UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da
Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica
e na promoção de saúde mental**

Walisete de Almeida Godinho Rosa

Ribeirão Preto

2007

WALISETE DE ALMEIDA GODINHO ROSA

**Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da
Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica
e na promoção de saúde mental**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Inserida na linha de pesquisa: promoção de saúde mental.

Orientador: Profa Dra Renata Curi Labate

Ribeirão Preto

2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Rosa, Walisete de Almeida Godinho

Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental./ Walisete de Almeida Godinho Rosa; Orientadora: Renata Curi Labate. – Ribeirão Preto, SP, 2007.
163f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Saúde mental. 2. Assistência psiquiátrica. 3. Estratégia de Saúde da Família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Walisete de Almeida Godinho Rosa

Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para obtenção do título de doutor.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa.Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Aos meus pais Wellington e Maria, ao meu esposo Cleber às minhas filhas Fernanda e Monique, e aos meus irmãos Valizere, Wesley e Waldete.

EM ESPECIAL

À Profa Dra Renata Curi Labate,
minha querida orientadora, pelo
acolhimento, amizade e
serenidade em todos os
momentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade desta conquista.

À minha família pelo apoio constante em todos os momentos.

À Profa. Dra. Maria Cecília Morais Scatena, sempre presente na minha caminhada, contribuindo com valiosas sugestões e conhecimentos.

À Profa. Dra. Rosalina Carvalho da Silva, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho por ocasião da disciplina de Metodologia e do exame de qualificação.

À Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, pelas sugestões e acolhimento.

À Profa. Dra. Evania Nascimento, pela amizade, incentivo e pelas valiosas sugestões.

À Profa. Dra. Rozemere Cardoso de Souza, pela disponibilidade e sugestões.

Ao Prof. MsC. Eurípedes Costa do Nascimento, pela colaboração como observador dos grupos, participando e dando opinião e leitura crítica.

À Mércia Zeviani Brêda e Ana Claudia Afonso Valadares, pela amizade.

Aos membros das equipes da ESF que participaram deste estudo, pela disponibilidade e contribuição.

Aos docentes responsáveis pelas disciplinas que cursei durante o doutorado, pela contribuição na minha formação.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela atenção e acolhimento durante o curso de Doutorado. Especialmente à Adriana pela gentileza, profissionalismo e amizade.

À CAPES pelo financiamento desse estudo.

*Não há na história, na vida social,
nada de fixo, de enrijecido, de definitivo.
E não existirá nunca.*

*Novas verdades aumentam
o patrimônio da sabedoria;
necessidades novas, superiores são suscitadas
pelas novas condições de vida;
novas curiosidades intelectuais e morais
pressionam o espírito e o obrigam a renovar-se,
a melhorar.*

Gramsci

RESUMO

ROSA, W. A. G. Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental. 2007. 163f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui princípios éticos e filosóficos que vem de encontro às propostas da Reforma Psiquiátrica expressas na Declaração de Caracas, a qual enfatiza a necessidade de colocar a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção primária. Partindo dessas considerações, a presente pesquisa teve por objetivo discutir junto às equipes da ESF os limites e possibilidades da inserção da ESF no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental. A metodologia adotada foi de natureza qualitativa, utilizando como técnica de coleta de dados o grupo focal. Participaram do estudo, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de cinco (05) equipes da ESF da cidade de Passos-MG. Para a análise dos dados utilizamos a análise de conteúdo. Emergiram das entrevistas grupais cinco categorias: critérios de inclusão do distúrbio mental; demanda psiquiátrica na ESF; saúde mental na ESF; adoecimento psíquico e promoção de saúde mental na ESF. Os discursos revelam que existe a necessidade de ampliar os conhecimentos para se ter uma atitude terapêutica baseada no cuidado e no acolhimento e envolver a ESF na rede de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental, assistência psiquiátrica.

