are related to the biologicist paradigm, which reproduces prejudice. On the other hand, attachment was pointed as an important factor on the patient care process. According to the interviewees, family members hardly take part in the treatment because they do not see themselves as an important part of the therapeutic project. In the same manner, the health service cannot see itself as part of the community. Thus, this work points out the necessity of a deconstruction on the pro-asylum attitude that is still intrinsically present among the health professionals, following the paradigmatic change proposed by the Psychiatric Reform, which is mostly difficult to achieve in places historically known as homes of asylums. Under this perspective, mental health care is also affected by professional formation, in an attempt to transform ideoaffective contents presented by the health team imaginary, which is the team caring for the mental disorder patients who live within their attended region.

Keywords: Representations; Mental Illness; Health Team; Family Health Strategy.

RESUMEN

MACHADO, M. P. Representaciones de la enfermedad mental elaboradas por profesionales aguantes en la estrategia salud de la familia. Ribeirão Preto, 2009. Disertación de maestría – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

La estrategia Salud de La Familia se presenta como un modelo de asistencia en salud que puede posibilitar la Reforma Psiguiátrica al proponer el tratamiento del enfermo mental en un servicio comunitario a partir de unidades de Salud de La Familia (USF) existentes en los territorios de cobertura ya definidos. Muchas acciones gubernamentales propician la creación de una red de asistencia en salud mental: equipos de apoyo matricial para la atención primaria en salud, servicios secundarios como el CAPS (Centros de Atención Psicosocial), camas psiquiátricas hospitales generales. La presente investigación intenta identificar representaciones de la enfermedad mental elaboradas por profesionales de salud que actúen en una USF. Esta investigación es descriptiva, de naturaleza caritativa en la cual fue utilizado el estudio de caso. Para la colecta de datos fue utilizado el "Procedimiento tema presentado con Expresiva" (PAET) a partir de encuestas con diecinueve sujetos de diversas formaciones y asignaciones: medico, enfermero, auxiliar de enfermería, dentistas, auxiliares de consultorios odontológicos, agentes comunitarios de salud, auxiliares administrativos y auxiliares de servicios generales. Para el análisis del material obtenido fue utilizado el análisis temático. A partir de las elaboraciones producidas, surgieron temas como: enfermedad mental relacionada al cuidado en salud; enfermedad mental relacionada a la visión medicocentrada; enfermedad mental relacionada al binomio exclusión y inclusión; enfermedad mental relacionada al medio-ambiente. El Análisis evidencia que las representaciones elaboradas acerca de la enfermedad mental están relacionadas al paradigma con énfasis al biológico, con reproducción de preconceptos. Por otro lado, fue destacado el acogimiento como factor importante en el proceso de asistencia. Segundo los sujetos encuestados, la familia tiene dificultades en integrarse al tratamiento pues no visualiza que es parte importante del proyecto terapéutico. A su vez, el servicio de salud no logra perceberse como parte de la comunidad. A esta manera, la investigación señala la necesidad de la deconstrucción de la actitud manicomial. Aun intrínsecamente presente en los profesionales de salud, en el sentido de cambio de paradigma basado en la Reforma Psiguiátrica y que en las ciudades que, históricamente tienen hospital psiguiátrico, eso es más difícil de ocurrir. Así, en esta perspectiva, la asistencia en salud mental pasa también por la formación profesional, en una tentativa de transformación de contenidos ideoafetivos presentados por el imaginario del equipo de salud, pues a el cabe el cuidado a la persona acometida por la enfermedad mental que vive en su territorio.

Palabras Claves: Representaciones, Enfermedad Mental, Equipo de Salud, Estrategia Salud de la Familia

SUMÁRIO

R	ESUMO			
Α	BSTRAC	т		
R	ESUMEN	1		
APRESENTAÇÃO			. 12	
1	INTROE	DUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14	
2	OBJETI	IVOS	27	
3	COMUNIDADE COMO LUGAR ONDE SE ORGANIZA A ASSISTÊNCIA			
	EM SAÚ	ÚDE MENTAL	. 29	
	3.1	A conformação dos serviços de Atenção Básica no Brasil	. 30	
	3.2	O cenário internacional influencia a promoção da saúde no Brasil	36	
	3.3	A Reforma Psiquiátrica brasileira	.39	
		3.3.1 Crítica ao modelo hospitalocêntrico	40	
		3.3.2 Começa a implantação da rede extra-hospitalar	.42	
		3.3.3 A Reforma Psiquiátrica depois da Lei Nacional	43	
	3.4	A Rede de Saúde Mental a partir da Rede Básica de Saúde	. 45	
	3.5	A articulação possível da saúde mental com a Estratégia Saúde da		
		Família	. 50	
4 METODOLOGIA			. 59	
	4.1	Contexto da Pesquisa	. 63	
	4.2	Sujeitos	. 68	
	4.3	Coleta de Dados	. 69	
	4.4	Análise dos Dados	. 74	
		4.4.1 DOENÇA MENTAL LIGADA AO CUIDADO EM SAÚDE	75	
		4.4.2 DOENÇA MENTAL LIGADA A VISÃO BIOLOGICISTA	85	
		4.4.3 DOENÇA MENTAL LIGADA À EXCLUSÃO/INCLUSÃO	. 95	
		4.4.4 DOENÇA MENTAL LIGADA AO MEIO AMBIENTE	103	
		DERAÇÕES FINAIS		
R	REFERÊNCIAS		121	
В	BIBLIOGRAFIA			
Α	NEXOS .		138	

Este trabalho vem de encontro à reflexão cotidiana junto a minha atuação profissional. Nessa prática, observo o discurso politicamente correto dos profissionais de saúde e percebo a dissonância em relação às suas condutas ao abordar um doente mental que chega à Unidade de Saúde em busca de atendimento.

Verifica-se um distanciamento entre a fala técnica e a prática desses profissionais, sem contar as reações ideoafetivas que são despertadas frente ao atendimento a pessoa portadora de transtorno mental. Aparentemente, algo inconsciente se manifesta e dificulta a leitura adequada do profissional em relação ao problema apresentado. Aí se apresenta uma indagação que necessita de investigação.

A dissonância que percebi entre discurso e prática dos profissionais é oriunda da minha atuação como psicólogo de uma Equipe de Saúde Mental, que realiza apoio matricial na atenção básica do município de Botucatu. Neste trabalho efetuo rodízio pelas várias Unidades de Saúde, atendendo pessoas acometidas de alguma doença mental com o intuito de avaliá-las para que recebam tratamento dentro do território de abrangência adstrita, ou encaminhando-as para algum serviço secundário especializado.

Minha preocupação voltou-se para o estudo de um problema que permeia as ações profissionais, que não é objetivamente aferido, mas que influencia de maneira importante a conduta dos profissionais com os quais discuto os casos de saúde mental na Unidade de Saúde.

Desse modo, o foco desta pesquisa são os trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e a intenção é identificar as representações elaboradas acerca da doença mental que transversa o discurso e prática dos mesmos.

Este projeto de pesquisa está inserido num projeto mais amplo intitulado "A construção do atendimento em saúde mental no Programa Saúde da Família", coordenado pela Prof.ª Dr.ª Maria Alice Ornellas Pereira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UNESP/Faculdade de Medicina de Botucatu (PEREIRA, 2006).

Há questões que inspiram o projeto: Como efetivar a assistência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF)? Como a equipe de saúde, usuários e familiares de usuários da ESF concebem o transtorno mental? Quais necessidades e dificuldades mais sentidas na ESF, frente a demanda da população por assistência em Saúde Mental?

A partir destes questionamentos decidi investigar os conceitos produzidos acerca da doença mental, que venham a emergir das condutas da equipe de uma ESF e que influenciem suas práticas individuais e coletivas.

Uma equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) é formada basicamente por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde, atendendo uma área de cerca de 1000 famílias, com uma população entre 3.000 a 4.500 pessoas (BRASIL, 2006a). No entanto, falta à ESF o desenvolvimento de diretrizes e de recursos humanos para realizar a assistência em saúde mental, bem como a efetivação da assistência, que tem também o domicílio como o espaço terapêutico; e a efetivação de parcerias, visando melhoria da qualidade de vida dos seus usuários (PEREIRA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem proporcionado um vínculo cada vez maior entre os profissionais da saúde e as amplas camadas da população que necessitam de atendimento e acompanhamento da sua doença mental. Oferece, assim, um importante campo de atuação para a promoção da *reabilitação*

psicossocial por permitir que a relação paciente-profissional estabeleça algum nível de contratualidade negociável em vários cenários (casa, trabalho, rede social).

Segundo Saraceno (2001) isso resulta em modificações na vida do paciente, seja no aspecto microssocial (afetividade, continuidade, vínculo, gasto de energia) ou no macrossocial (organização do serviço, abertura à comunidade, aprovação dos usuários, utilização de recursos da comunidade). Desse modo, a perspectiva terapêutica deixa de ser a de perdas para seguir um modelo de desafio, na busca da reabilitação psicossocial do usuário de saúde mental (VALENTINI; VICENTE, 1996).

Para Amarante (1994) a Reforma Psiquiátrica, iniciada nos últimos anos da década de 1980, não se trata da descoberta de novas técnicas, mas do conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o doente. Acrescenta que a Reforma Psiquiátrica deve ir ao encontro das transformações na instituição, do saber médicopsiquiátrico, até de práticas sociais que vislumbrem em como lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

A Declaração de Caracas (OPAS, 1990) menciona que a assistência psiquiátrica deveria estar vinculada a atenção primária; enfatiza também que toda pessoa acometida por transtornos mentais teria o direito de viver e trabalhar tanto quanto possível na comunidade. Transcorrido dezenove anos desde a sua promulgação, verifica-se que a assistência psiquiátrica na atenção básica possui barreiras que necessitam de investigação e transposição.

Neste sentido, constata-se que o modelo tradicional de internamento em hospitais psiquiátricos ainda é vigente; conquanto, se nota queda das internações psiquiátricas e aumento dos serviços substitutivos extra-hospitalares preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Em 2002 havia 51.393 leitos psiquiátricos no Brasil e em

2006 este número caiu para 39.567 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2007a, p.17). Ao mesmo tempo o investimento em serviços extra-hospitalares que representava 6,86% dos gastos em saúde mental no ano de 1997, aumentou para 51,33% em 2006 (BRASIL, 2007a, p.21). Assim, neste ano, pela primeira vez, os gastos anuais com serviços extra-hospitalares ultrapassaram os gastos governamentais em ações e programas direcionados a hospitais psiquiátricos, o que é um dos pressupostos da Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2004, p.17-20).

Atualmente há dados veiculados no Correio Braziliense, publicado em 03 de junho de 2009, de que os gastos com leitos psiquiátricos estariam na ordem de 36% em relação ao custeio dos serviços extra-hospitalares que estaria próximo a 63% dos gastos destinados pelo Ministério da Saúde à assistência em saúde mental. Por sua vez, a saúde mental representa 2,43% do orçamento total dos gastos com saúde (BRASIL, 2009a).

Neste panorama Oliveira e Alessi (2003, p.336) destacam uma nova conformação do objeto: "não mais a existência do doente mental, que precisa ser contido e controlado, mas do portador de doença mental, ou do sujeito com sofrimento psíquico, que merece ser atendido nas suas necessidades psicossociais". Porém, argumentam que o trabalho do profissional de saúde pode alinhar-se na direção de reafirmar a concepção organicista de objeto, característica da medicina psiquiátrica, ao invés de manter-se na direção da Reforma Psiquiátrica, que incorpora características psicossociais e pressupõe a ampliação/superação do objeto.

Pereira (2003a) destaca que se pode mudar a legislação, mas não o paradigma reducionista que os profissionais de saúde ainda carregam em sua atuação que comumente está baseado no tratamento das causas neurobiológicas da

doença mental e no atendimento profissional restrito a prescrição de medicamentos neurofarmacológicos. Também Oliveira e Alessi (2003) afirmam que a reprodução do modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico está arraigada na formação dos profissionais da saúde, e quanto menos conscientes da condição de sujeito social e cidadão eles estiverem, mais aderidos estarão neste modelo e mais subordinada e coadjuvante será a sua intervenção.

Na tentativa de superar esse modelo vigente, e pensando numa assistência em saúde mental na comunidade, Dell'Acqua e Mezzina (2005) colocam que a contenção da crise psiquiátrica passa por serviços que se responsabilizem pelas pessoas de um território. Ali se busca reconsiderar a doença mental a partir da investigação do sofrimento existencial do sujeito, visto a partir de então como membro de um sistema.

Nesta direção Saraceno (1998, p.27-28) destaca que "a reabilitação psicossocial passa entre sujeito e contexto, onde o serviço de saúde em determinados momentos de crise passa a ser o contexto do sujeito com doença mental". Reforça o conceito de que a doença mental evolui no contexto micro familiar e macro social do sujeito. Enfatizando que "não existem enfermidades, senão enfermos; não existem tratamentos sem os serviços que oferecem tratamentos".

Ao pensar a gestão da psiquiatria na comunidade Evaristo (2000) destaca que a crise psiquiátrica pode exigir uma intervenção médico-sedativa que bloqueie os caminhos destrutivos em que a pessoa submergiu a fim de impedir mais sofrimento para si e para as pessoas ao seu redor. Contudo, na intervenção pode ocorrer a frustração pelo bloqueio tão somente dos sintomas, tais como: a agitação, a agressividade, a confusão, a tentativa de suicídio, a angústia, a ansiedade

catatônica; presentes na pessoa com sofrimento psíquico e que apresenta comportamentos estranhos. Na etapa seguinte é preciso a superar os fármacos como mediadores de relações e auxiliar a pessoa a focar nas elaborações do sistema, numa releitura conjunta, devolvendo-lhe um sentido dentro do seu percurso existencial, a fim de evitar recidivas futuras.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) ressaltam que a desinstitucionalização do cuidado extrapola a instituição que busca a resolução da crise. Para tanto, ela deve alterar concretamente os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformação do seu sofrimento psíquico, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas de enfrentamento do problema em questão. Evaristo (2000) reafirma que é necessário provocar uma carga afetiva nos familiares e na comunidade em direção a pessoa que necessita de cuidado, abrindo novas possibilidades de tratamento.

A concepção de reabilitação psicossocial pode ser vislumbrada como um conjunto de estratégias que rompe com o modelo psiquiátrico tradicional e injeta um sentido novo a tarefa de ajudar as pessoas que em dado momento perderam a capacidade de dar sentido ao que fazem.

Nessa perspectiva, ampliam-se as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde no que tange tratar pessoas acometidas por transtornos mentais circunscritas ao território de abrangência onde trabalham. Espera-se que os profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde sejam aqueles que primeiro acolham e atendam o indivíduo em situação de sofrimento mental (BRASIL, 1990 - SUS). Outro complicador importante quando se discute gestão pública de saúde são

as estimativas de prevalência dos problemas psiquiátricos, que no caso do Brasil atinge aproximadamente 26% da população (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

A situação se complica ainda mais quando o atendimento ao usuário da saúde mental é deslocado para longe da Atenção Básica, sobrecarregando os serviços especializados de referência, tirando-o do seu contexto, desvinculando-o do que lhe é familiar e indo na contramão do que é esperado do sistema de saúde.

É importante salientar que o atendimento básico em saúde mental compõe a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Cuidados Primários de Saúde, como em Portugal, e Atenção Básica, como ocorre no Brasil. A APS foi definida na Declaração de Alma-Ata em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Nesta lógica, percebe-se que os profissionais da saúde não ficam imunes ao imaginário coletivo que perpassa a comunidade que servem, pois atuam sob influência da cultura local e refletem-no em sua prática a partir das falhas da sua formação, o que pode dificultar o cumprimento do papel funcional esperado para o atendimento ao usuário de saúde mental, apesar da legislação apontar a doença mental entre as enfermidades conhecidas e tratáveis na Atenção Básica e preconizar o atendimento próximo do local onde se reside.

Pinto (2002) expõe que a inclusão do doente mental passa pela transformação da cultura de exclusão dos profissionais da Unidade de Saúde. O

autor também coloca que o trabalho junto a Atenção Básica pede um questionamento sobre o conceito de doença mental na prática diária dos profissionais de saúde que ali atuam.

Sawaia (1999, p.9) acrescenta que exclusão pode ser entendida como descompromisso político com o sofrimento do outro e referenda que a dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Aponta também que a exclusão "não é algo que perturba a ordem social, ao contrário, é produto do funcionamento do sistema". Assim, pode-se pensar que aquilo que incomoda aos excluídos é o descrédito, mais do que a falta de tratamento. E sobre tal aspecto Valentini e Vicente (1996) afirmam que o modo como uma instituição oferece cuidado para os usuários que trata é frequentemente revelador do padrão relacional entre os que trabalham em todos os níveis desta instituição.

Nesta direção, a questão da referência/contra-referência pode ser considerada um critério avaliativo da rede de saúde mental, uma vez que a Unidade de Saúde é uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e realiza o atendimento inicial da doença mental, bem como o encaminhamento de usuários para os serviços de média e alta complexidade, sempre com a prerrogativa de acompanhar o seu tratamento independente do nível que esteja inserido (BRASIL, 1990).

De acordo com Starfield (2002) em seu livro "Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia", as principais características da Atenção Primária a Saúde (APS) podem ser condensadas a seguir:

^{1.} Constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o primeiro contato da medicina com o paciente (Cap.7, p.207-246).

- 2. <u>Continuidade do cuidado</u> a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade (Cap.8, p.247-290).
- 3. <u>Integralidade</u> o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico (Cap.10, p.313-364).
- 4. <u>Coordenação do cuidado</u> mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si (Cap.11, p.365-415).

No entanto, a prática demonstra que um usuário quando encaminhado para outro serviço deixa de ser responsabilidade da Unidade de Saúde, como se, de repente, deixasse de morar naquele território e nunca tivesse sido tratado ali. Segundo Pereira (2003b, p.73) o serviço de saúde mental especializado pode contribuir para o favorecimento desta concepção quando não desenvolve um projeto terapêutico conjunto, "tutelando o doente". Ambos, USF e serviço especializado, podem colaborar para a dicotomia sujeito e contexto, criando dificuldades na restituição de direitos do usuário, de ser e pertencer a um determinar lugar.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracteriza a Atenção Básica:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de

saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006d, p.10).

Nesta direção Campos (1992a, b) aponta o vínculo, a acolhida e o responsabilizar-se pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual como determinantes do modelo em saúde. Relata que nos sistemas públicos a noção de acolhida poderia ser redefinida, entendendo-a tanto na questão da abertura dos serviços públicos a demanda, como da sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde mental de uma região.

Como este modelo está distante da prática cotidiana do profissional de saúde, o aparente discurso oficial renovador vem camuflar a fragmentação do doente e da sua doença, cronificando a hierarquização do atendimento, e consequentemente, dificultando a abertura das Unidades de Saúde a variedade dos problemas individuais e coletivos de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (1999) citam que na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que se busca é a responsabilização clínica e sanitária e uma intervenção resolutiva tendo em vista as pessoas como caminho para defender a vida, não há como deixar de reconhecer que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização. Assim como não há a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam sobre os processos sociais da produção da saúde e da doença. Para acontecer uma mudança, o autor afirma que há necessidade de se atuar sobre os ruídos e os processos, buscando as relações de acessibilidade a partir da construção de redes de apoio.

Nesta direção Breda et al. (2005) apontam diferentes fragilidades e contradições no desenvolvimento da ESF e que são comuns a reabilitação

psicossocial, dentre elas está o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados a emoção e as necessidades subjetivas no cotidiano da assistência.

Para que os profissionais da ESF promovam a inclusão do usuário de saúde mental, Breda et al. (2005) relatam que na sua formação devem ser vislumbradas questões como: cidadania; disponibilidade para acolher os sofrimentos e desejos das pessoas do seu território; criação de novas tecnologias de cuidado; rompimento das relações de poder baseado no paradigma biomédico; valorização dos recursos de auto-ajuda da comunidade; ampliação dos referenciais de escuta e de atendimento não-diretivo; busca da intersetorialidade efetiva; capacitação dos profissionais para a troca de saberes e práticas que não aprisionem o processo de trabalho em estruturas rígidas; entendimento da dinâmica das várias pessoas, famílias e culturas. A Unidade de Saúde, então, pode tornar-se "espaço social de reprodução de sujeitos, de produção de subjetividades, de exercício de auto-ajuda, de convivência, sociabilidade, solidariedade e integração" (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.143)

O processo de desinstitucionalização tem como atores principais os técnicos que trabalham no seu interior, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico. A comunicação, a solidariedade e os conflitos fazem parte da mudança das estruturas, dos sujeitos e da suas culturas. O trabalho terapêutico é um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pela pessoa em jogo (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Nesta perspectiva Evaristo (2000) pressupõe que para os trabalhadores de saúde mental, não basta só o saber técnico, mas também uma compreensão do social, a capacidade de edificar, de construir estratégias operativas, para que estas ajudem na mudança da vida dos pacientes, criando uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição. Emancipação que passa pela aquisição de uma lista de indicadores de acesso a direitos sociais, tais como: autonomia pessoal; educação e formação profissional; capacidade de exprimir, compreensivelmente, as próprias ideias; informações sobre onde e como obter recursos; capacidade de usálos; além de outras possibilidades.

Isso evidencia a importância da conduta do profissional frente as complexas situações do cotidiano de trabalho. Assim, para que aconteça a efetiva criação de uma rede de apoio em saúde mental, faz-se necessária a transposição de barreiras existentes na relação profissionais-usuários de saúde mental, superando medos irracionais, preconceitos, mecanismos de exclusão, rótulos, estigmas, culpas, vergonhas, impotências e o mais grave: a falta de abertura para acolher o outro que é diferente de mim e que precisa dos meus cuidados profissionais; nem que para isso necessite superar as deficiências de sua formação (MARTINES; MACHADO, 1999; ESPERIDIÃO; PEREIRA, 2000).

Os conceitos estão ligados as representações, e essas determinam as condutas. A representação é entendida por Laplanche e Portalis (1992, p.448) como "aquilo que se representa, o que forma o conteúdo de um ato de pensamento" e "em especial a reprodução de uma percepção anterior", também distingue a representação da palavra, que se caracteriza pelo sistema pré-consciente, da representação de coisa, que se caracteriza pelo inconsciente.