ABSTRACT

ROSA, W. A. G. Limits and possibilities of the insert of Family Health Strategy in the process of transformation of the psychiatric attendance and in the promotion of mental health. 2007. 163f. Thesis (Doctoral) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The Family Health Program (FHS) it possesses ethical and philosophical beginnings that it comes from encounter to the proposals of the Psychiatric Reform expressed in the Caracas of Declaration, which emphasizes the need to place the psychiatric attention in narrow entailed with the primary attention. Leaving of those considerations, to present research had for objective to discuss close to you equip it of FHS the limits and possibilities of the insert of FHS in the process of transformation of the psychiatric attendance and in the promotion of mental health. The adopted methodology was of qualitative nature, using as technique of collection of data the focus group. They participated in the study doctors, male nurses, auxiliary of nursing and community agents of health of five (05) teams of FHS of the city of Passos-MG. For the analysis of the data we used the content analysis. They emerged of the groups interviews five categories: approaches of inclusion of the mental disturbance; it demands psychiatric in FHS; mental health in FHS; psychic sicken and promotion of mental health in FHS. The speeches reveal that the need exists of enlarging the knowledge to have a therapeutic attitude based on the care and in the reception and to involve FHS in the net of attention in mental health.

Key words: Family Health Strategy, Mental Health, psychiatric attendance.

RESUMEN

ROSA, W. A. G. Límites y posibilidades de la inserción de la Estrategia Salud de la Familia en el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica y en la promoción de salud mental. 2007. 163f. Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) posee principios éticos y filosóficos que viene del encuentro a las propuestas de la Reforma Psiquiátrica expresó en la Declaración de Caracas que da énfasis a la necesidad de poner la atención psiquiátrica en estrecho vinculación con la atención primaria. Partiendo de esas consideraciones, la presente investigación tenida para el objetivo discutir junto los equipos de ESF los límites y posibilidades de la inserción de la ESF en el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica y en la promoción de salud mental. La metodología adoptada era de naturaleza cualitativa y usa como técnica de colección de datos el grupo focal. Ellos participaron del estudio médicos, enfermeros, auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud de cinco (05) los equipos de ESF de la ciudad de Passos-MG. Para el análisis de los datos utilizamos el análisis de contenido. Destacando cinco categorías resultantes de las encuestas realizadas: acercamientos de inclusión de la perturbación mental; demanda psiquiátrica en ESF; salud mental en ESF; el adoecimiento psíquico y promoción de salud mental en ESF. Los discursos revelan que existe la necesidad de agrandar el conocimiento para tener una actitud terapéutica basó en el cuidado y en la recepción y para involucrar la ESF en el proceso de atención en salud mental.

Palabras-clave: Estrategia de Salud de la Familia, Salud Mental, asistencia psiquiátrica.

SUMÁRIO

1. Delimitação do Problema de Pesquisa.....	15
2. Referencial Teórico.....	35
2.1 Saber Psiquiátrico e a Assistência em Saúde Mental.....	35
2.1.1 Da Valorização da Desrazão à Loucura.....	36
2.1.2. Psiquiatria como Saber Médico.....	37
2.1.3. Atenção à Saúde Mental no Brasil.....	41
2.2 Estratégia de Saúde da Família: potencialidades e fragilidades.....	46
3. Objetivo.....	66
4. Trajetória Metodológica.....	52
4.1 Abordagem Qualitativa.....	67
4.2 Contexto da Pesquisa.....	70
4.3 Participantes do estudo.....	72
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	73
4.5 Coleta de Dados.....	73
4.5.1 Grupo Focal.....	73
4.5.2 Aplicação Prática.....	78
4.6 Análise dos Dados.....	83
5. Resultados e Discussões.....	85
5.1 Síntese das Observações e apresentação dos sujeitos.....	85
5.2 Apresentação das Categorias.....	95
5.2.1 Critérios de Inclusão do Distúrbio Mental.....	96
5.2.1.1 Relato Familiar.....	97

5.2.1.2 Comportamento.....	99
5.2.1.3 Despreparo do ACS.....	100
5.2.2 Demanda Psiquiátrica na ESF.....	102
5.2.2.1 Culpabilização Familiar.....	103
5.2.2.2 Renovação de Receitas.....	108
5.2.2.3 Internação.....	116
5.2.3 Saúde Mental na ESF.....	105
5.2.3.1 Necessidade de Qualificação.....	119
5.2.3.2. Atenção em Rede.....	123
5.2.3.3 Envolvimento Familiar.....	127
5.2.4 Adoecimento Psíquico.....	130
5.2.4.1 Conflitos Sócio-econômicos.....	131
5.2.4.2 Conflitos Sócio-afetivos.....	134
5.2.4.3 Falta de Atenção.....	136
5.2.5 Promoção de Saúde Mental na ESF.....	139
5.2.5.1 Atividades de Sociabilização.....	139
5.2.5.2 Atendimento Psicológico.....	142
 5. Considerações Finais.....	 146
 6. Referências Bibliográficas.....	 150
 7. Anexos.....	 160

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge com propostas na tentativa de mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando a dimensão globalizante (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde, percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANA; DAL POZ, 1998).