Etimologicamente, a representação pode ser entendida como a "realização de uma cena, de um desenho ou de imagem que representa, reproduz ou simboliza um fato ou um objeto", e pode também envolver "concepções e símbolos que resultam da interação social ao adquirir um significado comum para os membros do grupo, suscitando-lhes reações emocionais semelhantes" (WEISZFLOG, 2009). Presumese, portanto, que os conceitos construídos pelos profissionais de saúde determinam condutas e, no caso, repercutem na assistência prestada.

Desse modo, referendando Ferreira (1996, p.88):

Não sabemos do sucesso desse projeto, mas sabemos da obrigação ética de tentar realizá-lo. Considerando-se que em Saúde Mental as formas de adoecer estão implícitas na história social do homem, nenhum manejo técnico para nós está fragmentado de uma prática política, que venha reconhecer e fazer respeitar os diretos do Doente Mental enquanto cidadão, respeitar a sua diferença e reconhecer a sua dignidade.

Identificar as representações acerca da doença mental, elaboradas pelos profissionais de saúde que atuam numa Unidade de Saúde da Família.

3. Comunidade como lugar onde se organiza a Assistência em Saúde Mental

3.1 A conformação dos serviços de Atenção Básica no Brasil

Revisitando o processo histórico da assistência em saúde brasileira, constatase movimentos e tentativas de organização de recursos que poderiam suprir as
demandas da população. Nesta condição, surgem os serviços comunitários de
saúde que se constituem em direitos conquistados e se coadunam ao conceito da
atenção básica, paulatinamente mais comprometida com a oferta de ações de
promoção a saúde, prevenção de doença, tratamento e reabilitação acontecendo de
forma indissociável e articulada aos diferentes níveis de atenção e, interligando-se
com os diversos equipamentos sociais propiciam a construção de um modelo de
saúde pautado pela integralidade da atenção.

Na primeira metade do século XX a história da saúde pública do Brasil percorre um caminho que perpassa várias iniciativas de organização social, como a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), através da Lei Elói Chaves de 1923, e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), organizados por categorias profissionais em 1933; ambos são protótipos que subsidiam a Constituição de 1934, que embora autoritária e higienista, reconhece os primeiros direitos sociais dos brasileiros. Nesta perspectiva tem-se o esboço para a concretização da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, que reuniu as normas tutelares do trabalho, dos sindicatos, da Previdência e da Justiça do Trabalho (CUNHA; CUNHA, 2001; ROSA, 2003).

Neste período há influência do modelo americano para a área da saúde pública brasileira, que prioriza a criação de grandes hospitais e equipamentos que concentram o atendimento médico de toda uma região; e que coloca em segundo

plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, apesar de custarem menos ao governo. Nota-se que ao adotar o modelo americano de saúde o país começa a se organizar na busca de atender cada vez mais a população, porém de forma centralizada e desordenada (SCLIAR, 1987; LUZ, 1991; SENNA, 2002).

Na segunda metade do século XX o país tenta implantar um projeto de desenvolvimento econômico industrial, o que resulta numa crise do regime populista. As condições de saúde da população pioram e surge por parte do movimento social dos anos de 1960 a reivindicação por reformas de base imediatas, entre elas a Reforma Sanitária. Nesse panorama acontece o golpe de 1964 a partir da reação política do setor conservador contrário as reformas postuladas. Empossado o militarismo, em 1966 surge o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), que unifica os IAP e permite aos trabalhadores formalmente contratados o acesso a assistência médica; o órgão financia as aposentadorias e pensões através do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), bem como a assistência médica através do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Os trabalhadores rurais são incluídos na assistência médica governamental com a criação do FUNRURAL (Fundo Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural) em 1968 (FAVERET; OLIVEIRA, 1990; IYDA, 1994).

Apesar dos avanços políticos na área da saúde e previdência no país, a população sem vínculo empregatício continuava excluída do acesso a saúde. Franco e Merhy (2003) destacam que os fatores sociais, econômicos e políticos definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços de saúde configurando os seus aspectos macropolíticos. Mas os aspectos do funcionamento e do perfil assistencial constituem os processos micropolíticos e as configurações tecnológicas

do trabalho, mediante os quais ocorre efetivamente a produção do cuidado em saúde. Na mesma direção Pereira (2008) aponta os avanços dos Cuidados Primários à Saúde a partir da Declaração de Alma-Ata (1978), mas que ainda reproduzia as limitações da medicina comunitária, ou seja, apesar do enfoque na promoção da saúde, não conseguia superar o modelo médico-centrado e procedimento-centrado. Neste momento a OMS ratifica o conceito de saúde ampliada da Declaração de Alma-Ata, destacando que saúde é definida por um "bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença".

Esta situação dispara na década de 1970 a organização de vários movimentos, dentre os quais surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este reuniu trabalhadores da assistência psiquiátrica e saúde mental, influenciando de maneira positiva o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ambos se fortaleceram com a intensificação popular que reivindicava mudança no modelo de assistência à saúde. Surge, então, na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendida enquanto um atributo de todo cidadão que pode se beneficiar da oferta dos serviços concedidos por ação estatal. A década de 1980 vislumbrava uma nova configuração para as políticas sociais, com a possibilidade de resgate de uma dívida social acumulada em décadas de exclusão, a começar pela saúde da população (FAVERET; OLIVEIRA, 1990; AMARANTE, 1997; SENNA, 2002; ROSA, 2003).

O início da década de 1980 pautou-se por um período de grande avanço das indústrias médicas e da medicina de grupo, portanto surgiram vários projetos que pretendiam estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase na saúde pública; mas todos estes foram combatidos pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS. Em 1983 a sociedade civil

organizada reivindica junto a um Congresso Nacional firme e atuante os plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde, visto também como dever do Estado. A Reforma Sanitária propôs em 1986 a criação de conselhos municipais e interinstitucionais de gestão dos serviços de atenção médica, que deviam contar com representantes da comunidade, organizada para planejar e fiscalizar a gestão, bem como avaliar os serviços de saúde. Todas estas intervenções culminaram na aprovação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) pelo Congresso Nacional em 1987, que estabelecia convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde e visava um processo de descentralização da gestão da saúde pública. Todos estes acontecimentos possibilitaram uma articulação política que após a VIII Conferência Nacional da Saúde promoveu a Reforma Sanitária, culminando com a aprovação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988. O SUS surge trazendo em seu bojo os princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade; e na sua forma de organização e operacionalização os princípios de participação social, regionalização, hierarquização e descentralização (COHN, 2001; CUNHA; CUNHA, 2001; SENNA; COHEN, 2002).

Com a Lei Federal 8.029/1990 houve a fusão do IAPAS e INPS para instituição do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). No mesmo ano os princípios do SUS foram instituídos pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 tendo no horizonte um Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma "saúde como direito de todos e dever do Estado", onde cada nível de gestão do sistema de saúde estava previsto na Constituição Federal de 1988. Ressalta-se a mudança para o modelo de atenção a saúde que prioriza o nível de atenção básica e que vislumbra vários sistemas assistenciais, tais como:

vigilância em saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, entre outros. Tal modelo apesar de ter um custo baixo por tratar-se de um serviço simples e quase sempre utilizar poucos equipamentos, acaba por apresentar uma abordagem tecnológica específica para organização da prática, que é permeada de habilidades e técnicas de grande complexidade (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996; COHN, 1999; MARQUES; MENDES, 2002; BRASIL, 2004).

Mendes (2002) discorre que após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma-Ata (1978), foram estabelecidos os elementos essenciais da atenção primária a saúde (APS) e da educação sanitária, tais como: saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional.

Os países que adotaram os cuidados primários da saúde tiveram desde então grandes avanços na condição de saúde da sua população, porém verifica-se que ainda não há consenso sobre qual modelo ser o melhor. A Organização Pan-Americana de Saúde ligada à Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2005) define quatro abordagens da APS praticadas nos diversos países:

- 1. APS Seletiva: caracteriza-se pelo conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados para a população pobre, priorizando um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar desafios de saúde prevalentes nos países em desenvolvimento.
- 2. Atenção Primária: define-se pelo nível de atenção em um sistema de serviços de saúde, sendo o ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo.
- 3. APS Abrangente de Alma-Ata: trata-se de uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde, abrangendo o primeiro nível de atenção integrada e permanente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio.

4. Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos: constitui-se de uma filosofia que permeia os setores de saúde e social, enfatizando a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.

No Brasil o modelo da atenção em saúde adotado é o da APS Abrangente de Alma-Ata, que pauta-se pela tríade: gestor, profissionais e usuários. A articulação em rede e as decisões políticas ficam sob responsabilidade do gestor e a assistência à saúde depende da relação entre profissionais e usuários. A integralidade, dependente desta dinâmica, se concretiza em ação social no cotidiano da atenção à saúde quando resultante da permanente interação dos atores envolvidos na relação entre demanda e oferta.

Nesta ação destaca-se, num primeiro plano, o atendimento individual que ocorre pela construção da integralidade em saúde; e num segundo plano, denominado sistêmico, a integralidade acontece através das ações na rede de serviços, nos quais os aspetos subjetivos e objetivos devem ser considerados (PINHEIRO, 2001).

Os dois planos somente se coadunam quando a ação de saúde envolve o confronto entre interesses do indivíduo e interesses do contexto onde vive na direção da modificação do contexto material e no favorecimento das trocas afetivas entre os atores. O enfoque deve ser a humanização do sistema de assistência sanitária e a descentralização dos recursos das grandes instituições sanitárias para a comunidade (SARACENO, 2001).

3.2 O cenário internacional influencia a promoção da saúde no Brasil

As transformações ocorridas nas políticas sociais e de saúde pública do Brasil são ecos de uma série de mudanças deflagradas mundialmente a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na antiga URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) em 1978, conclamada por vários países como a *Declaração de Alma-Ata*. A referida Conferência definiu a saúde por um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e a estabeleceu como meta social mundial. Assim, os cuidados primários de saúde são apresentados como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, onde os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituindo-se por ser o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Destacam-se neste processo de cuidados primários: os problemas de saúde da comunidade e os serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as suas necessidades; o envolvimento de todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário na questão da saúde; a garantia da participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde; a educação apropriada para promover a capacidade de participação das comunidades; a resposta da equipe de saúde e dos agentes comunitários as necessidades expressas de saúde da comunidade (OMS, 1978).

No ano de 1986 foi conclamada a *Carta de Ottawa*, após a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, que ratificou a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação popular no controle deste processo. A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Neste sentido, a saúde torna-se um conceito positivo, que engloba as capacidades físicas e pessoais; mas que enfatiza os recursos sociais na direção da equidade, que reduz as diferenças no estado de saúde da população e assegura oportunidades e recursos igualitários. Os profissionais e grupos sociais da comunidade têm a maior responsabilidade na mediação entre os diferentes, em relação a saúde, existentes na sociedade (OMS, 1986).

A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis, ou seja, ambientes favoráveis. Assim trabalho e lazer devem ser fontes de saúde para as pessoas, bem como a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem ser estratégicos. A reorientação dos serviços de saúde passa por mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde (OMS, 1986).

Em 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram um documento intitulado *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*, que ficou conhecido como a *Declaração de Caracas*. No documento consta que a assistência psiquiátrica de cuidado a pessoa com transtorno mental estava na contramão dos objetivos da promoção da saúde, uma vez que o Atendimento Primário de Saúde já era preconizado como estratégia de prevenção da saúde

adotada pela OMS e pela OPAS. Também deliberou pela promoção de modelos alternativos de saúde mental, centrados na comunidade e dentro de redes sociais, ao invés do modelo hospitalocêntrico em vigor. Enfocou que a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos usuários devem estar acima dos cuidados e tratamentos, que devem acontecer preferencialmente através de serviços de saúde comunitária. As internações psiquiátricas quando necessárias deveriam ocorrer em hospitais gerais. Surge, assim, o movimento pela Reforma Psiquiátrica na América Latina (OPAS, 1990).

Ainda pode-se destacar a 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Suécia, de 9 a 15 de junho de 1991. A *Declaração de Sundsvall* foi direcionada a políticos e conclamou a necessidade da criação de ambientes favoráveis à saúde para que as ações de saúde pública possam ocorrer no nível local, com definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade (OMS, 1991).

A Conferência sublinhou aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde, com destaque para a dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Elencou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública:

- 1. Reforçar a proposta da saúde através de ações comunitárias;
- 2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;
- 3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente;
- 4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde. Em resumo, aumentar a participação comunitária e o poder de decisão das pessoas, para fortalecer o processo democrático de promoção da saúde e gerar a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento de uma comunidade nacional

(OMS, 1991, 2001).

Em 1992, com a *Declaração de Santafé de Bogotá*, conclamada após a Conferência Internacional de Promoção da Saúde para a América Latina, realizada na Colômbia, houve a valorização das pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde e seu reconhecimento como trabalhadores e agentes de saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais em saúde. Também confirmou haver muitas barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões entre os países latino-americanos; dentre elas a violência – em todas as suas formas, pois é causadora de inúmeros problemas psicossociais, além de constituir por si própria um grave problema de saúde pública (OPAS, 1992).

Em virtude das influências do movimento internacional para uma atenção básica voltada para a promoção da saúde, o Brasil foi incorporando em suas políticas públicas de saúde as diretrizes consideradas pela OMS, até que em 1988 com a criação do SUS, o país começou a definir claramente o seu modelo pautado pela Atenção Primária de Saúde de Alma-Ata, com gestão descentralizada, territorializada, universal, equitativa e integral.

3.3 A reforma psiquiátrica brasileira

Com um ambiente interno e externo favoráveis inicia o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, com a adoção como política pública da redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação a partir dos anos 90; ganhando grande impulso em 2002 através de uma

série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macrohospitais. O princípio norteador da reforma é a desconstrução do manicômio como estratégia para a desinstitucionalização, a exemplo do modelo italiano pautado na negação da psiquiatria como ideologia, e que pela primeira vez na história rompe com o manicômio enquanto aparato psiquiátrico, promovendo a sua substituição por outros meios de cuidados e acolhimento da pessoa com sofrimento psíquico (BASAGLIA, 1985). Portanto, difere do modelo hospitalocêntrico que atuava com mecanismos de controle, violência e tutela e que não mais poderia ser vislumbrado como um espaço terapêutico.

Ao considerar o percurso de transformação da assistência em saúde mental a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil apresenta três grandes momentos (BRASIL, 2005):

3.3.1 Crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991)

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) começa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico da assistência às pessoas com

transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e instrumentaliza a articulação social do Movimento da Luta Antimanicomial. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro/RJ (NICÁCIO, 1990; AMARANTE, 1997).

Neste período é de especial importância o surgimento, em 1987, do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo; e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiguiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. A experiência do município de Santos (SP) passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiguiátrica nos campos do legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988 é criado o SUS - Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos "Conselhos Comunitários de Saúde". Esta a grande conquista da articulação popular brasileira (AMARANTE, 1997).

3.3.2 Começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)

Os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental a partir de 1992. É na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de servicos de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiguiátricos. O Ministério da Saúde de 1992 regulamenta os novos serviços de atenção diária, mas não institui uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.

3.3.3 A Reforma Psiquiátrica depois da Lei Nacional (2001-2007)

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Quando sancionada, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária a saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa "De Volta para Casa". Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída,

e se estabelece uma política para a questão do álcool e de outras drogas, que incorpora a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Todo o processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos:

1) a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar; 2) a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Em 2006 já existiam em funcionamento no país 1123 Centros de Atenção Psicossocial e, pela primeira vez, do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental, os recursos gastos com os serviços extra-hospitalares representaram 51,33% e superam os gastos com hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007a, b).

Atualmente o Ministério da Saúde conta com mecanismos de avaliação para o processo de desinstitucionalização, caso do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). Conta também com a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas. Desta maneira há uma redução do número de leitos psiquiátricos em 46,5% nos últimos treze anos: em 1996 havia 72.514 leitos psiquiátricos e em junho de 2009 retroagiu para 35.426 leitos psiquiátricos em todo o país. Os leitos psiquiátricos representam gastos de

cerca de 36% em relação ao custeio dos serviços extra-hospitalares que se aproxima de 63%, sendo que a saúde mental representa 2,43% do orçamento total dos gastos com saúde. Em relação aos recursos que deixam de ser utilizados nos hospitais, com a progressiva redução de leitos, existe o entendimento que devem permanecer no campo das ações de saúde mental e devem ser direcionados para os equipamentos da Reforma Psiquiátrica, incluindo a Atenção Básica. (BRASIL, 2007a, b, 2009a, b).

3.4 A Rede de Saúde Mental se construindo a partir da Rede Básica de Saúde

Torna-se evidente que a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) e a Declaração de Caracas (1990) difundiram a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada a atenção primária da saúde. O atendimento em serviços comunitários passou a ser o principal meio para os cuidados em saúde mental da pessoa com sofrimento psíquico (OMS/OPAS, 2001). A rede básica passa, então, a funcionar como porta de entrada, com a expectativa de resolver 90% da demanda clínica e, ao mesmo tempo, executar a maioria das ações de saúde pública. Nesta direção surgem desafios a serem superados: a garantia do acesso e a consolidação do modelo, principalmente quando a atenção psicossocial no território tornar-se de fato efetiva e de qualidade (BRASIL, 2005).

O controle e tratamento dos transtornos mentais no contexto dos serviços primários tornam-se fundamentais ao permitir a um maior número de pessoas terem acesso mais fácil e rapidamente aos cuidados de saúde. Desta maneira, a OMS em

2001 publica o *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*, vislumbrando que um processo desinstitucionalização psiquiátrica, bem fundamentado, apresentaria três componentes essenciais: 1) prevenção de admissões erradas em hospitais psiquiátricos mediante o fornecimento de serviços comunitários; 2) preparação para a alta hospitalar e regresso à comunidade de origem daqueles doentes internados há muito tempo em instituições psiquiátricas; 3) estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio na comunidade para doentes não institucionalizados (OMS, 2001), porém, ainda focado nos cuidados hospitalares.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde avança na temática quando elaborar a Circular Conjunta nº. 01/03, de 13/11/2003, ao declarar que as ações de Saúde Mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, e ao buscar o estabelecimento de vínculos e acolhimento às ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003, 2008). Destaca como princípios fundamentais desta articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica: a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a multiprofissionalidade/interprofissionalidade; a desinstitucionalização; a reabilitação psicossocial; a promoção da cidadania dos usuários; e a construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p.3).

Para que a rede de saúde mental se constitua dentro da rede de atenção básica, é necessária que as equipes da saúde da família adquiram resolubilidade através de capacitação permanente e garantam a integralidade da ação de saúde. (BRASIL, 2003, 2005). A ESF torna-se, assim, uma importante estratégia para a reinserção da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade, a partir do momento em que os profissionais acolham-no e percebam a família co-responsável pela

saúde de seus membros e não como uma simples cumpridora das determinações dos profissionais de saúde (ROSA; LABATE, 2003; MELMAN, 2006). Nesta direção há a necessidade de avanços na gestão da ESF para que realmente possa acolher toda pessoa em sofrimento psíquico, envolver a família e tratar com resolubilidade.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental o governo brasileiro, além de incluir as ações da saúde mental na atenção básica, tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede de serviços em saúde mental, a saber: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; consolidar o programa "De Volta Para Casa"; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento de qualidade à pessoa com transtorno mental infratora (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Servicos Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2004, 2007a).

Embora os cuidados primários ofereçam o contexto mais vantajoso para os cuidados iniciais, há uma necessidade de especialistas na prestação de toda uma série de serviços. Em condições ideais, as equipes especializadas em cuidados de saúde mental deveriam incluir profissionais médicos e não médicos, tais como: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que possam trabalhar juntos tendo em vista os cuidados e a integração total dos doentes na comunidade (OMS, 2001). Nesta direção há incentivos para que aconteça o apoio matricial da saúde mental às equipes da

atenção básica, sendo comum a co-responsabilização pelos atendimentos de usuários de determinado território de abrangência. Esta dinâmica exclui a lógica do simples encaminhamento a serviços especializados, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Ao longo do tempo e gradativamente estimula a interdisciplinaridade e ampliação da clínica na equipe (BRASIL, 2003). Assim, "a equipe matricial, com identidade própria, pode tecer uma trama que exige comunicação comunitária e solidária e estabelecer um pacto de referência e contra-referência, num movimento de cuidado e valorização dos sujeitos" (LOPES, 1999, p. 46).

Essa mudança para os cuidados comunitários requer maior disponibilidade de trabalhadores de saúde e de serviços de reabilitação, tanto em relação a prestação de apoio nas crises deflagradas pelo portador de transtorno mental, quanto pela sua proteção junto a comunidade, seja no domicílio e/ou no emprego, evitando o estigma associado com o tratamento através intervenções precoces (OMS, 2001). Nesta interação, novo contrato deve ser estabelecido pelos profissionais de saúde, pois o cuidado implica em investir na capacidade de emancipação do usuário, para que faça as suas próprias escolhas e aumente o seu potencial de trocas sociais e estabeleça significações pautadas em sua própria história (SARACENO, 2001; ALVES; GULJOR, 2004).

O caminho que compreende a saída do sujeito da sua condição de sujeitado, marcado por exames clínicos e diagnósticos psiquiátricos, até a transformação em um usuário do sistema de saúde, passa pela busca da autonomia possível, que lhe devolva a condição de cidadão, pertencente a uma comunidade, mesmo que não haja a supressão do seu sofrimento psíquico (GUIMARÃES; TORRE; AMARANTE, 2001; DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

As estratégias conjuntas que surjam dessa articulação devem passar pela priorização da assistência a usuários com maior risco e vulnerabilidade, sejam portadores de transtornos mentais severos e persistentes, dependentes químicos e alcoolistas, egressos de internações psiquiátricas, potenciais suicidas, vítimas de violência doméstica e sexual. Para o tratamento devem-se promover espaços de reabilitação psicossocial e mobilização de recursos da própria comunidade, num esforço articulado com os equipamentos sociais (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc.). A prioridade é estabelecer o vínculo com a família para que seja "parceira na construção de redes de apoio e integração" (BRASIL, 2003, p.7).

A cidadania do usuário não passa pela simples restituição de seus direitos formais, mas pela construção de direitos consubstanciais, que são constituídos pelo afeto, pelas relações interpessoais, pela materialidade, pela moradia, pela produtividade, rumo à única reabilitação possível, restituída através do poder de contratualidade do sujeito com os profissionais de saúde (KINOSHITA, 1996; SARACENO, 2001; PINTO, 2007). De todas as barreiras a serem superadas, relacionadas à pessoa com transtorno mental na comunidade, as mais importantes são o estigma e a discriminação, que podem ser reduzidas através da sensibilização e educação da população, do fomento ao uso dos serviços de saúde mental e da maior aproximação entre saúde mental e saúde física (OMS, 2001).

3.5 A articulação possível da Saúde Mental com a ESF

É evidente que o planejamento do atendimento a população necessita pautarse pelo estabelecimento de políticas de Saúde Pública bem delineadas e contemplando grande abrangência territorial. Nesta perspectiva, e influenciado pelo modelo italiano de desinstitucionalização, o governo brasileiro vislumbrou os dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2003).

A noção de território tem sido presente nas atuais discussões e é definido não apenas como uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais acontece a vida comunitária. Assim, trabalhar num território não equivale a trabalhar na comunidade, mas é a possibilidade de resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos desta comunidade, construir coletivamente as soluções, propiciando a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Neste cenário a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e

variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária, difusa para os outros espaços da cidade, atenta à emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Esta rede tem dois aspectos relevantes: uma possibilidade organizacional, voltada para a produção de serviços, e outra dinâmica, quanto à atuação dos atores, em permanente renegociação de seus papéis. Vislumbra novas soluções para antigos problemas, num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ; CONTADRIOPOULUS, 2004).

Na construção dessa rede são necessários vários recursos: afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer. Todos potencializam as equipes de saúde em seus esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, num movimento complexo exigido pelas demandas para incluir aqueles excluídos da sociedade por portarem um transtorno mental (BRASIL, 2004). Para satisfazer a maioria das demandas de saúde desta população, a rede deve diversificar e integrar suas intervenções, recursos humanos e materiais, uma vez que a clientela das instituições totais desloca-se para a rede de saúde pública (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, o governo federal sancionou através da Portaria nº 373/GM (27 de fevereiro de 2002) a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/SUS: 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. No seu Capítulo I (item 4, alínea a) do Plano Diretor de Regionalização elenca um conjunto de ações e serviços vinculados a

responsabilidades do município, dentre elas: "o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes", no local mais próximo possível da residência do usuário (BRASIL, 2002, p.9). Aproxima-se, desta maneira, dos princípios da Reforma Psiquiátrica ao propor que haja uma equipe de saúde mental na rede básica que atue em parceria com serviços substitutivos de saúde mental, o que possibilita um sistema de referência e contra-referência; assim como promove a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência integral dos usuários de saúde mental (BRASIL, 2007c).

Com esta visão de rede e territorialidade o governo brasileiro cria em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como campo de possibilidades para adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes de saúde (ARAÚJO, 1999; PEDROSA; TELES, 2001). Estruturado em equipes de Atenção Primária Saúde (APS), a cobertura do Programa alcançou todo o país. O campo de intervenção de cada equipe de APS se compõe pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente. A realidade destas equipes demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental (BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde, por conta de um contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, muda a sua denominação para Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, marcando um progresso indiscutível da política do SUS (BRASIL, 2006a).

A ESF configura-se, então, como uma possibilidade de reestruturação da Atenção Primária da Saúde, a partir de um conjunto de ações em consonância com os princípios do SUS: territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecimento. Com foco na família e no desenvolvimento de habilidades e mudanças

de atitudes dos profissionais envolvidos, busca promover uma mudança no modelo assistencial ao passar do eixo curativo para o preventivo, da ação monossetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade (CARVALHO, 1995; TRAD; BASTOS, 1998; TAKASHIMA, 2000; SOUSA 2001; BRASIL, 2001b).

Cada equipe do ESF deve ser composta por equipe multiprofissional, com no mínimo: um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS); acompanhando de 3.000 a 4.000 habitantes, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. Ter como referência uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) para assegurar o acesso da pessoa na rede do SUS. A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, além de propor a alteração da denominação de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), regulamenta a inserção do cirurgião dentista e do auxiliar de consultório dentário e/ou do técnico em higiene dental, como integrantes desta equipe multiprofissional; prevendo também a alocação de distintos profissionais da área da saúde e o apoio de equipes matriciais de outros campos da saúde coletiva para fornecer suporte a estas equipes de saúde da família (BRASIL, 2006a).

A proposta inclui a participação popular que deve atuar em favor de uma nova relação social, na qual predomina o trabalho em equipe visando o bem-estar da comunidade (BRASIL, 2000; SOUSA 2001). As ações de saúde acontecem na comunidade de maneira descentralizada, com o intuito de aperfeiçoar as relações e recursos já existentes (CARVALHO, 1995; ALVES; GULJOR, 2004). Para abordar as famílias e promover a assistência humanizada o serviço de saúde conta com a visita domiciliar como um dos recursos mais valiosos da equipe. Por meio dela é possível detectar problemas antes que se agravem, é possível evitar que as pessoas venham

ao serviço de saúde apenas por dúvidas ou orientações. Consegue-se, assim, um trabalho de parceria que envolve ESF/Família/Comunidade (CUNHA, 2005; ROSA; LABATE, 2003).

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da saúde da família se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, ligados a saúde mental, tais como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Pois, existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Percebe-se que a mudança de modelo na assistência à saúde mental faz-se necessária e traz em si a convicção da necessidade de formulação de outros modelos conceituais e da reformulação das próprias instituições, principalmente aquelas que lidam com a pessoa com transtorno mental e implicam na implementação de uma nova política pública de saúde (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001). Neste sentido o Ministério da Saúde implementou em 2005 uma linha específica de incentivo financeiro para os municípios, o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, assumido pelos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde, que passou a articular definitivamente a saúde mental e a economia solidária na discussão da complexa problemática da inclusão social da pessoa com transtornos mentais. O financiamento destas iniciativas e a discussão permanente

de seus dilemas práticos e teóricos são sem dúvida passos importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde dispõe de diretrizes que incluem a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental em seu planejamento e avaliação. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios, onde a implantação de Centros de Atenção Psicossocial não se faz necessária num primeiro momento (BRASIL, 2005).

A ação governamental pode propiciar as diretrizes e condições para o estabelecimento de uma rede de cuidados em saúde mental, estruturada a partir da Atenção Básica, para atender aos municípios com menos de 20.000 habitantes, os quais representam cerca de 70% dos municípios brasileiros e onde residem 18% da população do país. Nestes municípios, pequenas equipes de saúde mental podem dar apoio matricial às equipes de saúde para viabilizar o suporte técnico em áreas específicas. Nesse arranjo coaduna-se um compartilhamento na forma de coresponsabilização pelos casos atendidos, efetivados através de discussões e intervenções conjuntas junto as famílias e comunidades, ou em atendimentos comuns (BRASIL, 2005).

A responsabilização compartilhada aumenta a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. No caso de municípios maiores, onde estão

implantados CAPS ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com profissionais de outros equipamentos oferece supervisão, atendimento conjunto e capacitação das equipes de saúde da família. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica devem compartilhar os casos e construir coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, ao fomento de ações para diminuir a segregação pela loucura e combater o estigma, além do desenvolvimento de ações para mobilizar os recursos comunitários para a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005).

Essas diretrizes, estabelecidas pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária a saúde, visam ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos. As experiências das equipes matriciais de saúde mental estão, no entanto, ainda em construção. Neste momento, os indicadores de saúde mental já compõem o rol de indicadores das equipes de atenção básica e inicia-se o esforço fundamental de garantir o acesso da população à atenção em saúde mental, em especial nos pequenos municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família começa a se destacar como possibilidade de acesso a população necessitada de tratamento em saúde mental. Entretanto ainda necessita avançar na discussão e na elaboração da prática de cuidado estabelecida por seus profissionais. Pois, não basta que se mude o modelo de atenção para acolher a demanda, referenciar a população, organizar reuniões, dar ênfase a resultados, sem melhorar os procedimentos, sem modificar a prática de cuidado e sem a aproximação das problemáticas da população (CAMPOS, 1997; CONILL, 2002; CUNHA, 2005). Por isso, é de suma importância que as contradições

e dificuldades que permeiam o novo modelo sejam percebidas pelos gestores e sanadas através de intervenções que produzam uma melhor qualificação dos profissionais em seu trabalho cotidiano, possibilitem a reformulação das próprias instituições e implementem a nova política de saúde.

Um exemplo que vem do Ministério da Saúde é a Política Nacional de Humanização (PNH) que tenta promover a inversão do modelo técnico-assistencial dentro da saúde, tendo como base a diretriz operacional do acolhimento. O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuáriocentrada, partindo das seguintes perspectivas: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este deslogue seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, denominada equipe de acolhimento, que se encarregaria da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador/usuário, que deve acontecer por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Como resultado desta política há o desejável aumento da oferta de saúde aos usuários e o aumento na acessibilidade aos serviços de saúde, o que em última análise significa um aumento dos atendimentos realizados pelos profissionais que atuam na assistência em saúde; ou seja, maior rendimento com a mesma carga horária trabalhada (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Neste sentido a aplicação incondicional da PNH pelo gestor pode ocasionar stress ocupacional, principalmente se os profissionais de saúde não dispuserem da formação adequada para atuar neste novo modelo, que num primeiro momento prevê a suspensão de atividades rotineiras até que se equilibre a demanda e ocorra a reeducação da população.

Embasado em Pereira (2003a) verifica-se que o discurso dos profissionais de saúde evidencia a confluência entre a realidade vivenciada no cotidiano da assistência e o conhecimento adquirido no processo de formação. Muito embora os profissionais desenvolvam atividades em serviços que se caracterizam por possibilitar práticas inovadoras, não há garantia de transformação das velhas práticas. Na questão da saúde mental percebe-se que a partir da mudança na estratégia de atendimento os movimentos de transformação ocorridos na atenção básica evidenciam uma sensação de despreparo e de incapacidade pelos profissionais, pois deixam de existir as rotinas rígidas e respostas prontas que haviam em instituições fechadas e controladas, como dos hospitais psiguiátricos.

Segundo Vaisberg (2006) as condutas carregadas de fenômenos de desvalia sugerem a identificação de produções imaginativas e campos ideativo-emocionais, constitutivos do imaginário coletivo de determinados grupos. Por sua vez, os pacientes psiquiátricos tendem a não conquistar a autonomia possível quando os profissionais de saúde, responsáveis por seu cuidado, apresentam condutas permeadas de representações sociais, tais como preconceito e exclusão social.

Nesta perspectiva Pereira (2003a) aponta o manicômio e suas práticas cristalizadas como dificultador da ação profissional, uma vez que desconsidera a subjetividade dos pacientes. Em contraste, as práticas adquiridas na Reforma Psiquiátrica provocam mudanças de conceitos e de representações sobre as questões relacionadas aos transtornos mentais, por conseguinte vislumbrando novas possibilidades de construção de percursos reabilitadores para os portadores de sofrimento psíquico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; ROTELLI, 1994). Assim, percebe-se uma mudança das práticas de assistência ao considerar o sujeito como atuante na sua proposta de reabilitação psicossocial, num processo de

resgate do seu poder de contratualidade e de recuperação do seu desvalor (KINOSHITA, 1996).

Esta pesquisa insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação, caracteriza-se com o estudo descritivo, no qual utilizei o estudo de caso.

A história dos métodos qualitativos ou compreensivos é recente e surgem com as Ciências Humanas, em contraponto às Ciências Naturais. Segundo Turato (2005) isto implica que metodologicamente, para explicar cientificamente determinados fenômenos, pesquisadores se utilizam de várias disciplinas teóricas. Mas para compreender o que o fenômeno significa para a vida do indivíduo, trata-se de um tema que pode ser abordado por investigadores qualitativistas de formações variadas. Desta maneira, cogita que os próprios profissionais de saúde podem empregar métodos qualitativos, com a vantagem de que já trazem as inerentes atitudes clínica e existencial, devido a sua experiência em assistência. Isso permite que realizem ricos levantamentos de dados e façam interpretações de resultados com grande autoridade. O método qualitativo pode ser apreendido, então, como um recorte de objeto com finalidade de empregá-lo no entendimento do *setting* e do processo saúde-doença.

Turato (2005, p.510) considera cinco características que definem o método qualitativo:

Primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as "coisas" (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as "coisas" ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nos settings da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

Segunda propriedade do método: o *ambiente natural* do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis.

Terceiro ponto: o pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados.

Quarto atributo: o método tem maior força no rigor da validade (*validity*) dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos, por ser acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

Quinta característica: se a *generalização* não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Caberá ao leitor e consumidor da pesquisa usá-los para examinar sua plausibilidade e utilidade para entender casos e *settings* novos.

Para Triviños (1987) a pesquisa descritiva permite empregar várias formas de estudos tais como estudos descritivos e correlatos, estudos de casos, análise documental, estudos causais comparativos, dentre outros. Por sua vez, o autor define o estudo de caso como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente e tem como objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade.

Os estudos de caso podem ser constituídos tanto de um único, quanto de múltiplos casos. Justifica-se a utilização de um único caso estudado quando for único ou extremo, como, por exemplo, um fenômeno ou situação que apresenta características peculiares referente à solução de seus conflitos ou apresenta problemas peculiares (GIL, 2002).

Yin (2005) menciona que o estudo de caso pode ser a estratégia escolhida para se examinarem acontecimentos contemporâneos sob uma perspectiva histórica. Neste caso o processo investigativo pode prescindir de técnicas como a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas das pessoas envolvidas.

Triviños (1987) ressalta que o estudo de caso é um dos mais relevantes métodos de pesquisa qualitativa, alertando que a validade dos resultados está diretamente relacionada com o caso que se estuda. Ao mesmo tempo defende que o grande valor do estudo de caso é fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir, e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas.

É interessante ressaltar que as pesquisas desenvolvidas através de estudos de casos são eficazes quando se quer desenvolvê-las envolvendo situações que mereçam uma atenção maior e mais aprofundada, em que o pesquisador tem que imergir na pesquisa para entender como funciona o objeto investigado. Triviños (1994, p.133) caracteriza o estudo de casos observacionais como típico da pesquisa qualitativa, onde o "objeto de estudo é uma *unidade* que se analisa profundamente".

A classificação como observacional, por sua vez, limita a área de interesse que pode deixar de ser a organização como um todo para apenas estudar uma parte dela, neste caso, uma equipe de uma Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu. Assim, "a técnica de coleta de dados mais importante trata-se da observação participante, que às vezes aparece como sinônimo de enfoque qualitativo" (TRIVIÑOS, 1994, p.135). Em consonância, Richardson (1999) especifica que na observação participante, o observador não é mero espectador da pesquisa, mas se apresenta no mesmo patamar dos sujeitos que compõem o fenômeno a ser estudado.

4.1 Contexto da Pesquisa

O município de Botucatu tem população de 128.397 habitantes (IBGE, 2008), está localizado na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, faz parte da Direção Regional de Saúde (DRS) VI, com sede em Bauru. O Município tem uma extensão de 1.522 km², com uma área urbana de 154 km², e está a 235 km de distância da capital paulista e 88 km de Bauru, sendo ligado pelas Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon e pela linha férrea da antiga Fepasa. O seu índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,822 (56° no Estado e 201° no País).

Conhecida como "A Cidade dos Bons Ares, das Boas Escolas e das Boas Indústrias", Botucatu possui temperatura agradável (média 22°C), proporcionada por uma brisa constante, pois o município localiza-se no alto da serra. Possui um sistema de ensino reconhecido internacionalmente com destaque para o Campus da Unesp, que oferece vários cursos de graduação e pós-graduação. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina é um dos mais conceituados do país, prestando atendimento à pacientes de todas as regiões brasileiras. O perfil industrial é bastante diversificado e algumas das principais empresas brasileiras estão situadas em Botucatu, caso da Duratex S/A, Indústria Aeronáutica Neiva/Embraer, Induscar/Caio, Hidroplás, Bras-Hidro, Staroup, Café Tesouro, Eucatex S/A, e Centro Flora/Anidro do Brasil.

Outro destaque de Botucatu são suas belezas naturais: o Rio Tietê, em cujas margens formam-se bairros pitorescos, como Rio Bonito e Mina; a Fazenda Lageado da época da produção do café e que pertence à UNESP; a igreja em estilo medieval do morro de Rubião Júnior; as dezenas de cascatas e cachoeiras, entre elas a "Véu

da Noiva"; as formações geográficas que geram lendas como as Três Pedras, o Gigante Adormecido e o Morro do Peru; sem contar com a Cuesta de Botucatu onde está situada a cidade.

A rede de saúde presente em Botucatu é bastante diversificada, porém somente o nível primário de atenção é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e atualmente está composto por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nos seguintes bairros: Cecap, Cohab I, Centro, Jardim Cristina, Vila Jardim e Vila São Lúcio. E por oito Unidades Saúde da Família (USF), situadas assim: Parque Marajoara, Distrito de Rubião Júnior (zona urbana e rural), Jardim Santa Elisa, Distrito de Vitoriana (zona rural), Jardim Aeroporto, Distrito de César Neto (zona rural), Jardim Iolanda e Jardim Peabiru (SMS, 2009).

Outras duas unidades básicas de saúde, Centro de Saúde Escola (CSE), localizado na Vila dos Lavradores, e CSE da Vila Ferroviária, são geridos através de um convênio entre a Universidade Estadual Paulista (UNESP) e a Secretaria Estadual de Saúde e têm autonomia de gestão, respondendo por uma região de cerca de 30.000 habitantes (SMS, 2009).

Completam o desenho da atenção primária em saúde no município: um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST); o Programa de Saúde do Escolar; o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); as Vigilâncias de Saúde, Sanitária e Epidemiológica; o Programa de DST/AIDS; e o Programa de Saúde Mental/Tabagismo/Álcool e Outras Drogas.

Em 2004, para atendimento da demanda de saúde mental na rede de atenção básica, foi contratada a primeira Equipe Mínima de Saúde Mental composta por um psicólogo e um assistente social, que iniciaram o suporte matricial do, então, Programa Saúde da Família. No ano 2006 o quadro aumentou para duas Equipes

Mínimas de Saúde Mental, estendendo o atendimento matricial em saúde mental para as UBS. A equipe expandiu novamente em 2008, constituindo-se de dois coordenadores para três psicólogos, três assistentes sociais e um terapeuta ocupacional, atuando em conjunto com médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde. Em 2009, com a mudança na forma de contratação de profissionais, aguarda reposição de três profissionais que se desligaram e a contratação de um enfermeiro e um médico (SMS, 2009).

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde mental na Atenção Básica de Saúde estão definidas pela Portaria 224/92 e pela necessidade do gestor local (BRASIL, 2004a) contemplam:

- Atendimento individual (consulta, psicoterapia, entre outras);
- Atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico e de orientação; atividades socioterápicas, educativas em saúde e de sala de espera);
- Visitas domiciliares;
- Atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde;
- Capacitação dos profissionais da Atenção Básica;
- Acompanhamento terapêutico de usuários da saúde mental;
- Encaminhamentos para outros serviços;
- Supervisão de estagiários da Equipe de Saúde Mental.

O nível secundário de atenção à saúde no SUS existente no município pertence à Secretaria Estadual da Saúde, o que inclui toda assistência em saúde mental funcionando com uma capacidade parcial de absorção e de resolubilidade das demandas trazidas pelos munícipes. Em Botucatu os serviços de saúde mental estão presentes nos seguintes serviços:

- Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), da DRS VI Bauru;
- Centro Saúde Escola (CSE), conveniado com a UNESP;

- Ambulatório de Psiquiatria e Psicologia da UNESP/Botucatu;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), vinculado ao Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos, atualmente transformado em CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde);
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), vinculado ao CAIS Cantídio de Moura Campos;
- Oficina Terapêutica Estação Girassol, vinculada ao CAIS Cantídio de Moura Campos;

O município de Botucatu conta com uma associação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental denominada de AAC – Associação Arte e Convívio. Não se caracteriza num serviço de saúde mental, mas atende pessoas com transtornos mentais graves. Nesta perspectiva propõe melhoria da qualidade de vida da população atendida a partir da proposta da reabilitação psicossocial, visando a qualificação profissional dentro de uma lógica solidária de produção e a criação de possibilidades para a construção de cidadania. Utiliza as oficinas de geração de renda e expressão artística com este objetivo, bem como viabiliza espaços de convivência e lazer.

O nível terciário de atenção à saúde do SUS funciona em Botucatu basicamente através do CAIS Cantídio de Moura Campos, por meio das Unidades de Moradores e de Agudos; e também do Hospital-Dia e do Pronto-Socorro da UNESP. O CAIS antes se denominava Hospital Psiquiátrico Cantício de Moura Campos e foi reformulado para a atenção em saúde dos usuários de saúde mental e futuramente da população do município.

Compreendendo toda a realidade local, acabei por estabelecer como contexto desta pesquisa uma Unidade de Saúde da Família (USF) na qual atuo como psicólogo pela Equipe Mínima de Saúde Mental desde 2004, desenvolvendo o apoio matricial.

A USF se localiza num bairro periférico do município, onde a população apresenta baixa renda, baixa escolaridade e conta com saneamento básico precário. Nota-se que pessoas oriundas de outras regiões do país se mudaram para aquele território, mesmo que temporariamente a fim de realizar tratamento de saúde, ali permanecendo por um período razoável de tempo, e neste ínterim utilizam os serviços da unidade de saúde. Todas estas particularidades fazem com que a população atendida seja diferenciada do restante da população do município.

A estrutura física onde funciona a Unidade de Saúde da Família há seis anos foi anteriormente um posto de saúde que contava com clínico geral, pediatra e ginecologista em alguns períodos da semana. Desse modo a população utilizava a unidade de saúde para pronto atendimento, característica que ainda permanece. Nesta unidade de saúde a Equipe Mínima de Saúde Mental iniciou suas atividades em 2004, realizando o apoio matricial semanalmente em atividades diversas como: atendimento individual e em conjunto com outros profissionais; implantação de grupo terapêutico; realização de visitas domiciliares conjuntas; discussão de casos com membros da equipe de saúde; entre outras.