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília - DF, sobre o tema “*Saúde da Família*”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS, e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de

forma isolada, assim, a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (VIANA; DAL POZ, 1998).

Cabe ressaltar que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (VIANA; DAL POZ, 1998).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, significa, por um lado, a preocupação do Estado em resgatar suas políticas públicas a este segmento da população, e, por outro, o empenho em manter suas políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da vida familiar, tendo como filosofia a mudança do paradigma sanitário, saindo da prática da atenção médica para a produção social da saúde (LEVCOVITZ; GARRIDO 1996; MARCON; ELSEN, 1999).

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Além destes profissionais, outros poderão se incorporar às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais. Cada equipe deve se responsabilizar por no máximo 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes (BRASIL, 2006).

Assim, o PSF surge como porta de entrada do sistema e veio para mudar a

concepção vigente de atuação saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência.

A integralidade é uma expressão que, no campo da saúde tem vários significados os quais tendem a oposição à simplificação, à fragmentação e objetivação dos sujeitos (Mattos, 2001). Em termos de organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço, contudo, atendendo o princípio da integralidade está incluída, também, as ações de educação em saúde. Ainda, quanto à organização dos serviços, a integralidade está relacionada com a necessidade de horizontalização dos programas de saúde, uma vez que a verticalização atropela as reais necessidades e não ouve a perspectiva dos usuários (TEIXEIRA, 2003; ALVES, 2005).

Deste modo, para este último autor:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2005, p. 43).

O atendimento integral vai além da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva garantida aos usuários do sistema de saúde, requer

o compromisso com o aprendizado contínuo e com a prática multiprofissional (MACHADO, et al 2007).

Para Vasconcelos (1999), o surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

A atenção primária à saúde (APS) de acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora, seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e como tal, dotada de particular complexidade.

A APS ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento que ao resolver uma série de necessidades, extrapolam a esfera da intervenção curativa individual, as chamadas necessidades básicas de saúde. Esta inclui, principalmente, demandas sanitárias (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde) que geram as ações tradicionais da saúde pública; as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas

de prevenção e recuperação apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos. Para uma adequada compreensão e efetiva transformação, a APS exige sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Os profissionais da atenção primária devem estar cientes de todos os problemas de saúde de seus usuários em qualquer contexto no qual estes apareçam. A ampliação do alcance da prática “para unidades de grupo e como parte de sistemas integrados de saúde fornece tanto novos desafios como melhores oportunidades para coordenar os serviços” (STARFIELD, 2002, p.365).

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, com justiça social e igualitária, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. (SOUSA, 2000).

Deste modo, a saúde da família e coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades, com o

objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar (VASCONCELOS, 1998).

Embora rotulado como programa, o PSF por suas especificidades, foge à concepção usual daqueles concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, e, sim, pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia¹ que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (MINAS GERAIS, 1997).

Nesse sentido Morin (2000, p.62) enfatiza que:

A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados. O programa é a determinação *a priori* de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é concebida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1997) a ESF surge como uma estratégia que visa atender ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

¹ Neste estudo a nomenclatura Programa de Saúde da Família (PSF) será citada na contextualização de sua implantação, contudo, no decorrer do trabalho será utilizada a nomenclatura atual - Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com a portaria 648/GM de 28 de março de 2006.

Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial e, também, uma alternativa para reconfigurar a Atenção Primária de Saúde, para a reversão do modelo hospitalocêntrico, caracterizado pelo individualismo irracional dos recursos tecnológicos e baixa resolubilidade, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.

Para Levcovitz e Garrido (1996, p. 05) a ESF é um modelo de assistência que pressupõe:

(...) o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

Assim, o trabalho em equipe torna-se peça chave para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Segundo Peduzzi (1998), o trabalho em equipe na Saúde da Família requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a Atenção Primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, mas, também, enfoca a promoção, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

As propostas da Reforma Sanitária, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Reforma Psiquiátrica, apesar de terem sido concebidas separadamente, defendem a saúde enquanto direito, o território como espaço privilegiado das ações de saúde, a necessidade de superação do modelo biomédico e o envolvimento das redes sociais, entre elas a comunidade, o trabalho e a família (AMARANTE, 1995; BRASIL, 1997; SOUSA 2000).