Em particular esta USF apresenta grande demanda de problemas ligados a área de saúde mental, principalmente alcoolismo entre os homens e depressão entre as mulheres, o que é uma demanda de atendimento em saúde mental presente em outras Unidades de Saúde do município. A equipe de saúde desenvolve várias atividades em saúde mental e é também acionada a realizar o acompanhamento de pacientes psiquiátricos egressos do CAIS Cantídio de Moura Campos, que antes era um hospital psiquiátrico típico. Também realiza o monitoramento de usuários advindos dos serviços secundários de saúde mental, tais

como: Ambulatório Regional de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental da UNESP e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

4.2 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa pertencem à equipe de saúde envolvida na assistência da Unidade Saúde da Família e se constitui de: um médico, um enfermeiro, cinco auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de dentista, um auxiliar administrativa e um auxiliar de serviços gerais; num universo de 19 sujeitos, assim dispostos no quadro abaixo:

Sujeito	Idade	Categoria Profissional	Tempo de Trabalho na ESF
S 01	26 anos	Médico	01 ano e 06 meses
S 02	26 anos	Enfermeiro	01 ano e 06 meses
S 03	34 anos	Auxiliar de enfermagem	01 ano e 06 meses
S 04	33 anos	Auxiliar de enfermagem	03 semanas
S 05	33 anos	Auxiliar de enfermagem	01 semana
S 06	31 anos	Auxiliar de enfermagem	01 semana
S 07	30 anos	Auxiliar de enfermagem	04 anos
S 08	22 anos	Auxiliar de enfermagem	03 anos
S 09	40 anos	ACS	05 anos e 02 meses
S 10	37 anos	ACS	05 anos e 02 meses
S 11	31 anos	ACS	05 anos e 02 meses
S 12	30 anos	ACS	05 anos e 03 meses
S 13	25 anos	ACS	05 anos e 03 meses
S 14	25 anos	ACS	04 anos
S 15	24 anos	ACS	05 anos e 02 meses
S 16	19 anos	Auxiliar administrativo	03 meses
S 17	38 anos	Auxiliar de serviços	01 mês
S 18	30 anos	Dentista	03 anos
S 19	35 anos	Auxiliar de dentista	03 anos

A seleção dos sujeitos para a pesquisa baseou-se unicamente no critério de serem profissionais atuantes numa USF, independente da categoria profissional e do tempo de trabalho. A investigação pautou-se pelo estudo da representação de doença mental que o sujeito traz consigo a partir da sua formação e prática profissional.

A maioria dos profissionais de saúde da USF investigada passou por atividades de capacitação em Saúde Mental subsidiadas pela Secretaria Municipal do município de Botucatu/SP quando foram contratados. Posteriormente, foram realizadas oficinas de sensibilização, coordenadas pela Equipe de Saúde Mental. O público alvo foram os profissionais das USF, sendo a categoria dos Agentes Comunitários de Saúde a que teve a maior participação (PEREIRA; MACHADO; NASCIMENTO, 2008).

4.3 Coleta de Dados

Após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da UNESP/Botucatu, em 03 de dezembro de 2007, sob nº 518/2007, com a anuência dos sujeitos e a execução dos procedimentos éticos exigidos pelo CEP, foram realizadas as entrevistas em agosto de 2008 (Anexo 1).

A coleta de dados pautou-se pela Observação do autor durante os quatro anos de matriciamento realizados como psicólogo da Equipe de Saúde Mental e pelo uso da técnica projetiva denominada Procedimento Apresentativo-Expressivo

com Tema desenvolvido por Vaisberg (2004), a partir da ideia original de Trinca (1976) (Anexo 2).

Dessa maneira, com o campo de pesquisa definido, as entrevistas aconteceram no próprio local de trabalho dos sujeitos. Após a permissão de cada sujeito e o devido preenchimento do termo livre e esclarecido, as entrevistas aconteceram individualmente. Foram convidados a elaborar um desenho no qual pudessem expressar a própria ideia acerca da doença mental; e, em seguida, solicitados a dar um título e escrever a estória deste desenho.

Os sujeitos realizaram a coleta sem intercorrências, e, um a um estabeleceram contato com o instrumento da pesquisa. Os funcionários mais novos ainda não me conheciam como profissional da Equipe de Saúde Mental e as informações se desenvolveram em clima um pouco mais formal, porém os profissionais que estavam há mais tempo na USF, demonstraram estar mais à vontade. Todos se envolveram com a proposta, havendo alguns que tinham mais facilidade em confeccionar o desenho e outros em escrever as estórias. Mas, de um modo geral, como já era previsto, a dimensão lúdica da proposta de pesquisa facilitou o encontro sujeito/pesquisador. Havia uma curiosidade natural em saber o resultado da pesquisa, a que foi informado que a devolutiva seria fornecida em tempo oportuno.

Para Bleger (1993) a observação em condições controladas ou, pelo menos, em condições conhecidas compõe a entrevista e se constitui num instrumento de investigação científica. Também considera que para alcançar os resultados possíveis, o pesquisador necessita usar das funções psíquicas de observar, pensar e imaginar, coadunando num único processo dialético. O conteúdo emergente é

sempre situacional, ou seja, emergente de um campo, onde o entrevistador controla a entrevista, porém esta é dirigida pelo entrevistado.

Entendendo que ao serem indagados sobre o tema da doença mental os sujeitos poderiam reproduzir o discurso oficial, vislumbrei, então, que o uso de um procedimento expressivo pudesse acessar os conteúdos lógico-emocionais que embasassem suas condutas. A partir da expressão de conteúdos ideoafetivos podese planejar estratégias para intervenção futura, visando mudança de campo psicológico da equipe de saúde a fim de propiciar uma transformação da assistência em saúde mental da população atendida por estes profissionais.

O Procedimento Desenho-Estória com Tema foi utilizado para aferir a apercepção temática dos profissionais da saúde a partir de formas gráficas de suas expressões, que serviram de estímulos a partir dos quais as suas estórias foram idealizadas. Trata-se de uma técnica que utiliza folha de sulfite, lápis preto e lápis coloridos, onde o entrevistado recebe o comando para desenhar e dar um título para a sua produção, relacionada ao tema abordado, que no caso foi "doença mental", e, em seguida escrever uma estória acerca do desenho confeccionado (TSU, 1991). O ato de desenhar permite ao sujeito entrar numa área transicional, isto é, num espaço intermediário de experimentação entre seu mundo interior e exterior, facilitando a emergência de substratos inconscientes (WINNICOTT, 1975). Assim, através da ludicidade há a possibilidade da emergência dos substratos afetivo-emocionais e a aferição das expressões inconscientes, que espontaneamente surgem durante a aplicação da técnica (VAISBERG, 1995).

A proposta da pesquisa qualitativa aplicada a profissionais da ESF coaduna com a possibilidade de análise de conteúdos ideoafetivos que emirjam durante a aplicação do Procedimento Desenho-Estória com Tema. A utilização deste

procedimento de pesquisa veio contribuir para que os conteúdos não conscientes pudessem ser analisados, uma vez que a abordagem lúdica possibilita o deslocamento da atenção do sujeito para a área ideoafetiva e possibilita a emersão de conteúdos associados ao tema da doença mental, o que realizado por meio de entrevistas formais poderia propiciar respostas com conteúdo politicamente correto ou promover a assertividade para com o pesquisador na tentativa de agradá-lo.

Vaisberg (2004) sinaliza que no encontro humano, estabelecido na clínica, há uma demanda do outro que deseja obter benefícios para o seu amadurecimento emocional. Então, entra em cena o mecanismo da projeção que garante a transferência de conteúdos psíquicos. A mediação estabelecida entre o sujeito e o terapeuta pode ocorrer através de condutas expressas sem motivação, o que numa perspectiva blegeriana pode ser entendida como inconsciente (BLEGER, 1989). Tais condutas expressas pelo sujeito, de modo verbal e não-verbal, dentro do espaço clínico, podem ser captadas durante a pesquisa por conteúdos simbólicos subjacentes.

Embasada em Bleger (1989), Vaisberg (2004) cogita a conduta humana como a marca de múltiplos sentidos, sendo a psicanálise apresentada com êxito na superação de posições teóricas e de práticas segregacionistas que buscam a objetivação do ser humano, destituindo-o da sua condição de sujeito e retirando-lhe o que o constitui como natureza singular. A autora valoriza as avaliações nas quais as mediações não estejam focadas na comunicação verbal, considerando os métodos projetivos mais interessantes que as aferições psicométricas, principalmente quando o verbal pode não ser significativo. O que se aplica neste caso onde os profissionais de saúde ouvidos poderiam apresentar um discurso politicamente correto e, no entanto, longe de significar o que realmente sentem e percebem sobre o fenômeno da doença mental.

Nesta perspectiva, a abordagem winnicottiana já havia concebido e usado o Jogo do Rabisco como método clínico na relação psicoterapêutica com crianças, percebendo que o mais importante era estabelecer a interação com o sujeito, de maneira lúdica. Verificou que os desenhos, quando feitos em dupla, podiam permitir um encontro emocionalmente significativo, onde há o respeito pelo desejo do outro, favorecendo o diálogo lúdico (WINNICOTT, 1971). Assim, o pesquisador também pode entrar no jogo lúdico e auxiliar os sujeitos na emersão dos conteúdos ideoafetivos ligados ao tema proposto, na intenção da elaboração e a transformação dos campos psicológicos inconscientes ligados ao tema.

Neste sentido Vaisberg, Correa e Ambrósio (2000) reconsideram o termo Procedimento Desenho-Estória com Tema a partir de um embasamento winnicottiano e passam a denominá-lo Procedimento Apresentativo-Expressivo com Tema. Neste sentido, caracteriza-se por um método clínico rigoroso e fundamentado que produz conhecimento sobre o humano, não confundível com a reprodução ideal do mundo pela representação — quando o objeto exterior é convertido em algo homogêneo ao sujeito, em ideia. Consequentemente, numa abordagem qualitativa, torna-se inaceitável a objetificação do fenômeno humano, pois o humano coisificado é simulacro, no qual fica perdido o essencialmente humano. Conquanto, cabe aqui a troca do método pelo rigor científico que prima pela transparência máxima da elucidação dos pressupostos éticos, epistemológicos e antropológicos mediante os quais se constitui o campo investigativo (VAISBERG, 2004).

4.4 Análise dos Dados

Com o material obtido nas entrevistas, a partir da aplicação do Procedimento Apresentativo-Expressivo com Tema (PAET), utilizei a proposta de Leitura Flutuante, onde os textos coletados foram lidos várias vezes (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p.40).

A seguir, recorri à Análise Temática (BARDIN, 1990) na busca de temas significativos a partir de um recorte transversal sobre os conteúdos registrados pelos sujeitos durante a entrevista.

Ao realizar a análise do material obtido a partir da utilização do PAET com o tema "doença mental", aplicados em profissionais da saúde, lotados numa Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu, e tendo como objetivo identificar os conceitos de doença mental que tinham, apreendi a emergência de quatro temas aglutinadores dos relatos discursivos dos sujeitos, aos quais denominei: 1) doença mental ligada ao cuidado em saúde; 2) doença mental ligada a visão médicocentrada; 3) doença mental ligada à exclusão/inclusão; 4) doença mental ligada ao meio social.

Diante de uma produção rica iniciei a análise do material obtido, procurando eleger os relatos mais significativos de cada tema, juntamente com a proposta de discussão com os vários autores que embasam esta pesquisa.

4.4.1 DOENÇA MENTAL LIGADA AO CUIDADO EM SAÚDE

Emergiu das produções gráficas elaboradas pelos sujeitos desta investigação, o tema do cuidado, com ênfase no encontro, no acolhimento, no vinculo e na promoção da autonomia das pessoas assistidas. Nas estórias o diálogo e a escuta do outro são vivenciados pela pessoa que requer ajuda, em sua relação com o profissional, como um cuidado esperado e talvez resolutivo. Por sua vez, quando o profissional consegue vislumbrar o vetor da solidariedade na relação terapêutica, possibilita à pessoa assistida o aflorar do sentimento de inclusão e de pertença à comunidade-território onde o cuidado se efetiva.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) postulam o processo de reforma da assistência psiquiátrica ao repensarem o processo saúde/doença mental/cuidado na perspectiva do processo de cura acontecendo pela invenção da saúde e pela reprodução dos sujeitos. Fortalecem a idéia da substituição da concepção da doença mental pela "existência de sofrimento" e, concomitantemente, enfatizam a valorização do cuidar, a partir da adoção do território como espaço social de busca constante pelo exercício de cidadania. O território é aqui entendido não somente como área geográfica do bairro, mas como constelação de saberes, referências, culturas, influências sociais e econômicas que dão forma e dinâmica aos lugares da vida.

Tal concepção demonstra a complexidade que envolve o campo do cuidado. Nesta direção Bleger (1989, p.47) aponta para a amplitude de qualquer fenômeno estudado, pois nele há três âmbitos:

1. âmbito psicossocial, quando inclui só o indivíduo, seus vínculos e relações interpessoais;

- 2. âmbito sócio-dinâmico, quando centrado no grupo, tornando-se uma unidade;
- 3. âmbito institucional, quando a relação estudada é a dos grupos entre si e das instituições que os regem.

Portanto, isso evidencia a importância da pessoa estar inserida numa proposta terapêutica abrangente e integradora, onde a sua opinião deve ser acolhida conjuntamente, no que tange o planejamento de como será realizado seu cuidado, considerando este cuidado inseparável do ambiente, segundo Bleger (1989) seu "espaço vital". O desenho cujo título é "Depressão" traz a seguinte estória:

S03: "A mulher ficava em casa sem trabalho e sem diversão, cuidando dos filhos e marido, sem dinheiro para se cuidar (cuidar da beleza e comprar coisas necessárias à manutenção da sua aparência), precisava trabalhar, mas não conseguia trabalho, entrou em depressão. Foi só uma fase e hoje esta mulher está bem, feliz e nem precisou trabalhar, só com uma boa conversa e apoio de amigos e família melhorou."

O texto indica melhora da condição de saúde da pessoa "só com uma boa conversa". E aquilo que incomodava deixa de incomodar, mesmo não havendo realizado mudanças significativas no modo de viver da personagem trazida na estória. Sugere, conquanto, a necessidade da atenção das pessoas à sua volta. Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.30) mencionam que o problema não está em se alcançar a "cura", mas produzir "vida, sentido, sociabilidade e utilização dos espaços coletivos".

A estória produzida menciona o universo feminino, as dificuldades sentidas por muitas mulheres no cotidiano de cumprir os papéis sociais, o peso das carências materiais, afetivas, o silenciamento de sentimentos subjetivos. Desta forma, o sujeito demonstra associar tais fatores ao surgimento da doença mental.

Autores como Fleck et al. (2002), Andrade et al. (2006), destacam a importância do reconhecimento da doença mental, no caso, a depressão, nos

serviços de atenção básica, em decorrência da significativa prevalência e o impacto na dinâmica de vida de pacientes e familiares envolvidos. Também é destacada a necessidade do preparo dos profissionais envolvidos na assistência para a efetivação do cuidado.

Assim, ver o cuidado de modo mais abrangente, pode se aproximar do pensamento de Bleger (1989, p.108-109), na consideração da dramática humana em termos de experiência, de acontecer ou de acontecimento humano, ou seja, dentro do mesmo nível de integração no qual realmente ocorre; implicando, portanto, em manter a descrição e o estudo da conduta no nível psicológico. Neste caso, "o dramático opõe ao estático, é incompatível com o dinâmico-causa, mas complementa-se com o dinâmico-vetorial, sempre no mesmo nível de integração: o psicológico".

Saraceno (2001, p.141) coloca a importância de "dar crédito" às pessoas, a fim de que sua autonomia e sua capacidade intrínsecas possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento pessoal, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedoras de si mesmas. Em tal sentido, o reforço das redes sociais existentes é imprescindível para a produção de novas redes e oportunidades de trocas.

Complementa Bleger (1989, 72-87) que "a conduta humana é sempre uma resposta ao estímulo configurado pela situação total, assim como é uma defesa, no sentido de que protege o organismo da desorganização". Ao aceitar a conduta ligada ao objeto possibilita a vinculação afetiva em seus relacionamentos interpessoais. A linguagem afetiva emprega as palavras como "vetores de intencionalidade", onde a conduta humana, seja verbal ou gestual, constitui-se de significado e pode promover saúde ou doença.

Desta maneira, o cuidado em saúde solicita a aproximação com o outro numa relação empática, que pode ser traduzida por um toque na alma (psique). Sem a sensibilidade em se colocar no lugar do outro e apoiá-lo afetivamente pode-se precipitá-lo a uma ruptura com a realidade à sua volta.

O relato de um sujeito do estudo promove uma reflexão de como cuidar pode conter significados e experiências diferentes para cada profissional, configurando uma assistência presente e ausente ao mesmo tempo. Ou seja, após um tempo considerável de acompanhamento da pessoa pela equipe de saúde, há a dificuldade do profissional da equipe em conduzir o manejo da pessoa portadora de doença mental em sua crise, levando-a ao desfecho da internação psiquiátrica, tal qual contada na estória intitulada "Igualdade e diferenças":

S08: "A paciente Mara, chega à unidade de saúde, a qual faz acompanhamento com Saúde Mental há um ano, por quadro de depressão mais tentativa de suicídio. A paciente foi atendida por um profissional Enfermeiro, o qual, na consulta falou para a paciente: 'Mara, você não tem como voltar a trabalhar, pois não está mais capacitada para suas funções'. Após dois dias, a paciente estava internada no Hospital Psiquiátrico."

O relato produzido sugere que a estratégia da clínica ampliada pode ficar secundarizada no cuidado ao doente mental. Isso pode ocorrer quando os profissionais tendem a uma visão de clínica pautada no atendimento médico especializado, cogitando na intervenção a falta de comprometimento e corresponsabilização da equipe. Esta, ao encaminhar o doente mental para tratamento fora da Unidade de Saúde, pode passar a considerar a intervenção realizada.

TSU (1993) ao pesquisar sobre a internação psiquiátrica e o drama das famílias, enfatiza que há maior probabilidade de nova internação quando existe uma história de internamento anterior. Desta forma, a internação contribui para a

aquisição do estigma, não apenas por parte das pessoas em geral, mas também dos profissionais, especialmente o médico, que avaliza a condição do doente mental. Preponderante, surge a noção de que o acompanhante é um cliente que contrata um serviço, enquanto o paciente permanece cliente apenas na qualidade do objeto de determinadas práticas profissionais.

O problema se acentua quando "o caso" é passado para frente, muitas vezes, sem que haja atuação ou acompanhamento da equipe, com a qual é esperada que o paciente possua vínculos. Para Dell'Acqua e Mezzina (2005) o cuidado ampliado solicita o exercício de tomar para si a responsabilidade do território. Exemplificam que uma justificativa para internação aconteceria mediante uma tentativa de suicídio e dependendo da situação apresentada, quando questões relativas à existência ou ausência de suporte familiar, afetivo e de rede social estivessem fora de possibilidade do sujeito; neste caso caber-se-ia à equipe de base territorial proceder ao acompanhamento do paciente.

Outro aspecto trazido na produção diz respeito à representação que o profissional de saúde pode ter acerca do local de tratamento da doença mental. Perrusi (1995) tendo a temática como foco, demonstrou por meio do seu estudo a significativa ideia de que, para os profissionais da saúde entrevistados, o local de tratamento da doença mental é o hospital psiquiátrico. Assim, corrobora para a noção de que a representação acerca das possibilidades de reabilitação da pessoa com a doença mental influencia diretamente a atuação do profissional.

Na reabilitação do doente mental, Saraceno (2001, p.70) esclarece que a atuação do profissional expressa e exprime a oscilação entre "a forma forte do ter o individuo dentro" de um serviço especializado e a "forma fraca do fazer passar o tempo lá", o que "carrega em si contradições e limitações". Sobretudo afirma que a

verdadeira libertação de identidades acontece na comunidade e com tudo o que ela representa para as pessoas.

Neste sentido Pereira (1997, p.51) remete à reflexão de que "o tipo de resposta institucional e o acolhimento que recebe o doente mental condiciona a sua evolução", por partir do princípio que "o apoio da rede familiar e social parece ser muito mais eficaz que a internação plena de aparatos terapêuticos". Assim, não descarta a possibilidade de internação curta, desde que a crise ao ser estabilizada, a pessoa possa ser inserida num CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou num outro serviço substitutivo, fora do universo do hospital psiquiátrico.

Winnicott (1983, p.63) aponta que o cuidado em saúde é afetado pela capacidade dos profissionais em acolher o sujeito; e que "ao redor da área chamada de cuidado físico coexiste o território complexo das emoções do indivíduo, dos grupos de indivíduos e mesmo da sociedade".

Entendendo que o afeto e o intelecto não são excludentes, mas são dois níveis de experiência que, inclusive, coexistem sempre com um grau variável de predomínio de um ou outro, pode-se vislumbrar o afeto como um passo – prévio e conjunto – da conduta simbólica. Sendo assim, o afeto não se trata de um processo puramente biológico, mas compreende-o sob a perspectiva da integração psicológica e, sempre, numa experiência com o mundo exterior. Trata-se de uma experiência com organização própria e não se caracteriza pelo oposto ao intelecto e sim por uma organização diferente. Na experiência afetiva o externo é tratado como se fosse interno (BLEGER 1989, p.197).

Segundo Winnicott (1975, p.100) o cuidado em saúde "... se faz presente quando qualquer pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa."

Portanto, considerar o cuidado em saúde unilateralmente, sem contemplar a pessoa como parte integrante do processo, sem ir ao encontro da sua necessidade, que é única, comete-se o risco de não estabelecer a relação terapêutica necessária para a transformação do estado biopsicossocial da pessoa adoecida. Tal qual é demonstrado no relato intitulado "Expressões difíceis":

S14: "Certo dia, encontrei uma moça, a mesma parecia muito só. Ao tentar puxar conversa com a moça perguntei seu nome: 'Me chamo Taís'. Então, me apresentei como Joana. No primeiro instante, Taís estava meio triste, depois já começou a contar fatos alegres mudando a expressão rapidamente. Ela nem me conhecia e já estava contando coisas de sua vida, que eu nunca imaginei. A conversa foi se entendendo, então Taís começou a chorar. Na hora já não sabia mais o que fazer ou agir naquela situação, pois fui observando um ar de angústia, medo e até mesmo chegando a se desesperar com alguns fatos que me relatou. Ao se acalmar mais, me confessou que estava precisando muito de uma pessoa, que fizesse o que eu estava fazendo no momento, escutando-a, dando atenção. Com a expressão de satisfação por ter desabafado, a mesma me falou: 'muito obrigado, uma estranha me ajudou muito mais sem imaginar do que muitos que convivem comigo há anos'."