A ESF possui princípios éticos e filosóficos que se coadunam com a Reforma Psiquiátrica, explícitos na Declaração de Caracas (BRASIL, 2002), a qual enfatiza a necessidade de colocar a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção primária, uma vez que estas práticas consistem em práticas sociais que têm um olhar mais abrangente, integral do sujeito e do seu processo saúde doença.

Portanto, a ESF surge como uma nova proposta de atendimento às famílias e parece propiciar um espaço muito favorável para trabalhar, também, a reforma psiquiátrica e promoção da saúde mental. Entretanto, o que temos observado é o não preparo dos profissionais que necessitam de um investimento em capacitação no que se refere à saúde mental e em serviços alternativos que os apoiem, pois, muitas vezes alguns transtornos leves não são identificados e são tratados como queixas pontuais (MENDES 2001; BRÊDA 2001; GONÇALVES 2002; ROSA 2002).

Os transtornos mentais se constituem no Brasil um problema de saúde coletiva. Para a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais e de comportamento são um problema importante na saúde pública, são freqüentes em sociedades e culturas, causam enorme incapacidade e padecimento entre as pessoas afetadas, bem como considerável sofrimento entre amigos e membros da família (CID10, 1997).

Esses problemas precisam ser enfrentados nos locais onde as pessoas vivem e se interagem. De acordo com Amarante (1994), adotar o território

enquanto estratégia significa afirmar que os serviços de saúde devem: assumir a completa responsabilidade pela atenção em saúde neste espaço social e, incorporar na sua prática o saber das pessoas que o constituem. A atitude terapêutica deve se basear, não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

Portanto, acreditamos que para ocorrer uma mudança no modelo “vigente” e adequá-lo à reforma psiquiátrica, uma estratégia é a assistência humanizada que leve em consideração as reais necessidades da população num processo interativo indivíduo/família/comunidade, não entendendo a assistência humanizada como atitudes paternalistas, mas, valorizando a autonomia do ser humano num processo interativo.

Para Perestrello (2006) humanismo é entendido como: conjunto de correntes fenomenológico-existenciais no que levam a conceituação totalizadora do homem, considerando-o na totalidade homem/mundo em termos de estrutura. Essa totalidade é válida para o homem “inteiro” em quaisquer dos seus níveis ou momentos. Segundo Furegato (1999) pressupõe-se neste modelo, a valorização do indivíduo pelo que ele é independentemente de sexo, raça, cor status ou posses materiais. O relacionamento estreito, respeitoso, equilibrado e recíproco com o mundo natural é valorizado, assim como as relações intra e interpessoais com todas as suas ligações na família, no trabalho e no mundo.

Neste sentido, humanizar a assistência à saúde significa reconhecer como sujeitos de direitos, as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de

suas necessidades. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer a sua autonomia, tendo oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde. Assim, partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (FORTES; MARTINS, 2000).

Por outro lado, mudar a forma de assistir nesta mudança de paradigma implica, também, compreender o adoecer em vez de explicá-lo, pois, seus motivos estão no próprio homem, que precisa ser compreendido como um conjunto expressivo, considerando suas manifestações, seja na saúde ou na doença, como algo além da questão física do ser humano. Portanto, valorizar e escutar a história da pessoa, pois, “assim como a pessoa tem um *modo-de-ser*, também possui um *modo-de-adoecer*; *seu-modo-de-ser-e-adoecer* único, que sobrevém de circunstâncias críticas” (PERESTRELLO, 2006, p.204).

Deste modo, a presente pesquisa surge como uma necessidade de dar continuidade à investigação iniciada no mestrado, sobre a questão da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Entendemos que a ESF estando pautada na integralidade da assistência, requer a inclusão de cuidados na área de saúde mental². O grifo saúde é para chamar a atenção não só para a questão da doença mental, mas, principalmente, para a promoção em saúde – o olhar para a

² Saúde Mental será entendida nesse estudo como “o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da Saúde Mental de uma população” (SARACENO, 1999, p. 144).

pessoa em risco de adoecer – uma vez que os conflitos sociais e familiares são cada vez mais freqüentes, afetando diretamente a saúde mental das pessoas.