Na estória o sujeito associa a doença mental ao estabelecimento da confiança para ocorrer à escuta, o que nos leva a refletir que não se trata de apenas uma conversa revestida de conotação de fantasia salvadora, mas de um diálogo desenvolvido para auxiliar o outro na compreensão do seu problema, e, que para tanto, necessita de tempo e disposição interna de quem é o interlocutor. Ao sentir-se acolhida, a pessoa com sofrimento psíquico, passa a apresentar-se verdadeiramente no encontro, e inicia o processo de organização interna dos conteúdos emocionais que tanto a afetam.

Vaisberg, Tachibana e Ribeiro (2006) se posicionam ao refletir que, no encontro com o outro, há a possibilidade da observação de um imaginário emocionalmente maduro, em que o outro é visto como um ser humano em

83

sofrimento. Se este imaginário for emocionalmente imaturo pode ser um forte impeditivo para que os profissionais de saúde consigam estabelecer um ambiente bom, e capaz de ser transformador da realidade do indivíduo, pois a realidade interna perpassada por regras lógico-formais voltadas essencialmente para si próprios gera uma inquestionável dificuldade de preocupar-se com o outro, e, por consequência, dissolvendo um dos determinantes para que a relação terapêutica possa se estabelecer.

Nesta direção Winnicott (1990, p.63) afirma que "saúde é maturidade e que imaturidade de qualquer espécie é saúde mental deficiente". Sendo, portanto, uma ameaça ao indivíduo e uma perda para a sociedade, quando não há interlocutores capazes de realizarem as vinculações afetivas para que o sujeito se pronuncie e seja cuidado.

Desse modo, a todo tempo, as forças que regem o indivíduo estão se manifestando e se não houver a possibilidade de trocas significativas, de continência, poderá haver favorecimento do adoecer, descredenciando-o da aproximação de potenciais latentes e de uma condição autônoma, como relata o sujeito em sua produção com o título "Indiferença":

S11: "[...] Nestes anos vivenciando isto em meu trabalho e também na minha comunidade, vejo o quanto é difícil ver e não ter como ajudar essas pessoas, mas procuro sempre ouvi-los e tento sempre ajudá-los de alguma maneira com um sorriso, um abraço. Para que se sintam um pouco melhor."

A estória produzida vislumbra a possibilidade do gesto espontâneo do profissional que tenta superar sua impotência e vai de encontro da pessoa que precisa de cuidado, exercendo a partir da empatia o gesto humano da afetividade e da solidariedade.

Winnicott (1990, p.73) corrobora com a questão quando declara que "a natureza das manifestações depende não só da fisiologia do medo, mas também do tipo de fantasia consciente ou inconsciente". Nesta perspectiva, pode ocorrer um colapso das defesas internas, ocasionando o surgimento da ansiedade manifesta, ou ao superá-las, possibilitar a aproximação com o outro e vislumbrar toda uma gama de possibilidades para que o cuidado aconteça.

Segundo Bleger (1989) para compreender o ser humano e o seu nível de integração, se faz necessário o estudo da vida humana. Mesmo quando o foco do cuidado é a fantasia humana, pode-se ter aí uma diminuição da tensão intrínseca do sujeito, principalmente naquilo que é relativo ao impulso instintivo e a culpa, que pode dominar-lhe a mente em determinado instante da vida. Assim, a fantasia pode converter-se num meio de defesa contra a angústia. Este universo polissêmico da assistência na comunidade solicita do profissional o enfrentamento conjunto das muitas questões trazidas pelo indivíduo e prevê uma ampliação do seu olhar para o campo da saúde mental, que, por conseguinte, pode provocar e/ou acirrar condutas defensivas de ambas as partes.

Vê-se que há mais questões subjacentes no encontro entre o profissional da saúde e o paciente, do que aquilo que efetivamente é considerado e tratado. A produção dos sujeitos deste estudo demonstra que o profissional de saúde, imbuído da característica de cuidador, consegue mobilizar seus sentimentos a favor da complexidade que o cuidado requer. Neste sentido o desenho intitulado "Humanismo" expõe a seguinte reflexão:

S10: "Quando há um sincronismo (união) na parte da Saúde num modo geral, mais amor e interação na parte da família, com certeza terá um tratamento efetivo com grande resultado para o paciente que está envolvido nesse contexto. E, com isso todos com certeza sairão ganhando, porque deu o seu melhor na parte humana no tratamento do paciente."

O sujeito demonstra que existe um caminho para que o cuidado em saúde seja efetivo, e este caminho passa pela construção de uma rede de cuidado que perpasse vínculos afetivos realmente integradores, com o da família e o do cuidado profissional dispensado pela Unidade de Saúde.

Segundo Evaristo (2000, p.29) se faz necessário "provocar uma carga afetiva nos familiares e na comunidade em direção a pessoa que necessita de ajuda". Nesta direção, o resultado esperado a partir de uma intervenção transformadora da condição da pessoa perpassa pelo quanto de afetividade existe no serviço.

Saraceno (2001, p.83) repensa a atuação da psiquiatria e destaca que "variáveis reais mudam as vidas reais das pessoas reais". Por conseguinte, a reabilitação da pessoa com doença mental passa pela apropriação de variáveis que verdadeiramente determinam os resultados da intervenção: sujeitos, contexto, serviços e recursos.

Neste sentido Bleger (1989, p.35) aponta que no estudo de um fenômeno, deve-se fazê-lo em função de suas relações em um dado momento. Discorre que "um medicamento não tem propriedades farmacológicas e químicas por sua 'natureza' exclusiva"; ou seja, sua propriedade não só depende da droga, mas também das "condições do organismo" e da "relação transferencial" de quem o administra. A relação terapêutica não descarta o ser humano, antes, prescinde dele para que haja o tratamento. Fica implícito, por conseguinte, que o profissional de saúde não está imune as mesmas consequências a que estão submetidos os indivíduos que procuram tratamento e os seus cuidados.

4.4.2 DOENÇA MENTAL LIGADA A VISÃO MÉDICO-CENTRADA

As elaborações produzidas apresentaram a ideia de um cuidado baseado no modelo médico-centrado. Merhy (1998, p.8) afirma que "a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde está subjugada a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais submetidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido". O autor pontua que o foco do cuidado deve ser usuário-centrado, a partir da construção de vínculos e compromissos entre usuários e profissionais da saúde, a fim de prover necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2008).

A partir da visão psicodinâmica e discorrendo sobre o componente biológico no desenvolvimento humano, Bleger (1989, p.57) aponta a sua importância ao abordar o início da vida humana acontecendo basicamente em sua dimensão corporal. Para o recém-nascido tudo é corpo, considerado indiviso do mundo externo, num estado de transitivismo, onde nele tudo ocorre: o sujeito e o mundo constituem o corpo. Com a discriminação progressiva entre o corpo e o mundo externo, este último é considerado uma nova área. Posteriormente, a área da mente é incorporada através da capacidade para simbolizar e substituir a ação concreta e os objetos por seus símbolos, sem confundi-los com o que está simbolizado.

Esta noção que pode ser apreendida empiricamente, uma vez que vivemos sob a égide do corpo, porém a fixação neste único ponto não garante a compreensão do todo que representa o ser humano em todas as suas facetas.

Enfatizando o biológico, vários sujeitos destacaram a visão de doença mental atrelada ao componente orgânico como fator preponderante para a existência da

psicopatologia. As estórias produzidas descreveram a importância do atendimento centrado no médico e no tratamento medicamentoso. Um trecho do relato "Igualdade e diferenças" evidencia a internação psiquiátrica como prática de tratamento, sem a apresentação da alternativa dos serviços extra-hospitalares.

S08: "A paciente Mara, chega à unidade de saúde, a qual faz acompanhamento com Saúde Mental há um ano, por quadro de depressão mais tentativa de suicídio. A paciente foi atendida por um profissional Enfermeiro, o qual, na consulta falou para a paciente: 'Mara, você não tem como voltar a trabalhar, pois não está mais capacitada para suas funções'. Após dois dias, a paciente estava internada no Hospital Psiquiátrico."

O sujeito aponta o tratamento que a paciente faz na unidade de saúde há um ano, mas sem melhora do quadro. Ao atendê-la, o profissional de saúde percebe a sua condição e a sua dificuldade em desenvolver as atividades cotidianas, mas não consegue cuidá-la. Por fim, ocorre a internação no hospital psiquiátrico como alternativa para a crise psiquiátrica. O manejo não contou com o encaminhamento a um serviço extra-hospitalar, uma vez que a paciente procurou a unidade quando não estava bem.

Nesta perspectiva Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) indicam na experiência de desinstitucionalização italiana uma mudança das estruturas de saúde mental do universo hospitalar para instituições próximas à comunidade de onde vêm os pacientes, numa tentativa de desmontar e converter os recursos materiais e humanos para uma prática e condição antimanicomial. No entanto, pode-se perceber que o inverso pode acontecer se as políticas de saúde pública não estiverem alinhadas com uma proposta de reabilitação do indivíduo.

Assim, percebe-se no relato do sujeito uma atitude nova, o acompanhamento da pessoa com doença mental na unidade de saúde, concomitantemente com uma atitude da psiquiatria tradicional, a internação em hospital psiquiátrico. Configura

uma maneira de atuar aproximada da psiquiatria tradicional, privilegiando a medicalização da doença mental com tratamento centrado no profissional médico, não permitindo outras possibilidades terapêuticas que envolvem abordagens de profissionais não-médicos e tratamento em serviços de base comunitária.

O modelo biologicista surge com o hospital psiquiátrico e manifesta suas próprias limitações frente a complexidade da psicopatologia humana. Surge para dar uma resposta à complexidade da natureza humana, mas "caracteriza-se por uma prática coercitiva, controladora, baseada na cientificidade, além de destituída de uma visão mais acolhedora do sofrer psíquico manifestado nas condutas dos pacientes" (PEREIRA, 1997, p.52).

Saraceno (2001) ao tecer aspectos teóricos da reabilitação psicossocial comenta que a estratégia biopsicossocial inclui a biológica, mas também coloca em crise o paradigma médico, ao orientar o tratamento a partir da complexidade existente na comunidade, e ali incluindo a possibilidade da reconstrução dos nexos sociais, da contratualidade, do acesso às mercadorias e às trocas.

Um sujeito demonstra que apesar da responsabilidade do cuidado com a doença mental, não é incomum que um profissional da saúde se encontre numa situação de adoecimento, evidenciando que atitudes podem ser influenciadas e reforçadas pelos padrões culturais dominantes, conforme foi apresentado no desenho, cujo título é "A minha cura pela medicina":

S17: "Eu achava e eu estava com depressão. Procurei ajuda e percebi de uma vez, que era pior do que eu pensava e não admitia. Eu estava com problema mental. E precisava de ajuda para me recuperar. Só um profissional da área poderia me ajudar. E é assim que eu penso e vejo, como é importante procurar ajuda para os nossos problemas, quando for necessário para a nossa saúde, principalmente quando também for mental."

O sujeito apresenta a ideia de tratamento pautado pelo atendimento médico, segundo o seu título. Percebe-se na estória a existência de uma entrega da pessoa adoecida ao poder médico. E na atitude de delegar o cuidado por inteiro a este profissional, o sujeito destitui-se de ser protagonista de seu processo de reabilitação, depositando no outro a decisão pelo tratamento, "principalmente quando também for mental".

Tal conduta pode disparar no profissional, atitudes que sustentam a dinâmica médico-centrada. Dessa forma, há também que se considerar a dificuldade em atuar num campo de assistência, onde o biológico se impõe historicamente. Percebe-se o imperativo de comportamentos dos cenários de atendimento à saúde sendo relatados através de conceitos funcionais, enquanto que os fenômenos ou vivências, que solicitam conceitos descritivos, necessitam de análise mais integrativa e que possibilitem múltiplas maneiras de atuação.

Isto nos remete á Bleger (1989, p.24) que considera que, "em toda situação, entretanto, emerge a conduta do indivíduo como disparadora da atuação profissional, pois os processos se desenvolvem pela soma de movimentos observáveis, distinguindo os comportamentos das vivências".

Etimologicamente, a palavra conduta é latina e significa conduzida ou guiada; quer dizer, que todas as manifestações compreendidas no termo de conduta são ações conduzidas ou guiadas por algo que está fora das mesmas; ou seja, pela mente. Assenta-se, por conseguinte, sobre um dualismo ou uma dicotomia corpomente.

Bleger (1989) esclarece que o termo conduta ou comportamento foi incorporado à psicologia de outros campos do conhecimento, caso da química, no sentido da atividade de uma substância, um corpo, um átomo, etc. Em todos os

campos, o termo refere-se ao conjunto de fenômenos que são observáveis ou que são factíveis de serem detectados, o qual implica a instrução metodológica de aterse aos fatos tal qual eles se dão, com exclusão de toda inferência animista ou vitalista.

Imbuídos deste paradigma dominante, os profissionais são cobrados para atuarem com o que podem observar clinicamente e com aquilo que absorvem empaticamente durante a entrevista com o paciente. No entanto, pela natureza do encontro humano, o resultado vai além do biológico, como referenda a estória produzida sob tema "Resolutividade?", que também coloca a necessidade de não ater-se a apenas uma dimensão do ser humano para buscar vê-lo globalmente:

S01: "A maioria dos pacientes que atendemos na USF e que encaminhamos para a Equipe de Saúde Mental não apresentam simplesmente uma doença orgânica, mas sim fatores que estão prejudicando a saúde (física e mental) dessas pessoas, principalmente fatores psicossociais. [...]"

A fala sugere a necessidade de formação mais abrangente e da disponibilidade de outras especialidades não médicas para atuar com a doença mental. Fica evidente para o sujeito que o tratamento em saúde mental deve ser ampliado para uma perspectiva biopsicossocial, pois ater-se tão somente ao biológico não permite a melhora do quadro. Vê-se que os fatores psicológicos e sociais precisam ser ativados para que a pessoa possa conseguir caminhar para a sua reabilitação.

Nesta direção Bleger (1989, p.31) explicita que "a conduta humana tem uma tríplice manifestação fenomênica: mental, corporal e no mundo externo; com predomínio relativo de uma área, no sentido de que as outras áreas podem se alternar ou se suceder dependendo das variáveis". Pode-se, por exemplo, reagir com ansiedade frente a uma dada situação (área da mente); posteriormente, em

outro momento, pode cessar totalmente essa manifestação e aparecer em seu lugar palpitações (área do corpo), ou então serem ambas substituídas por uma conduta instável numa atividade laborativa (área do mundo externo).

Sendo assim, a reabilitação do indivíduo, segundo Saraceno (2001, p.112), não acontece com a simples substituição da desabilitação pela habilitação, mas por "um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades para a troca de recursos e de afetos, a fim de se criar um efeito habilitador". Reabilitação, portanto, é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: "a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes".

As forças em jogo para que se possa iniciar um atendimento reabilitador esbarra na história do indivíduo, nos seus comportamentos e vivências. A estória intitulada "As Barreiras da Vida!" demonstra a visão contida em alguém, necessitado de cuidado, com uma doença mental com fatores biopsicossociais, que se tiver apenas o orgânico contemplado em seu cuidado, não será atendido em suas necessidades globais:

S12: "Sr. João, desempregado, alcoólatra, negro e pouco estudo, só sabe ler e escrever seu nome, pai de três filhos adolescentes. Sem nenhuma expectativa de vida, encontra alívio da vida no álcool por algumas horas e cria várias barreiras para não procurar ajuda e enfrentá-los."

O sujeito aborda na estória o tema da exclusão, do alcoolismo e do preconceito. A abordagem centrada numa única vertente pode não trazer benefícios e, em caso de fracasso, contribuir com a piora do quadro em decorrência da história da pessoa e das frustrações enfrentadas. Assim, seria importante que o paciente

fosse atendido em suas necessidades mais urgentes, para depois ser trabalhado as questões mais complexas.

O profissional ao ampliar a sua visão em relação ao sujeito e seu meio social, pode vislumbrar os vínculos e as limitações que possui para dar uma resposta mais adequada. Pode-se refletir porquanto que, ao inserir o indivíduo numa proposta integradora e aproximá-lo do que lhe é familiar, pode-se propiciar-lhe vetores importantes de solidariedade e afetividade. Deste modo a atuação tão somente no tratamento do alcoolismo, como uma doença orgânica, pode ter probabilidades de não ser efetiva para o personagem da estória.

Tais reflexões remetem à Winnicott (1983) que, ao considerar as relações objetais, afirma que são fenômenos complexos. Tampouco o desenvolvimento da capacidade para se relacionar com os objetos de forma alguma é um ponto simples do processo de maturação. Como sempre, a maturação requer e depende da qualidade do ambiente favorável, onde não dominam nem a privação, nem a perda. Por conseguinte, o ser humano necessita de um ambiente saudável para propiciar o amadurecimento biológico durante os estágios iniciais de desenvolvimento e o amadurecimento psicológico durante toda a sua existência.

Segundo Winnicott (1990, p.29) "o ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana", portanto, não pode ser diminuído a simplesmente ser mental ou físico. Apesar do soma e da psique serem opostos, apresentam-se num interrelacionamento de complexidade crescente e numa organização que se pode conceituar "mental". Da mesma forma, o funcionamento intelectual e psicológico também tem uma base somática em certas partes do cérebro.

Ao encontro desta complexa constatação foi produzida a estória intitulada: "Semelhantes". Aborda sobre o fascínio que a mente humana provoca no ser

humano, instigando-o a estudá-la, e mesmo assim, constatando o quanto ainda há de insondável:

S13: "A mente humana sempre causou fascínio. Há milênios ela vem sendo estudada na busca de ser compreendida. No entanto, a cada nova descoberta feita surgem outras inúmeras dúvidas para compreendê-la de fato."

Parece que o sujeito relata o que acontece na atualidade. Apesar dos avanços da neurociência, permanecem muitas lacunas referentes ao entendimento das doenças mentais, o que lembra que a doença mental é polissêmica. Machado de Assis no "Alienista" disse: "eu pensei que a doença fosse uma ilha, hoje vejo que é um continente".

Pode-se refletir que para o ser humano acaba sendo mais fácil se fixar naquilo que objetivamente já sabe e tem conhecimento, ou seja, a estrutura anatomofisiológica do cérebro, do que as imbricadas conexões que se estabelecem na psique, e suas relações com os fenômenos sociais.

Winnicott (1990, p.30-31) apresenta a noção de "saúde da psique ou do soma", mas não encontra sentido no termo "saúde intelectual". Para o autor "o intelecto, assim como a psique, depende do funcionamento de um determinado órgão do corpo, o cérebro (ou certas partes do mesmo)". Uma vez que a qualidade do cérebro só pode ser entendida como deficiente se houver deformidades ou mutilações, podendo-se pressupor que, em termos de desenvolvimento, o intelecto em si mesmo não pode estar doente, ainda que possa ser explorado por uma psique doente. Por outro lado, a psique pode estar doente, deformada por falhas no desenvolvimento, a despeito de existir uma base cerebral saudável para o seu funcionamento Assim, a ênfase biologicista não garante o cuidado integral do sujeito

acometido por uma doença mental, pois vários fatores devem ser considerados para o seu tratamento.

Vê-se que, nas estórias produzidas pelos sujeitos, algumas elucidam conceituações acerca de doença mental, que por sua vez mostram-se reducionistas quanto à amplitude ou complexidade que envolve a situação. Neste sentido o amadurecimento do cuidador passa pela busca de conhecimento e pela desconstrução de conceitos equivocados e cristalizados no paradigma da psiquiatria tradicional, conforme o desenho intitulado "Pacientes do Cantídio de Moura Campos", que no caso trata-se do hospital psiquiátrico existente no município pesquisado:

S05: "Pessoas alegres, que só precisam de compreensão e ajuda. Às vezes agressivas, mas isso ocorre por sua 'doença'. [...]"

A ideia de que a doença é oriunda de um defeito interno e, portanto, precisa ser corrigido ainda é bastante presente na sociedade, assim como a correlação doença mental e agressividade; desconsiderando a conduta como resposta a estímulos reais como a ausência de tratamento, as respostas do meio, etc.

Saraceno (1998, p.26) realiza uma crítica ao atendimento em psiquiatria, que mesmo "quando atuante em serviços com intervenção biopsicossocial sobre a doença mental, tende a ser muito bio, um pouquinho psico e muito pouco social". Segundo o autor, nestes ambientes são oferecidos um pouco de fármaco, um pouco de conversa terapêutica e um pouco de dinheiro, sem mudança da situação de doença, que não é isolada no biológico do indivíduo, e que muitas vezes desconsidera um contexto mais amplo; sem a percepção de que os tratamentos são destinados a sujeitos e não aos seus diagnósticos.

Assim, não seria exagerado pensar que a qualidade dos vínculos afetivos e sociais pode determinar a intensidade do adoecimento mental; e que o foco do tratamento está muito mais nas relações objetais do que simplesmente na administração de fármacos.

A produção gráfica intitulada "Saúde Mental: um problema que se torna mais comum a cada dia", aponta a condição médico-centrada do tratamento, confirmando o legado biologicista:

S15: "A Saúde Mental vem sendo um dos problemas que mais surgem na área da Saúde. Cada vez mais pessoas se tornam dependentes de medicamentos controlados, de acompanhamento aos psiquiatras, e muitas vezes há a dificuldade em conseguir um bom resultado. [...]"

O conteúdo produzido sugere a ideia de que a responsabilidade do tratamento requer a contínua capacitação e formação da equipe que trata, principalmente quando o problema de saúde é multifacetado como as questões inerentes a saúde mental.

Evaristo (2000, p.28) pontua que "a intervenção médico-sedativa tem condição de bloquear os caminhos destrutivos da crise psiquiátrica", mas "os fármacos não podem ser os mediadores das relações"; pois atuam como "simples redutores da ansiedade, da agitação e da confusão". Portanto, não garantem o cuidado integral do indivíduo, nem promovem sua autonomia frente ao seu problema de saúde.

Por outro lado, Winnicott (1990) esclarece que a psique não tem existência alguma fora do cérebro e do funcionamento cerebral, e, portanto, qualquer herança de traços de personalidade e de tendências para algum tipo de distúrbio psiquiátrico pertence ao soma. Aponta também que certas tendências herdadas para a doença manifestam-se clinicamente bem tarde, de modo que, apesar de herdadas, tais

tendências não são congênitas. As tensões e pressões do crescimento normal, bem como certos estados anormais da psique, têm um efeito adverso sobre o corpo, não sendo possível determinar previamente quem desenvolverá algum transtorno mental.

Portanto, a combinação de recursos terapêuticos com ações médicas, como o uso de psicofármacos, constitui numa estratégia que pode estar associadas dentro de um projeto terapêutico que possibilite ao sujeito uma abertura para relacionamentos, redução de angústia individual e, algumas vezes, no controle transitório de comportamentos particularmente problemáticos para a equipe de saúde (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). Ou seja, é sempre transitório, não substituindo a dramática do viver humano.

4.4.3 DOENÇA MENTAL LIGADA A EXCLUSÃO/INCLUSÃO

A noção dualista de doença mental associada à exclusão/inclusão emerge das produções elaboradas pelos sujeitos que relatam a discriminação e o preconceito que as pessoas com doenças mentais sofrem na sociedade. Por outro lado, também aparece a ideia que o tratamento adequado pode possibilitar a inserção social e, consequentemente, favorecer que a pessoa possa viver em sociedade. Por vezes, a ambivalência é percebida nas estórias que referem o atendimento em saúde mental prestado por profissionais, revelando quanto o problema da doença mental é complexo e apresenta dificuldades a serem superadas.

Saraceno (1998, p.26-31) expressa a habilidade e desabilidade com que os profissionais do serviço de saúde promovem a tarefa de cuidar da pessoa que, "em dado momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido". O problema vivido pelas pessoas que requerem ajuda pode ser de muitas ordens que se sobrepõem, tais como: 1) "material" – por não conseguir mais ser produtivo no seu trabalho ou por ausência dele; 2) "afetivo" – por não conseguir relacionar com sua família como antes da doença; 3) "social" – por não ter relações sociais pelas dificuldades e sintomas inerentes à doença. Sendo assim, "o sentido da reabilitação passa pela contratualidade que o sujeito pode realizar e pela percepção da sua condição de cidadão e produtor de sentidos para sua existência".

Evaristo (2000) aponta que "um diagnóstico muito rápido pode trazer prejuízos à pessoa e fazê-la perder elementos importantes que poderiam ajudá-la na compreensão de seu transtorno atual, não a envolvendo em seu próprio tratamento". Nesta condição há a necessidade de reestruturar no sujeito e nos familiares a cultura da diferença, da doença que não é compreensível; e fazer, dos momentos de incompreensão, uma oportunidade de elaboração frente à desconfiança do ambiente para a recuperação.

Os sujeitos do presente estudo demonstraram aproximação com o tema da exclusão/inclusão quando nas estórias relataram a necessidade de ir ao encontro do que é prioritário ao doente mental e chegar as respostas para os dilemas que se impõem à saúde mental. Esta complexidade envolve uma compreensão ampliada do fenômeno tal qual apresentada no desenho com o título "Exclusão Social":

S02: "O indivíduo está presente na sociedade, mas ao mesmo tempo diferenciado pelos demais cidadãos. Será que somente os que se consideram normais tem preconceitos, e por isso ocorre exclusão, ou são os próprios indivíduos que se excluem?"

Na elaboração apreende-se a noção de doença mental como dual e presente na sociedade, sendo reveladora de preconceitos cristalizados na conduta das pessoas que deles são alvo, como também na atitude dos demais. A produção de conceitos que pairam no meio social determina condutas que podem ser promotoras de inclusão ou determinantes para a exclusão.

Segundo Spivak (1987) a psicodinâmica do preconceito vivido é capaz de gerar um sentimento de autoexclusão no doente mental a partir da desconsideração que enfrenta diante da sua família e da sociedade, restando-lhe a alternativa de acreditar na representação produzida. E essa representação pode o conduzir a uma espiral de fracassos, onde somente ele será responsabilizado por sua condição de adoecimento.

Bleger (1989, p.37-39) ao considerar um campo emergente define-o como "o conjunto de elementos coexistentes e interatuantes em um dado momento", que "nem sempre é linear, e sofre modificações através das qualidades do sujeito e das suas respostas aos estímulos externos". Sendo um campo dinâmico, está sempre se reestruturando e se modificando, no qual deve ser considerarado suas subestruturas: 1) o campo da consciência; 2) o campo psicológico; e 3) o campo ambiental. Nesta interface inclui a conduta do indivíduo ou partes de sua personalidade (Ego), bem como outros elementos que o rodeiam.

Numa perspectiva blegeriana pode-se inferir também que o indivíduo busca estruturar o novo campo ambiental de maneira que responda à estrutura do antigo campo psicológico. Por consequência, há o caso das pessoas que se repetem no curso da vida, sem saber que elas mesmas estão estruturando o campo ambiental em concordância com o seu campo psicológico e criando dificuldades para os que o circundam. Neste impulso de repetição, não apenas simbólico e sim "realizador" de

efeitos indesejados, possibilita-lhe resultados prejudiciais, a partir de um conflito comum estereotipado (BLEGER, 1989).

A estranheza que o indivíduo vivencia, de estar num mundo sem autonomia de decisão, produz uma cisão com a sua história, tornando-o espectador da vida que passa, tal qual relatada no desenho-estória de título "Exclusão":

S09: "Vivo neste mundo, mas não participo dele! Ser normal é ser igual. [...]"

O sujeito reconhece o sentido de exclusão e segregação pelo qual sofre o doente mental que vive no "mundo, mas dele não participa". Esse sentimento remete ao pertencer à comunidade humana que Sawaia (2003, p.45) descreve como um conceito associado à delimitação espacial/geográfica e, portanto, entendida como "unidade consensual, sujeito único e homogêneo, lugar de gerenciamento de conflito e de mudanças de atitude". Contrariamente, comunidade também pode ser apresentada como a cisão entre subjetividade e objetividade. Contudo, o movimento humano parece buscar continuamente a intencionalidade prática na direção da integração social, mais que a exclusão.

Bleger (1989) depõe que a motivação consciente ou inconsciente que o próprio indivíduo tem das suas motivações refere-se ao quanto possui de conhecimento ou desconhecimento da sua condição. Considera a necessidade humana como algo correspondente ao campo ambiental e psicológico, enquanto que, o conhecimento que tem desta necessidade está ligada ao campo da consciência.

Um dos participantes deste estudo sugere que as pessoas tendem a dificultar e facilitar a interação humana dependendo de como está constituído o próprio tecido psicossocial. Esse, por conseguinte, reflete a disposição interna de encontro com o

outro, de reagir às necessidades de vínculos e compromisso, vislumbrando aspectos saudáveis e adoecidos da personalidade, como revela a estória que teve como título "Diferente":

S16: "Fábio era uma criança diferente, porém nunca ligou para isso. Mas um dia, andando na rua, todo mundo começou a reparar nele e a comentar. Fábio ficou sem saber o que fazer, queria ir embora, queria não existir, pois percebeu que as pessoas só vêem a aparência e julgam sem saber. Fábio descobriu que a vida não era perfeita, mas também descobriu que existem pessoas que não reparam nele e que estão sempre com ele, pra sempre."

A estória aponta a discriminação e o preconceito com o doente mental, detém-se no quadro de sofrimento psíquico adquirido no início da descoberta da doença mental que é diferentemente percebida a partir das variadas reações presentes no meio social. Sinaliza toda a confusão emocional e a dificuldade sentida pela pessoa que sofre com a doença mental frente ao comportamento daqueles que não o reconhecem como igual. A produção também sugere que, superado o conflito inicial, o indivíduo pode continuar a viver normalmente desde que tenha apoio e o suporte social, constituídos a partir dos vínculos saudáveis, presentes em sua vida ou que tem possibilidade de serem formados. Neste caso, a seletividade social também é valorizada pelo doente mental, pois o outro se constitui em "objeto bom ou mau" por aquele que sofre da discriminação e preconceito.

Por outro lado, a desinformação contribui para a construção do estereótipo de louco. Vaisberg e Machado (2006) apontam para a necessidade de criar condições para uma elaboração reflexivo-vivencial dos conhecimentos para que o sujeito possa lidar com dimensões afetivo-emocionais inconscientes claramente relacionadas a condutas defensivas e preconceituosas, pois a existência de qualquer forma de discriminação gera sofrimento emocional importante, e, sendo velada, existe a impossibilidade de expressão ou a fuga do conteúdo gerador de sofrimento por este

desestabilizar a psique do sujeito, gerando defesas que se cronificam e fazem-no adoecer em suas relações consigo mesmo e com os outros. A mudança de visão estereotipada depende da mudança provocada pelo clima afetivo produzido pelo encontro terapêutico, o que depende da abertura dos envolvidos no processo.

Desse modo, uma atitude acolhedora é capaz de aproximar pessoas. Onde há interesse autêntico pode-se conseguir a superação de barreiras e equívocos. Ao ater-se a rigidez de interpretação, não se consegue vislumbrar plenamente o ser humano que, independente da sua doença atual, é capaz de surpreender sempre, como revela a estória criada a partir do desenho intitulado "Pacientes do Cantídio de Moura Campos":

S05: "Quando fiz estágio lá, de início tive medo; pois as pessoas falavam absurdo, mas depois vi que não era como pintavam. Alguns pacientes pareciam crianças grandes."

A solicitação inicial de uma estória remeteu o sujeito à situação vivida, que traz a sua experiência de ter realizado estágio num hospital psiquiátrico. O preconceito, a exclusão e o medo estão presentes no contanto inicial com os pacientes internados e, depois há a descoberta que eles não seriam tão "loucos" como imaginava. No entanto, continua a percepção equivocada quando, apesar de conhecê-los melhor, considera-os como "crianças grandes", indicativo de descrédito por não saberem o que fazem.

A ideia de que o doente mental não sabe o que faz e que precisa de tutela, compõe o campo da assistência que tem como referência o paradigma da psiquiatria tradicional. Delgado (1992) aborda a situação do louco infrator e da pessoa interditada para os atos da vida civil e que os exclui pela manutenção de um modelo manicomial de atendimento e muitas vezes privá-los da sua cidadania.

Para Pinel "a loucura não é perda abstrata da razão, mas contradição no seio da razão sempre presente" (PEREIRA, 2004). Nesta perspectiva de "desrazão" lançada sobre o existir do indivíduo pode-se vislumbrar o sofrimento psíquico impingido ao doente mental e a consequente falta de tratamento digno e inclusivo de que deixa de ter acesso por esta condição.

Ao considerar o doente mental como uma criança, pode-se fazê-lo dependente dos valores morais do cuidador, seja ele um profissional ou um familiar. Porém, ao aceitar o desafio do cuidado pode-se auxiliá-lo na aquisição de amadurecimento e autonomia de viver. Isso requer do cuidador a desconstrução de condutas cristalizadas e a redefinição de sua visão de mundo e de homem.

A produção intitulada "Inclusão e Exclusão", elaborada por um dos sujeitos reconhece e considera o percurso histórico da assistência psiquiátrica e sugere que o indivíduo deve ser incluído num projeto terapêutico que respeite a sua capacidade decisória, sem atitudes preconceituosas e com a aceitação do estágio em que se encontra de maturação emocional:

S06: "O tratamento de saúde mental foi por muito tempo, uma forma de exclusão de pessoas portadoras de algum tipo de transtorno. Famílias eram separadas, e a condição de ser humano era esquecida. Após muito tempo e graças a pessoas sensíveis a mudanças, o respeito e a inclusão de portadores de transtornos mentais tornaram-se uma realidade."

A estória aborda o tempo da exclusão, temporalmente constituída no passado, e o tempo da inclusão, apontada no presente. A exclusão, a separação familiar e o esquecimento, aludem a assistência manicomial sofrida historicamente pelo doente mental.

Referindo o processo de inclusão, Valentini (2003, p.15) reitera que "relações cuidadosas são pedagogicamente potentes para promover mudança rumo à

qualificação dos modos de se relacionar". Assim, no processo da assistência, a valorização das oportunidades de interação junto à pessoa que sofre a doença mental pode significar renovação de compromisso mútuo e prenunciar um futuro melhor do que o presente.

A humanização da assistência é lembrada na produção elaborada com o título "Igualdade e diferenças" como a necessidade de conhecimento e instrumentalização por parte de cada profissional envolvido com o cuidado do doente mental:

S08: "[...] O paciente com doença mental deve ser tratado como qualquer outra pessoa, sem discriminação, porém, temos que saber avaliar suas condições psicológicas para ajudá-lo da melhor forma possível. Ele merece e tem o direito de tratamento humanizado."

O sujeito ressalta a importância da competência técnica do profissional para assistir a pessoa em situação de doença mental. Embora a sociedade tolere as tendências agressivas dos indivíduos em situações socialmente aceitáveis, Winnicott (1983) dispõe que ainda não se consegue o mesmo tratamento quando se trata da imaturidade humana presente na condição da doença mental.

Winnicott (1975) descreve ainda que o "amor da mãe", ou do terapeuta, não significa um atendimento às necessidades de dependência do indivíduo, mas significa a concessão de oportunidade que lhe permita passar da dependência para a autonomia, a partir de experiências do viver.

Valentini (2003, p.20) afirma que "os profissionais da equipe implicados com a co-gestão do serviço precisam colocar os usuários no centro dos cuidados e dos projetos terapêuticos". Para tanto, referenda *slogans* do processo italiano propostos por Basaglia, tais como: "a liberdade é terapêutica" e "contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática", para incitar a mudança.

Desse modo, a condição humana é elaborada na estória do desenho intitulado "Luz do dia" e traz todo o colorido que o viver singular do ser humano apresenta:

S04: "Não me importa se o meu dia tem cores diferentes, se o meu sol é azul, rosa ou branco, o que me importa é que é sol e que brilha e aquece com a mesma intensidade."

O sujeito refere uma maneira de lidar com o preconceito a partir da aceitação do outro, que pode ser diferente, mas que tem em essência a condição humana.

Para Dell'Acqua e Mezzina (2005) o sujeito, ainda que doente, exprime capacidade de relação, de produção, criatividade, expressividade original, de trabalho ou mesmo necessidade de realizar uma criação sua; uma produção própria.

4.4.4 DOENÇA MENTAL LIGADA AO MEIO SOCIAL

Os sujeitos trouxeram nas produções elaboradas as situações contextuais vividas, onde se verifica a íntima relação entre doença mental e meio social, tecendo assim conceitos acerca da doença mental que envolvem a influência do meio no desenvolvimento e permanência do estado de doença. Nesta direção podese inferir que o meio social está relacionado a um estilo de vida saudável quando promove adaptação e desenvolve no indivíduo o sentimento de pertença.

Montoya (2006) explicita que as separações e rupturas dicotômicas entre indivíduo e sociedade pode ser um desalinhador da estabilidade social, pois tradicionalmente domina em nossa cultura ocidental a concepção de desenvolvimento em termos de continuidade, e, por conseguinte, qualquer

descontinuidade pode ser motivo de exclusão. Pode-se refletir que ao realizar uma análise relacional necessita-se considerar as ações individuais e sociais de modo indissociável e irredutível. Assim, torna-se importante pensar a natureza da ação social levando em conta a natureza da ação individual.

Para Bleger (1989, p.18-20) a psicologia tende a considerar "os fenômenos psicológicos como derivados de determinadas relações e interações concretas do ser humano, conceituando-o por natureza como ser social, sob a perspectiva de situações reais de sua vida". Também pontua a existência de uma permanente e estreita relação entre indivíduo e sociedade, e na dependência em compreender um pelo outro. Enfatiza que há uma estreita ligação entre o ser humano, seus semelhantes e sua organização social, a fim de satisfazer necessidades. As experiências com os demais indivíduos da espécie é o que define o ser humano em sua personalidade.

Breda et al. (2005) afirmam que ao adotar o território como estratégia intervencionista, os serviços devem estar integrados em rede social dentro das comunidades em que estão inseridos, provocando neste movimento, uma atitude terapêutica não baseada na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

Desse modo, o apoio à autonomia e ao poder do indivíduo não deve exaurirse em formas estéreis de protecionismo e defesa passiva dos seus direitos, mas, antes, pressupõe um itinerário de transformação para todos os envolvidos, iniciado no momento do contato (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Vê-se que o viver junto com outro ser humano permite ao homem que ele desenvolva suas habilidades sociais e se desenvolva plenamente. Nesta perspectiva Saraceno (2001, p.114) aponta que um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e que lhe garantem a sua capacidade contratual é

representado quando o próprio "estar" em qualquer lugar se torna um "habitar" esse lugar. O autor enfatiza que a vinculação e o reconhecer-se como parte de um grupo social constituem num ambiente protetor e favorável para as grandes experiências humanas.

Assim, o meio social pode ser considerado como ferramenta de transformação para a mudança que se pretende nas relações intrínsecas que o indivíduo necessita. Quando está descontextualizado diminuem as condições para que ele próprio se integre e tenha apoio, e, consequentemente aumente a sua governabilidade; como foi demonstrado na produção gráfica que teve como título "Resolutividade?":

S01: "[...] Assim, mesmo se encaminharmos para serviços mais especializados talvez também não iremos conseguir uma resolubilidade tão alta, pois podemos até medicar ou tentar mudar o modo como as pessoas enxergam seus problemas/doenças, porém não podemos mudar o meio."

A estória advinda do desenho traz a noção prática de que os serviços especializados não conseguirão sozinhos produzir o cuidado necessário. Além disso, traz a ligação entre doença mental e o meio no qual o paciente vive. Indica a corresponsabilidade pelo tratamento que deve existir entre a unidade de saúde e outros serviços.

Winnicott (1983, p.63) declara que "o desenvolvimento emocional ocorre se houver condições suficientemente boas para que o impulso ao desenvolvimento seja despertado no próprio indivíduo". Se as condições ambientais não forem favoráveis haverá dificuldade para o desenvolvimento das relações objetais.

Nesta perspectiva Merhy e Franco (2003) e Neves (2008) conceituam a micropolítica das relações sociais como espaço do encontro de vidas e aonde ocorre a produção da vida, permitindo a re-significação das cenas experienciadas, que

podem ter novos sentidos no mesmo local em que houve a interdição do indivíduo. Então, não se trata de retirá-lo de seu ambiente, mas colaborar para que se mantenha ali, apesar da problemática instalada.

Destarte, a mesma cena produzida pelo sujeito pode apresentar uma tutela vitimizadora, segregadora ou promotora de autonomia, dependendo do amadurecimento e da temporalidade em que ocorre, conforme foi trazido na estória com título "Esperança":

S07: "Era uma vez uma criança que ao nascimento, tudo corria bem; embora fosse hiperativo, não demonstrava problema algum. Na adolescência começaram os conflitos familiares em virtude do aumento da hiperatividade. Cada vez mais a família o isolava argumentando que seria melhor para seu desenvolvimento. Até que um dia ao passar numa simples consulta foi verificado que esse adolescente era especial, ao chegar esse fato aos familiares, tamanha indignação foi a reação. No lugar da fúria mediante os conflitos restou dúvidas como seria deste momento até o futuro, porém o que prevaleceu foi a esperança e a alegria de ter um filho especial e não problemático como achavam."

O sujeito traz em seu relato, a falta de informação, os equívocos cometidos entre conceitos de doença e de deficiência mental. Na estória produzida a família primeiro tenta esconder o problema, depois não consegue lidar com o luto da criança saudável e se "indigna" com a revelação. Posteriormente, prefere a condição de "especial" a de "problemático", sugerindo que em caso de doença mental a sua atitude em relação à criança seria outra, ou seja, que ser "especial" é mais aceitável que ser doente mental.

Winnicott (1983, p.63) esclarece que para a criança deve-se "prover o ambiente que facilite a saúde mental individual e o desenvolvimento emocional". Pode-se inferir que, independente da condição de saúde da criança, a família é o lugar onde se sente protegida e pode revelar suas potencialidades, ocupando um

espaço físico e psicológico que a acompanhará na condição adulta e será parte idiossincrática da sua personalidade.

Evaristo (2000) pontua que a família e os serviços de saúde devem propiciar ao indivíduo uma relação de confiança com o mundo, a partir de atitudes simples e acolhedoras como aumentar o nível de escuta, de crédito, de dignidade, de encontro e de esforço emotivo. A energia psíquica das pessoas envolvidas com o indivíduo adoecido deve garantir um ambiente protegido e aquecido para que possa realizar novas tentativas, e, consequentemente, ajudá-lo a readquirir a autoconfiança, aumentar a sua auto-estima e o seu poder decisório, além de propiciar autonomia, poder de expressão e a possibilidade da utilização dos recursos pessoais que estavam dormentes.

Para Dell'Acqua e Mezzina (2005, p.173) a simples disponibilidade dos profissionais em "ir ao encontro" da pessoa em sofrimento psíquico, consegue evitar impactos traumáticos. Os efeitos da presença de um técnico seriam suficientes "... para tranquilizar familiares, vizinhos, ambiente, além de desdramatizar os conteúdos da crise, angustiantes para o sujeito e para todos que estão próximos dele". Predispõe a ideia da tomada de responsabilidade, assumida num primeiro momento pelos profissionais do serviço de base territorial, para em seguida, caso seja necessário o encaminhamento a especialistas.

Nesta direção, percebe-se a necessidade de ampliar as políticas públicas de inclusão social do indivíduo, uma vez que as abordagens pertencentes à área apontam que a segregação é o dispositivo que piora a condição de saúde mental dos sujeitos. Da produção gráfica intitulada "Exclusão" foi elaborada a estória:

S09: "O doente mental, devido sua doença, acaba sendo excluído de um modo geral da sociedade. Isso acontece por pensar diferente, ter atitudes não aceitas e até mesmo o comportamento perante a sociedade. Na verdade o doente mental nada mais quer do que ser

normal a todo mundo, causando assim um conflito com ele mesmo por não poder conseguir seu objetivo. Hoje diminuiu muito esse problema, pois os profissionais da área realizam um trabalho de integração desses pacientes à sociedade, garantindo assim a redução do sofrimento desses pacientes, integrando ao convívio à sociedade."