Segundo Danese (1998), diante dos processos de crise, o homem acaba sentindo-se abandonado, procurando uma resposta que não encontra nos serviços de saúde pela ineficiência do sistema. Sendo as perdas, os sentimentos, as expectativas e a doença, uma das causas da busca ao serviço de saúde e diante de uma crise não solucionada o indivíduo passa a experimentar angústia e tensão que podem levá-lo a uma exacerbação de conflitos psicológicos latentes e ao aparecimento de uma doença mental. Ainda de acordo com a autora, a maioria das crises é autolimitada e de resolução natural, mas que muitas vezes o indivíduo necessita de ajuda. Desta forma, o estar junto é uma maneira de intervir na crise do outro solidariamente.

É importante que os profissionais de saúde em qualquer situação onde exerçam suas atividades, estejam atentos à saúde mental das pessoas, desenvolvendo atitudes terapêuticas, ajudando naquilo que elas precisam e não naquilo que supomos ou impomos.

"Um projeto de reinserção social dessa parcela da população, que apresenta transtornos mentais, exigiria que a rede básica de saúde fosse habilitada a interromper essa ciranda infernal de crise-internação-crise" (CAMPOS, 1992, p.53).

A hipótese de psiquiatras inovadores é de que: "o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência

global complexa e concreta" dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construíram um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a "instituição"), todos referidos à "doença". É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto existência "doente" (ROTELLI, 2001, p. 27-8).

Para Torre e Amarante (2001, p. 80) não há tecnologia científica que resolva a cura da doença mental. "A cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade - mudar a história dos sujeitos que passa a mudar a história da própria doença".

Assim, a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação, dos modos com os quais as pessoas são tratadas, para transformar o seu sofrimento, uma vez que não se persegue a solução-cura. Nesse sentido, o objeto ao invés de ser "a doença" torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização, segundo Rotelli (2001, p.30) será "o processo crítico prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (...) rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de doença".

Deste modo, existe a necessidade de construção de uma nova prática assistencial não focada na doença mental, mas no objeto existência - sofrimento.

Partindo-se, então deste posicionamento, Amarante (1999, p.50) coloca:

Deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos. O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidiano do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta, etc. Por outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos.

Nessa perspectiva, ousar, arriscar-se em novos territórios, mobilizar novos recursos em direções inusitadas, redefinir papéis dos profissionais de saúde é, "dispor-se a acompanhar a aventura desses sujeitos, na procura de uma existência mais livre e autônoma, criativa e flexível, aberta a negociação e ao conflito" (GUATARI, 1992, p.123).

Motta (1997) coloca que o paciente após o primeiro surto, necessita de recursos e investimentos em seu potencial saudável para voltar à vida social. Entretanto, é fundamental que as pessoas envolvidas no processo de cuidar (família, profissionais de saúde) acreditem no retorno do funcionamento psicossocial, seja ele "normal" ou "aceitável" para que haja a reabilitação.

A assistência básica deve se constituir em estratégia de reformulação da atenção da saúde em geral e de saúde mental, em específico, movendo-se para as pessoas e suas redes sociais, principalmente a família.

O envolvimento da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico é fundamental para a sua recuperação. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família, favorece o envolvimento desta no tratamento, e ao mesmo tempo poderá atendê-la e apoiá-la em suas dificuldades, isto porque a doença

não traz sofrimento somente ao indivíduo, mas também para a própria família, portanto, ambos precisam de apoio e acompanhamento (ROSA, 2002).

Neste sentido, o domicílio é um local muito favorável para a atenção em saúde, uma vez que se pode perceber a realidade familiar e adaptar orientações no sentido de promover, recuperar a saúde ou readaptar o ser humano para voltar ao seu cotidiano (TAYLOR, 1992).

A ESF tem como uma de suas propostas humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida. Aponta, assim, para a construção de um efetivo vínculo entre equipe/família/comunidade (SOUSA, 2000).

Segundo Campos (1992), o vínculo pode ser considerado um dos elementos essenciais de uma prática clínica de qualidade, particularmente na área de saúde mental e poderá cumprir dois objetivos na reforma dos serviços públicos: aumentar a eficácia das ações de saúde e introduzir algumas formas de controle social mais efetivas, uma vez que será feito pelos próprios interessados ao mesmo tempo que recebem os cuidados.