O enfrentamento subjetivo das dificuldades vividas pela pessoa que sofre a doença mental é reconhecido pelo sujeito. O conflito vivenciado entre desejar e conseguir espaços e integrar-se nos contextos sociais pode ser facilitado, dependendo da continência exercida pelos profissionais atuantes na assistência. Assim, a estória valoriza o trabalho dos profissionais comprometidos com o processo de desinstitucionalização da doença mental e a consequente promoção da inclusão do doente mental nos espaços da sociedade. Sugere a dificuldade da pessoa em aceitar a sua condição e a constatação da existência de conflitos e sofrimento psíquico a que está submetida até conseguir tratamento adequado e retorno ao convívio social. Revela uma visão otimista baseada em garantias que dependem de ampla mobilização política e social, assim como dependem da consciência e da atuação dos os profissionais envolvidos com o cuidado em saúde.

Por outro lado, embora o sujeito tenha trazido aspectos ligados a uma visão positiva acerca da integração e inserção da pessoa portadora da doença mental no meio social, é inegável a consideração de que há representações que entram em ação no interior da sociedade para estabelecer o seu equilíbrio interno. O indivíduo que não consegue atender as exigências do grupo social começa um processo de desligamento que pode culminar no seu adoecimento, provocando a desarticulação interna de pensamento e emoções, como foi ilustrada na produção intitulada "Indiferença" que derivou a estória:

S11: "Quando uma pessoa tem algum problema mental, geralmente sente-se solitário, não encontra sentido para viver. Acha sempre

que é um estorvo na vida de outras pessoas que vivem ao seu redor. [...]"

O conteúdo elaborado sugere que o sentimento de rejeição aparece, e paulatinamente, cede à condição de exclusão do indivíduo que vivencia o sofrimento psíquico, na estória expressa pelo sentimento de solidão. A inexistência do sentimento de pertença a comunidade que o circunda pode dificultar o desenvolvimento de sentido para vida pela carência da teia de solidariedade e de afetividade das relações sociais significativas.

Ao desenvolver princípios teóricos acerca do desenvolvimento humano, Winnicott (1990, p.57) afirma que "a criança quando chega ao estágio de desenvolvimento em que consegue perceber a si próprio e mais duas pessoas, acaba por descobrir-se no interior de uma estrutura familiar; presente na maioria das culturas". No interior da família, pode avançar para outros relacionamentos mais complexos. Complementa que é este "triângulo simples que apresenta as dificuldades e também toda a riqueza da experiência humana", portanto, sendo a família o primeiro núcleo social, cenário de possibilidades de desenvolvimento e de acontecimentos humanos, pode-se considerar a relevância da família no enfrentamento das dificuldades da situação de doença mental.

Sawaia (2003, p.39) ao considerar a questão afirma que "a sociedade pode ser vista como concêntrica, formada por círculos interligados de associações como família, comunidade local, classe social e Igreja; cada qual autônomo, e todos em conjunto reconhecidos como elemento formativo do verdadeiro Estado". Por sua vez, "a comunidade pode ser entendida com uma unidade consensual, sujeito único e homogêneo, lugar de gerenciamento de conflito e de mudanças de atitude". Para a

autora a comunidade sendo uma célula da sociedade, ela é capaz de irradiar mudanças e não erradicar mudanças, ao mesmo tempo.

É na sociedade que acontece o viver, onde o mesmo objeto pode ser encarado como virtude ou vício. A família, inserida na comunidade, reproduz as ambivalências do tecido social que representa, onde é influenciada e também influencia. A próxima estória, elaborada a partir do desenho intitulado "O meio em que vivemos" traz crenças e valores que perpassam a vida singular e comunitária:

S19: "A família e o meio em que vivemos pode influenciar no nosso modo de vida e na pessoa em que tornamos. A estrutura familiar ajudará a desenvolver em nós o respeito pelo outro, o amor, afeto, as qualidades que precisaremos em viver com o nosso próximo. Já a sociedade e as condições podem influenciar o ser humano a desenvolver desejos egoístas e distorcidos sobre dinheiro, status, amor, fidelidade, entre outros."

O sujeito demonstra perceber a influência do meio, em especial da família, no modo de vida das pessoas. Destaca uma dinâmica familiar propiciadora de condições para o desenvolvimento saudável do indivíduo em contraponto as condições da dinâmica da sociedade que podem influenciá-lo negativamente. O relato maximiza a potência familiar, mas desconsidera a possibilidade da dinâmica familiar contribuir para o adoecimento do indivíduo, bem como apresenta a sociedade como vilã que distorce os valores morais aprendidos no seio familiar.

Pode-se refletir nas condições criadas por uma família que apresenta comportamentos cristalizados e relações adoecidas, que possivelmente apresentará dificuldade em acatar a autonomia individual e a capacidade de fazer escolhas de seus integrantes, limitando suas identidades tal qual numa instituição fechada. Por conseguinte, a falta de orientação as famílias, possibilita a eclosão de conflitos e descompassos entre o doente mental e a dinâmica familiar, com prejuízos para o processo terapêutico.

Na condição de adoecimento Pereira e Pereira Junior (2003) apontam o aparecimento dos sentimentos de perda e de culpa, advindos da exclusão do convívio familiar, como fatores de adoecimento. Concomitante ao sentimento de perda que a família desenvolve a partir da ausência de convívio com a pessoa excluída surge o sentimento de culpa, que incide sobre possíveis responsabilidades da família no processo que conduziu à doença mental.

Winnicott (1990) considera que o indivíduo emocionalmente maduro contribui, e se sente responsável pelo ambiente onde vive. Discorre o autor que nas comunidades democráticas há uma proporção suficientemente elevada de indivíduos maduros, como também pontua que a base de um grupo social é a família. Pode-se refletir que indivíduo e sociedade são indissociáveis e sofrem as mesmas vicissitudes.

Nesta perspectiva Saraceno (2001) afirma que a família do paciente é parte da comunidade, e o serviço de saúde pode escolher as estratégias mais diversas de atuação, desde a negação até o conflito permanente. Explicita que a participação na troca ou na invenção dos lugares aos quais seja possível a troca, constitui sua rede social. Desta maneira, a desabilitação causa empobrecimento da rede social, tanto no sentido de perda quantitativa como qualitativa, atingindo neste processo segregador desde a primeira rede social disponível, que é o núcleo familiar, até as relações que dela se desdobram. Esclarece que intervenções promotoras de melhoria do *setting* familiar por consequência geram também expansões da rede ampliada.

Nesta perspectiva, o ambiente familiar pode facilitar a reconstrução de elos perdidos devido à experiência de doença. A partir do desenho que teve como título "Separação dos familiares" foi elaborado a estória:

S18: "Há anos vem se estudando os casos de como reagem as pessoas com a doença mental. Neste caso citado acima demonstra a estória de um doente mental no convívio com a família e depois a separação. Como ele reagiria diante disso, ficaria depressivo, até mesmo agressivo, por estar num ambiente estranho, com pessoas estranhas, isto é, até que se ganhe a sua confiança. Mas, mesmo assim, ele sofreria muito, pois mesmo apresentando a deficiência, eles também têm seus sentimentos."

O sujeito apresenta a exclusão do convívio familiar como um fator de agravamento da doença mental. Por sua vez, a reabilitação do indivíduo encontra expressão num ambiente acolhedor, diferente de quando ele é colocado "num ambiente estranho, com pessoas estranhas". Apresenta a formação de vínculos como necessária quando descreve que o tratamento não acontece "até que se ganhe a sua confiança". Também vislumbra a empatia e a solidariedade como atributos importantes para aquele que cuida do doente mental que, por sua vez, "tem seus sentimentos".

A estória traz ainda aspectos ligados à conduta. No caso é citada a agressividade como resposta a possibilidade da internação e como reflexo do distanciamento aos elos afetivos e significativos da pessoa em sofrimento psíquico. Winnicott (1990, p.75) explicita a psicodinâmica da agressividade ao abordar o conceito de Superego que é "construído, incorporado ou organizado no interior do Ego para fins de controle, orientação, estímulo ou apoio" e que de alguma maneira acaba por determinar as normas sociais vigentes numa sociedade ou no interior de uma família. Desta maneira, os estímulos à volta da pessoa podem tornar-se amplificados num ambiente estranho e produzir uma resposta agressiva por sua incapacidade de exercer o autocontrole naquele momento.

Assim, destaca-se a rede social pela qual o ser humano se submete e tece um mundo complexo, de problemas que surgem independentemente da condição

cultural e sócio-econômica. A partir do desenho intitulado "Saúde Mental: um problema que se torna mais comum a cada dia", a estória ilustra a temática discorrida:

S15: "No mundo em que vivemos cada vez mais temos que confrontar com o estresse, a correria, falta de saúde, dinheiro, moradia, saneamento básico, etc. Isso leva a desencadear uma depressão, por exemplo, principalmente às pessoas de baixa renda que passam por dificuldades, mas também com as classes superiores. As maiores vítimas são as mulheres, que ficam com carga de serviços sobre elas, cuidar dos filhos, cuidar da casas, mulheres que são agredidas moralmente e fisicamente pelos seus maridos, que na maioria das vezes são alcoólatras e acabam às vezes caladas, mais algumas ainda procuram ajuda às USF."

A estória contém a multifatorialidade e a influência das condições de vida em sociedade que favorecem a aquisição da doença mental. Cita a depressão como reação ao estilo de vida atual, que não escolhe camada social para manifestar-se.

Saraceno (1998) destaca que reabilitação psicossocial permite romper com a separação perigosa entre sujeito e contexto, a partir da introdução de um terceiro elemento à relação: o serviço de saúde – que se encontra localizado no território e faz parte da rede de apoio presente na comunidade.

Para Sawaia (2003, p.50): "a comunidade circundante abrange todas as formas de relacionamentos caracterizadas por um grau elevado de intimidade pessoal, profundidade emocional, engajamento moral e continuado no tempo". Sendo assim, o serviço de saúde pode aglutinar uma força psicológica derivada duma motivação profunda e realizar uma fusão das vontades individuais de determinado contexto social. Neste processo, constituir-se num espaço de junção do "sentimento e do pensamento, da tradição e da ligação intencional, da participação e da volição" dos membros daquele território.

Winnicott (1990, p.125) considera que o "motivo é a necessidade pessoal, gradualmente transformada em necessidade de um desejo". Assim, quando as forças que compõe o indivíduo (Id, Ego, Superego) se alinham numa quase perfeita adaptação à sua necessidade, permite-lhe lidar com as mudanças que o próprio viver apresenta durante a sua existência, numa condição interna de "estar-criando-o-mundo" que se converterá numa mudança externa objetiva. Como resultado esperado, o processo de socialização do indivíduo acontece de modo a levá-lo ao conhecimento de hábitos e normas de convivência social, conhecimento dos costumes e aspectos tradicionais de sua comunidade e de outras comunidades externas.

Para Saraceno (2001, p.114) o doente mental necessita exercitar a "contratualidade" em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos e experienciar as trocas que "tem parte numa divisão afetiva com outros". Ao ter a possibilidade de viver emoções e contradições a pessoa sente-se parte de um contexto, diferente do apenas estar em determinado lugar, onde não participa do poder decisional, seja material ou simbólico.

Nesta direção, Breda et al. (2005) consideram que a ESF se aproxima territorialmente do indivíduo adoecido e pode desenvolver suas potencialidades para propiciar-lhe o cuidado. Referente às questões ligadas ao meio social as autoras mencionam a necessidade de ampliar a participação dos usuários, assim como valorizar os recursos de auto-ajuda que as comunidades dispõem. De qualquer modo, a estratégia reúne condições para produzir os resultados para que a Reforma Psiquiátrica possa acontecer.

A presente investigação objetivou a identificação de representações de doença mental elaboradas pelos profissionais de saúde que atuam numa Unidade de Saúde da Família.

O estudo permitiu perceber que o modelo governamental da Estratégia Saúde da Família trata-se de um modelo rico para a reabilitação da doença mental por contemplar práticas que acontecem na comunidade, apesar de ainda estar permeada de conceitos que remetem à assistência psiquiátrica tradicional.

A partir do material produzido pelos sujeitos foram apreendidos quatro temas ligando a doença mental ao cuidado em saúde, a visão médico-centrada, ao dualismo exclusão/inclusão e ao meio ambiente.

A análise permitiu perceber aspectos negativos da assistência em saúde mental, que ainda é médico-centrada e desarticulada com um projeto terapêutico de reabilitação psicossocial, permeada pela culpabilização do sujeito e da sua família pela sua condição de doença mental. Também passa pela dificuldade dos profissionais em promover o acolhimento adequado do doente mental na Unidade de Saúde, ora por não assumirem a pauta da saúde mental como item do cuidado em saúde e pelo seu encaminhamento precoce aos serviços secundários, ora pela incapacidade técnica em lidar com o doente mental.

Em contraponto, houve sujeitos que levantaram aspectos positivos advindos de uma noção de cuidado centrado no doente mental, a partir da sua condição biopsicossocial, mas que ainda precisa ser potencializada para ser efetivamente implantada. O conteúdo produzido pelos participantes dos estudos demonstra que há profissionais que conseguem realizar a escuta e o acolhimento do doente mental, conseguem vislumbrar o ambiente como fonte de adoecimento e percebem a necessidade da inclusão em projetos e programas para a reabilitação do indivíduo.

Em relação à doença mental ligada ao cuidado em saúde pode-se apontar questões importantes como: a assistência acontecendo na comunidade; a percepção da existência do sofrimento psíquico; o cuidado baseado no encontro dentro de uma perspectiva psicossocial; a escuta e o dar crédito ao doente mental; o acolhimento e as trocas afetivas como vetores de mudança; a busca da cidadania e o rompimento com a estigmatização da pessoa com doença mental; as questões de gênero indicando que a mulher procura mais o cuidado em saúde; a ideia de que o hospital psiquiátrico é o local de tratamento da doença mental; a continência dos profissionais de saúde da atenção primária garantindo a aderência ao tratamento.

Quanto à temática da doença mental ligada a visão médico-centrada, percebe-se que este modelo ainda é forte na proposta da assistência em saúde mental, sendo a utilização dos psicofármacos uma das principais terapêuticas. A doença mental, mesmo quando entendida na integralidade biopsicossocial, tem foco maior no biológico, sendo o psicológico e principalmente o social, considerados secundários ou desconsiderados na hierarquia da assistência. Vê-se que há carência de uma proposta integrada em saúde mental para o indivíduo. Simultaneamente existe o acolhimento do indivíduo, que precisa ser fortalecido com ações políticas e de capacitação.

Por sua vez, o dualismo inclusão/exclusão é percebido pela perda da confiança no tratamento e o sentimento de desvalia causada pela estigmatização do sujeito, o que dificulta sua recuperação. Há o problema do diagnóstico precoce que retira a possibilidade de reabilitação. Com o passar do tempo ficam evidenciadas a discriminação e o preconceito. A falta de engajamento numa proposta terapêutica coloca em risco a condição de cidadania do indivíduo. Os profissionais da saúde e familiares acabam reproduzindo o preconceito, a exclusão e o medo nas relações

com o doente mental. É necessário promover a inclusão a partir de uma prática profissional que não o exclua.

A temática da doença mental relacionada ao meio social traz a ideia de que um ambiente protegido favorece a reinserção do indivíduo a partir de uma proposta de re-significação do que ele faz. Atitudes simples e acolhedoras dos familiares e dos profissionais de saúde colaboram com a reabilitação social do doente mental, bem como ir ao encontro da necessidade do indivíduo o auxilia na adesão ao tratamento. A comunidade é apontada como o local de gerenciamento de conflitos e mudanças de atitudes, assim o desarranjo social provoca a desarticulação interna de pensamento e emoções do indivíduo que pode isolar-se do contato com o outro. O serviço de saúde, localizado no território e presente na comunidade, pode cuidar das relações adoecidas a partir da potencialização da contratualidade exercida com cada indivíduo. A melhoria da dinâmica familiar possibilita expansão da rede ampliada e colabora com o processo de reabilitação do doente mental.

Dessa forma, vislumbra-se um esforço para romper com a continuidade e reprodução de práticas assistenciais inadequadas na área da saúde mental. Um novo modelo de assistência está sendo apresentado e necessita ser viabilizado. Sendo assim desejável que o eixo teórico fundamentado na Reforma Psiquiátrica venha a perpassar as práticas dos profissionais que atuam num determinado território de abrangência, local onde moram pessoas acometidas de doença mental. Neste processo, os profissionais devem assumir a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental desta população historicamente marginalizada e que agora começa a ter acesso efetivo à integralidade do sistema de saúde, mesmo que este direito já estaja garantido pelo SUS e remontar à Constituição de 1988.

Para quem vivencia a situação do tratamento em saúde mental na atenção básica, trata-se da "desconstrução de uma atitude manicomial presente no interior de cada profissional e no próprio sistema como um todo" (PEREIRA 1997, p.179). Nesta perspectiva, pode-se considerar o presente estudo num esforço para a busca de caminhos no sentido da mudança paradigmática e, consequentemente, revisão de valores, condutas, normas, princípios e concepções acerca da doença mental.

Essa dificuldade para estabelecer mudanças reais no cotidiano urbano da comunidade onde vive o doente mental encontra reciprocidade com o pensamento de Saraceno (2001) ao afirmar que as transformações esperadas da Reforma Psiquiátrica se tornam mais difíceis de acontecerem quando há um hospital psiquiátrico presente, caso do município de Botucatu que possui o Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos em seus limites. Contudo, percebe-se mudanças, pelo fato da sua transformação num Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e pela busca por uma nova possibilidade de atuação, advindas principalmente das políticas de saúde mental implementadas pela Secretaria Estadual da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Portanto, o novo modelo que se configura baseia-se na possibilidade do tratamento realizado na comunidade, em equipamentos de atenção primária de saúde, e conta também com o apoio matricial de equipes mínimas de saúde mental que podem se deslocar até as Unidades de Saúde para atendimentos conjuntos e discussão de casos. Assim, para se efetivar necessita superar a falta de condição técnica dos profissionais de saúde que deveriam promover a mudança almejada e buscar o conhecimento para o atendimento em saúde mental na comunidade.

As representações de doença mental elaboradas por profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família possibilitam avaliar a trajetória da saúde mental que

paulatinamente começa a fazer parte da realidade da atenção primária em saúde. Contudo, percebe-se que ainda há muito que realizar, começando pela formação e capacitação dos profissionais de saúde, pela divulgação das ideias da Reforma Psiquiátrica e pela elaboração de estratégias para mudança dos conceitos arraigados em seu imaginário coletivo.

Nota-se que a população chega á Unidade de Saúde desprovida da noção do direito de ser atendida em saúde mental no território onde mora e tem vínculos. O desafio é possibilitar condições para que mudanças aconteçam também a partir dos profissionais de saúde, ampliando o cuidado e possibilitando a abordagem da doença mental. A sugestão governamental é o apoio matricial realizado pela equipe mínima de saúde mental e pelos CAPS, que bem articulados, poderão cuidar da maior parte dos problemas relacionados ao atendimento do doente mental realizado pela equipe da Unidade de Saúde.

As condições micropolíticas estão dadas e precisam ser implementadas. Em relação às condições macropolíticas constata-se a necessidade da criação e implantação de uma Política de Saúde Mental para o município de Botucatu, a exemplo de outros municípios que são referência nacional no assunto. Um avanço inquestionável é a Estratégia Saúde da Família que possibilita uma atuação mais próxima com o indivíduo e com a comunidade, a partir da atuação dos profissionais de saúde do seu território de abrangência.

Nesta perspectiva, o resultado da pesquisa apontou na direção da promoção de futuras construções e intervenções nos campos teórico e prático da assistência em saúde mental na comunidade.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, p.221-240.

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Revista Saúde em Debate**, n.45, p.43-46, dez., 1994.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta da CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.163-185.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol.33, n.2; p.92-102, 2006.

ARAÚJO, M. R. N. **A saúde da família**: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença, 1999. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa – Portugal: Edições 70, 1988.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BLEGER, J. **Psicologia da Conduta**. 2. ed. Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 244 p.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: entrevistas e grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:<<u>www.saude.gov.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.34, n.3, p1-2, mai./jun. 2000. Disponível em:< www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.373, 27 fev. 2002, regulamentação complentar). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental / Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Circular Conjunta n. 01/03, 13 nov. 2003. Disponível em:www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção á Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, 2004, p.17-20. 340p. Disponível em:www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

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. Brasília: OPAS, nov. 2005. Disponível em:www.saude.gov.br. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB: Esplanada dos Ministérios. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:<<u>www.saude.gov.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**. Brasília, ano V, n.22, jan./mai. 2006b. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**. Brasília, ano V, n.24, nov./dez. 2006c. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela Saúde**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, v.4, 2006d. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Atenção Psiquiátrica Hospitalar: redução de leitos. In: **Saúde Mental em Dados – 4**. Brasília, ano II, n.4, p.17-24, ago. 2007a. Disponível em:<<u>www.saude.gov.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**. Brasília, ano VI, n.25, jan./ago 2007b. Disponível em:www.saude.gov.br. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, jan. 2007c. 85 p. Disponível em:www.saude.gov.br. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Muito Esforço, Pouco Dinheiro**. In: Correio Braziliense, 03 jun. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: www.sus20anos.saude.gov.br/sus20anos>. Acesso em: 21 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogras. Atenção Psiquiátrica Hospitalar: redução de leitos. In: **Saúde Mental em Dados – 6**. Brasília, ano IV, n.6, p.12, jun. 2009b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental e www.saude.gov.br. Acesso em: 21 set. 2009.

BREDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas Estratégias e Desafios Comuns: A Reabilitação Piscossocial e a Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.450-452, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma** da **Reforma**: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992a.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de Atenção em Saúde Pública: Um Modo Mutante de Fazer Saúde. São Paulo, **Revista Saúde em Debate**, n.37, p.16-19, 1992b.

CAMPOS, G. W. S. Análise Crítica das Contribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas de Saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.113-124.

CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC-Cortez, 1995. 122p.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: CONH, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3ª ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001. p.13-57.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, supl., p.191-202, 2002.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL: Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, p.285-304.

DELGADO, P. G. As razões da tutela. Rio de Janeiro: TeCorá, p.231, 1992.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos-Saúde Mental e Atenção Psicossocial II**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p.161-194,.

EVARISTO, P. Gestão da Psiquiatria na Comunidade. Trad. Maria Alice Ornellas Pereira. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, v.2, n.1, p.27-34, out. 2000.

ESPERIDIÃO, E.; PEREIRA, M. A. O. Refletindo a Trajetória da Assistência Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, v.53, n.4, p.599-606, out./dez. 2000.

FAVERET, F. P; OLIVEIRA, P. J. A universalidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, n.3, p.139-162, 1990.

FERREIRA, G. De Volta Para Casa: prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996, p.80-88.

FLECK, M. P. A., LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; ROXO, A.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidado a saúde. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.4, 431-438, 2002.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, supl. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. E.; Magalhães Jr, H. M.; Rimoli, J.; Franco, T. B. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.55-124.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde e em Saúde Mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994, p.113-148.

GUIMARÃES, E. M.; TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, supl. 2, p.73-85, 2004.

IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora da UNESP, 1994.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.55-59.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, p.40-42, p.448-451, 1995.

LOPES, I. C. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. A construção de uma política de saúde mental antimanicomial. In: FERNANDES, M. I. A., VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G. (Orgs.). **Tecendo a rede**: Trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999, p.27-76.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do ministério da saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, supl., p.163-171, 2002.

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L. Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício de cidadania do doente mental. In: LABATE, R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala, 1999, p.107-116.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2006. 160p.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In _____ (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998, p.1-13.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, ano XXVII, v.27, n. 65, set./dez. 2003.

MONTOYA, A. O. D. (Org.). Contribuições da psicologia para a educação. Campinas: Mercado de Letras, 2007. 110p.

NEVES, C. A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Caderno de Saúde Pública**, vol.24, n.8, pp. 1953-1955, 2008.

NICÁCIO, M. F. S. Apresentação do Relatório Final do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. In: _____ (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.9-15.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental: contradições e potencialidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.13, p.333-340, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Declaração de Alma-Ata**: 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Carta de Ottawa**: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, nov. 1986. Disponível em: <<u>www.opas.org.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Declaração de Sundsvall**: 3ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia, 9-15 jun. 1991. Disponível em: <<u>www.opas.org.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo**. In:______. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001. 172p. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas**. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. In: CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DENTRO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, 1990. Caracas, Venezuela, 14 nov. 1990. Disponível em: www.opas.org.br>. Acesso em: 21 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Santafé de Bogotá**: Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 nov. 1992. Disponível em: <<u>www.opas.org.br</u>>. Acesso em: 21 set. 2009.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

PEREIRA, M. A. O. Representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem. Ribeirão Preto, 280 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental**: estratégias em construção. Ribeirão Preto, 107 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003a.

PEREIRA, M. A. O. Representação da Doença Mental pela Família do Paciente. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.7, p.71-82, 2003b.

PEREIRA, M. A. O. A Construção do Atendimento em Saúde Mental no Programa Saúde da Família. Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2006.

PEREIRA, M. A. O.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. B. G. Inserção da saúde mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.59-64, jan./mar. 2008.

PEREIRA, M. E. C. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-Americana de psicopatologia fundamental**, v.7, n.3, set/2004.

PEREIRA, M. J. B. Avaliação das Características Organizacionais e de Desempenho das Unidades de Atenção Básica em Saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto. 2008. 237 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p.39-64.

PERUSSI, A. **Imagens da Loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, 1995.

PINTO, J. C. S. G. A Abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica. In OFICINA DE CAPACITAÇÃO DE SUPERVISORES EM SAÚDE MENTAL PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2002, Itaipava. **Anais...** Itaipava: Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

PINTO, T. R. A Estratégia de Saúde da Família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, L. **O** transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003. 367p.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A Contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.13, supl., p.230-235, 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990, p.17-59.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional**, v.9, n.1, p.26-31, 1998.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SAWAIA, B. Exclusão ou inclusão perversa? In: _____ (Org.). **As artimanhas da exclusão-análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 1999, p.7-13.

SAWAIA, B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, p.35-53, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I. B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996, p.29-47.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.203-211, 2002.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.203-211, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU (SMS). Saúde Mental, 2009. Disponível em:www.botucatu.sp.gov.br. Disponível em: 21 set. 2009.

SOUSA, M. F. A cor-agem do PSF. São Paulo: HUCITEC, 2001. 127 p.

SPIVAK, M. **Introduzioni alla riabilitazioni sociale**: teoria, tecnologia e metodi di intervento. Riv. Sperim. Freniatr., v.106, n.3, p.522-574, 1987.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: www.scribd.com/doc/16362913/Atencao-Primaria-Barbara-Starfield>. Acesso em: 21 set. 2009.

TAKASHIMA, G. M. K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.77-92.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo da apercepção temática. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TSU, T.M.J.A. Vício e Loucura: Estudo de Representações sociais de escolares sobre a doença mental através do uso de procedimento de desenhos-estórias com tema. **Boletim de Psicologia**, v.41, n.94/95, p.47-55, 1991.

TSU, T. M. J. A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo, EDUSP, 1993.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, vol.39, n.3, p.507-514, 2005.

VAISBERG, T. M. J. A. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. **Revista de Psicologia USP**, n.6, p.103-127, 1995.

VAISBERG, T. M. J. A.; CORREA, Y. B.; AMBRÓSIO, F. F. Encontros brincantes: O uso de procedimentos apresentativos na pesquisa e na clínica winnicottiana. ENCONTRO LATINO-AMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE D. W. WINNICOTT, 9., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, Grupo de Estudos Psicanalíticos, p.331-341, 2000.

VAISBERG, T. M. J. A. **Ser e Fazer**: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida: Ideias e Letras, p.109-128, 2004.

VAISBERG, T. M. J. A.; TACHIBANA, M.; RIBEIRO, D. P. S. A. **A experiência emocional do estudante de Psicologia frente à primeira entrevista clínica**. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer, 2006.

VAISBERG, T. M. J. A.; MACHADO, M. C. L. **Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria de campos**. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer, 2006.

VALENTINI JR., W. A. H.; VICENTE, C. M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.48-54.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.109-128.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.2, p.373-379, 2004.

VIETTA, E. P.; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

WEISZFLOG, W. (Ed.). **Michaelis**: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Ed. Melhoramentos, 2009. Acesso em: 21 set. 2009. Disponível em: www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues>.

WINNICOTT, D W. **O** brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 270 p.

WINNICOTT, D W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D W. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

YIN, R K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Investigação Qualitativa em Educação. Porto-Portugal, Porto Editora, 1994.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p.3-44, (Coleção Archivos).

GONÇALVES, M. **Imaginário coletivo de professores de ioga brasileiros**: um estudo sobre campos psicológicos. 2008. 103 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2008.

HERRMANN, F. O Método Psicanalítico. São Paulo: Brasiliense, 1991.

HERRMANN, F. **Introdução à Teoria dos Campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 211 p.

MARTINS, P. C. R. **O** amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas. 2007. 176 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2007.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson. 2002.

MORIN, E. **A Cabeça Bem Feita**: repensar a reforma e reformar o pensamento. 10. ed. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da OPAS/OMS, p.1-5, ago. 2005. Disponível em: www.opas.org.br >. Acesso em: 21 set. 2009.

RIBEIRO, D. P. S. A. **Transicionalidade e uso do procedimento de desenhos- estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2007. 146 p.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p.149-169.

TACHIBANA, M. Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo. 2006. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2006.

VAISBERG, T. M. J. A. Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In: VAISBERG, T. M. J. A.; AMBRÓSIO, F. (Orgs.). Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DO SER E FAZER, 1., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, nov. 2002, v.12, n.3, p.6-14.

VAISBERG, T. M. J. A.; AMBRÓSIO, F. F. (Orgs.). **Imaginários coletivos como mundos transicionais**. São Paulo: Cadernos Ser e Fazer, 2006, p.5-8.

WINNICOTT, D W. Introdução. In:_____. Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago, 1984, p.9-19.

WINNICOTT, D W. A observação de bebês numa situação padronizada. In:_____. **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p.112-132.

Anexo 1 – Comitê de Ética e Pesquisa



Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.

CEP: 18.618-970

Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143

e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Botucatu, 03 de dezembro de 2.007

OF. 518/2007-CEP

Ilustríssima Senhora Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira Departamento de Enfermagem Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Maria Alice,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Profissionais atuantes na estratégia saúde da família frente ao atendimento em saúde mental: um caminho a ser seguido" que será conduzido por Márcio Pinheiro Machado, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/12/2007.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciasamente,

Alberto Santos Capellupp Secretário do CEP.



Universidade Estadual Paulista Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, 1/nº - Botucatu - S.P. CEP: 18.618-970 Fone/Fax: (0xx14) 6802-6143 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br e-wail Dresidencia williance Qual con la



Registrado no Ministério da Saide em 30 de abril de 1997

Botucatu, 14 de setembro de 2009

Ilustríssimo Senhor Prof. Dr. Trajano Sardenberg Coordenador do CEP

referência Projeto Pesquisa ao de intitulado "PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO DESAFIO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL: UM CAMINHO A SER CONSTRUÍDO", de autoria de Márcio Pinheiro Machado, orientado pela Profa Dra Maria Alice Ornellas Pereira, venho comunicar a alteração do título para "REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA_ Autor

A alteração do título para "REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA"

15-93 15-9 MENTAL ELABORADAS POR PROFISSIONAIS ATUANTES ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"

protestos de elevada estima e distinta consideração.

Profa Dra Maria Alice Ornellas Pereira Orientadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para os profissionais a serem ouvidos)

Para a realização da pesquisa "PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL: UM CAMINHO A SER CONSTRUÍDO", utilizar-se-á o procedimento desenho-história e a entrevista como técnica de pesquisa. Estamos entrevistando integrantes da equipe que desenvolvem o Programa Saúde da Família. O presente projeto tem como objetivo geral estudar, por meio de pesquisa qualitativa, o processo de implantação da assistência em Saúde Mental na ESF do município de Botucatu/SP; conhecer as representações de transtorno mental dos profissionais de saúde em contato com usuários de Saúde Mental e identificar as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde no processo de atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental.

É importante ressaltar que esta pesquisa poderá contribuir para o aperfeiçoamento da assistência realizada pelo PSF, e para a consolidação da atuação do Programa na área de Saúde Mental.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, você poderá não concordar em participar da mesma, e finalizá-la antes ou mesmo durante a entrevista. Caso queira você poderá tomar conhecimento do andamento do trabalho ou sua finalização, sendo para tanto devidamente informado/a dos meios necessários para fazer contato com o entrevistador.

A concordância em participar da pesquisa implica na possibilidade do uso das informações para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Qualquer reclamação a respeito da pesquisa poderá ser encaminhada ao pesquisador responsável, no endereço abaixo.

A entrevista será gravada, e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após a transcrição.

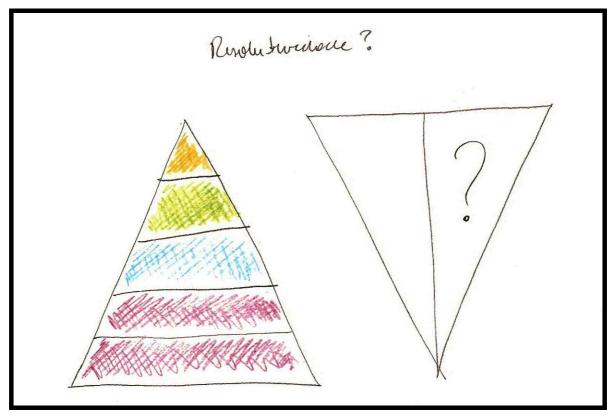
Assim sendo, Eu			
	Identidade nº	,	
após ter lido, recebido todas as concordo em participar dessa pesqui	•	todas as dúvidas	
	Local	// Data	
Entrevistado	Pesq	Pesquisador	

Pesquisador: Márcio Pinheiro Machado – Escola de Enfermagem – USP/Ribeirão Preto/SP – Rua Dr. Rafael Sampaio, nº 533 – CEP: 18.601-080 – Tel: (14) 3815-8690 e-mail: marciopinheiromachado@hotmail.com

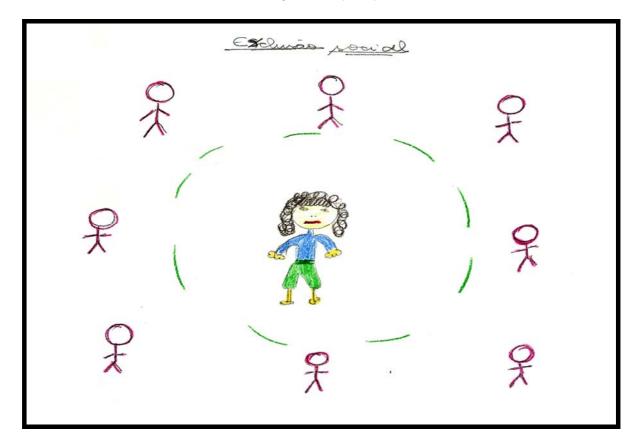
Orientadora: Maria Alice Ornellas Pereira – Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP – Campus Rubião Júnior, s/n – CEP: 18.618-970 – Tel: (14) 3811-6070 – e-mail: malice@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Procedimento Apresentativo-Expressivo com Tema

Sujeito 01 (**\$01**)



Sujeito 02 (**\$02**)



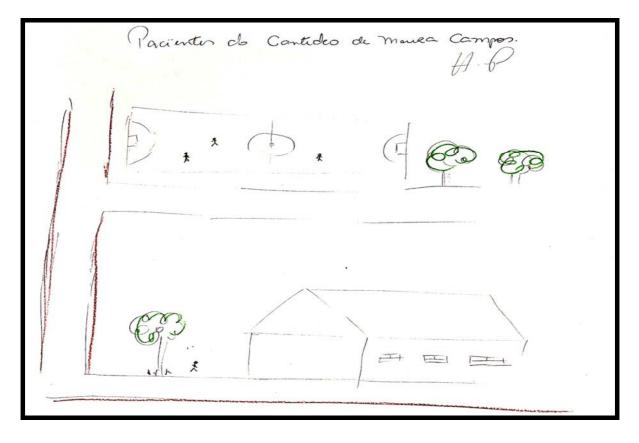
Sujeito 03 (**\$03**)



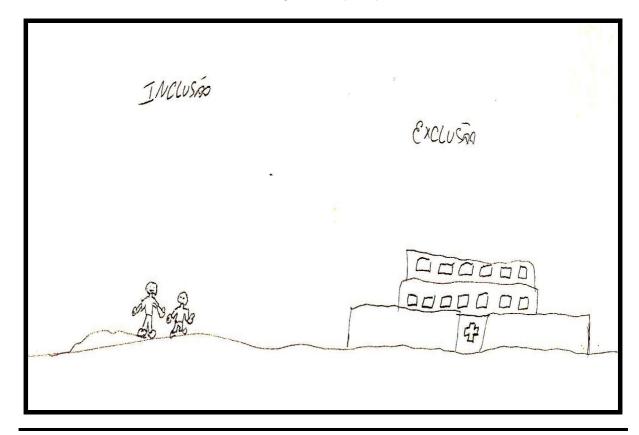
Sujeito 04 (**S04**)



Sujeito 05 (**\$05**)



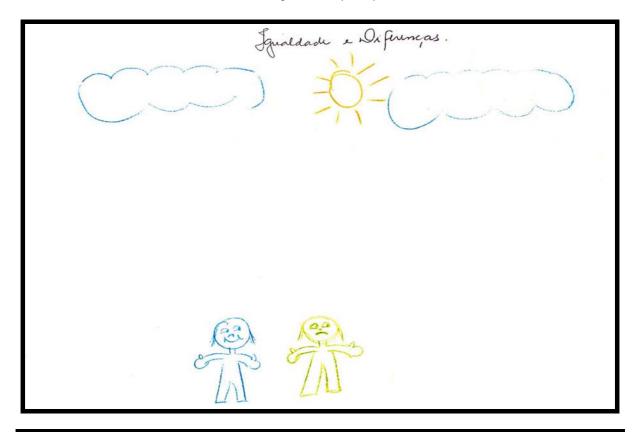
Sujeito 06 (**\$06**)



Sujeito 07 (**\$07**)



Sujeito 08 (**\$08**)



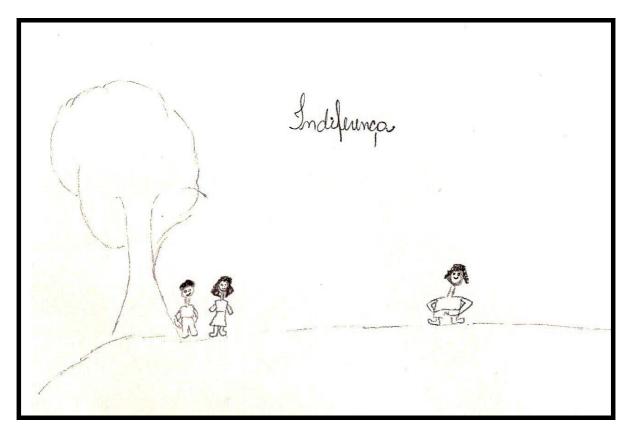
Sujeito 09 (**\$09**)



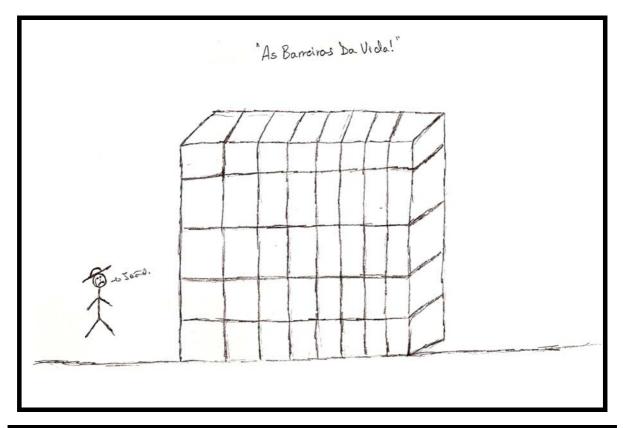
Sujeito 10 (**\$10**)



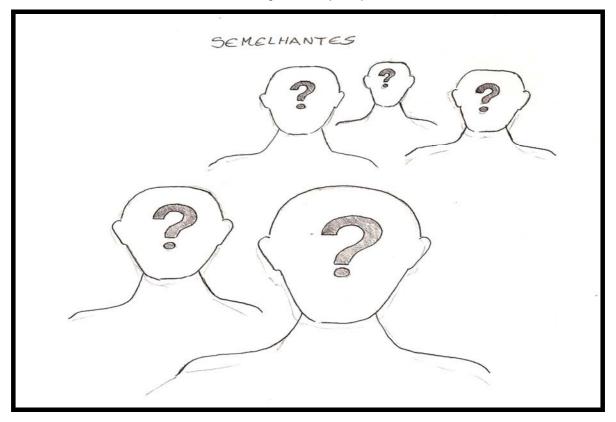
Sujeito 11 (**S11**)



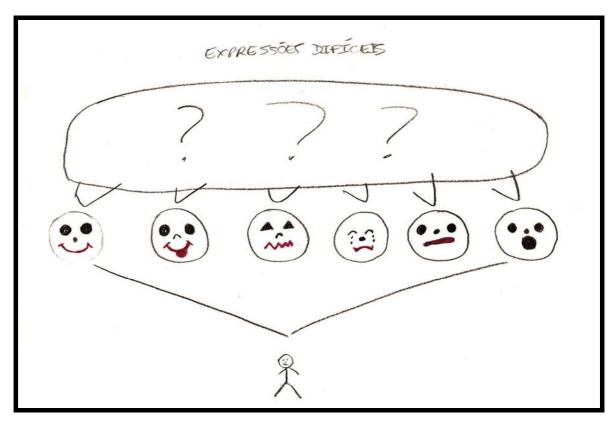
Sujeito 12 (**S12**)



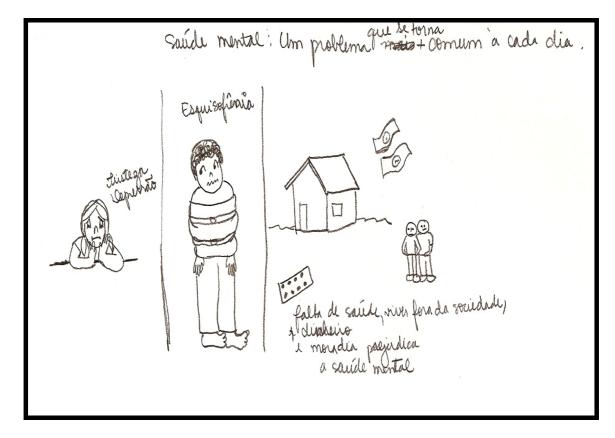
Sujeito 13 (**\$13**)



Sujeito 14 (**S14**)



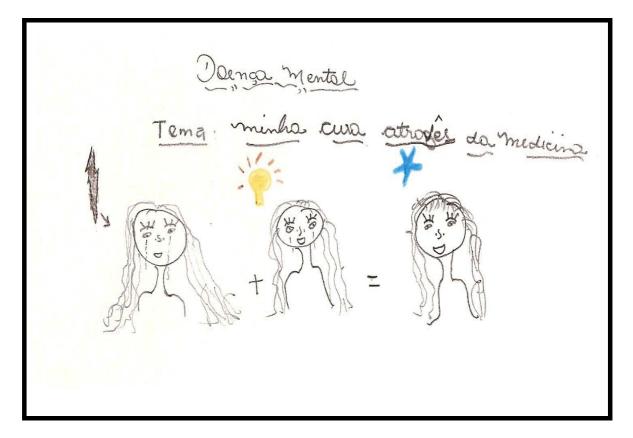
Sujeito 15 (**\$15**)



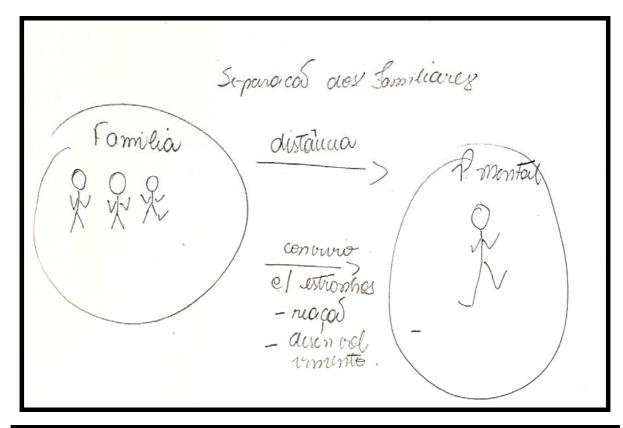
Sujeito 16 (**\$16**)



Sujeito 17 (**\$17**)



Sujeito 18 (**\$18**)



Sujeito 19 (**\$19**)