Esse vínculo proporciona retornar a visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, desenvolvendo ações de promoção, proteção específica, diagnóstico precoce, rápida limitação do dano, recuperação da saúde e de reabilitação, pois trabalha com as reais necessidades locais,

sincronizando o saber popular com o saber técnico científico em um verdadeiro encontro de “gente cuidando de gente” (SOUSA, 2000).

Portanto, o vínculo é um recurso terapêutico e sua construção vai depender do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde das pessoas as quais atendem dependendo, também, do modo como se incumbem de casos específicos que necessitam de atendimento singular. Um movimento duplo, não muito fácil de ser realizado: "um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente dos mais vulneráveis" (CAMPOS, 2003, p.69).

Segundo Cabral et al (2000), a ESF por atuar com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, se constitui numa estratégia adequada para trabalhar a saúde mental na atenção básica, estando suas equipes engajadas no dia-a-dia da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população.

A ESF parece possuir, ainda, segundo Lancetti (2000) a característica propícia para o atendimento às famílias por oferecer um espaço muito favorável para promover saúde mental, pois, a doença mental, de acordo com Amarante (1995) é reconhecida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica como fruto do processo de marginalização e exclusão social e sua luta é fundamentada na construção da cidadania dos indivíduos em sofrimento psíquico e na promoção

da saúde mental. Vislumbra transformar as práticas, a respeito da psiquiatria e da loucura, através de novos conceitos numa perspectiva que vai além da noção de doença, sintomas e assistência, tentando alcançar não só usuários e profissionais, mas a sociedade em geral.

A proposta da reforma psiquiátrica de desinstitucionalização envolve não só os profissionais, mas também a família e comunidade no momento em que o doente resgata seus direitos de pessoa humana. Para que isso aconteça é necessário que o paciente e sua família tenham condições básicas de tratamento e cuidados e que a família seja preparada e apoiada pelos profissionais para que possa seguir o curso normal de sua vida.

Nesta nova lógica, a família já não pode ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em consideração e é fundamental que participe e seja incentivada em todo o processo de cuidar/curar (ELSEN 1994).

A família, como grupo social, tem sofrido modificações em decorrência de fatores políticos, sociais, culturais e econômicos, ocasionando mudanças no modo de vida das pessoas e da sociedade em geral. Na era das famílias pós-modernas, mudanças como o trabalho feminino, número reduzido de filhos, modernas técnicas de reprodução, elevado número de divórcios, separações e

famílias reconstituídas, têm influenciado a organização familiar (SALLES; TUIRÁN, 1996).

Desse modo, novas formas de relação têm surgido, indicando vários tipos de família o que não inviabiliza a percepção de que a família na maioria das sociedades é a instituição responsável pelo apoio físico, emocional, social e psicológico de seus membros:

A família seja qual for, tenha a configuração que tiver, é, e será, o meio relacional básico para as relações com o mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio. Diríamos que deve prevalecer a tendência de que a família não é uma “relação obrigatória”, mas uma dentre outras possibilidades que dão sentido ao ser humano (COSTA, 2003, p.87).

Para Mc. Whinney (1994), a família é uma organização ou sistema social e tem características comuns com outros sistemas sociais, sendo que esse sistema é definido como várias partes e processos que constantemente se inter-relacionam uns com os outros. O sistema familiar altera-se com o decorrer do tempo à medida que os seus membros envelhecem e o profissional deve ter consciência dos desafios enfrentados por uma família ao adaptar-se a estas situações.

Mc. Whinney (1994) salienta ainda, que qualquer modificação numa das partes do sistema familiar tem repercussões em toda a família. Algumas alterações referentes ao nascimento, morte, casamento, divórcio, incapacidade e perda de emprego, têm conseqüências profundas. O profissional que atua na família deve estar atento, também, às necessidades de seus membros afetados pelos infortúnios dos seus familiares como, por exemplo, os filhos de casais

divorciados, os irmãos e irmãs de adolescentes deficientes, doentes crônicos, viúvos e viúvas, os que dependem de um chefe de família desempregado, os que abusam de álcool e drogas.

Nitscke e Elsen (2000, p.36) comentam, ainda que: “se a compreensão da família passa por diferentes olhares, a saúde da família também pode acolher diferentes definições, dependendo da visão de mundo de cada um”.

A saúde da família é diferente da saúde de seus membros, assim, como há saúde de indivíduos membros participantes e componentes da família, também podemos falar em saúde da família e família saudável (NITSCKE, 1991).

A família saudável é definida pelos terapeutas familiares como aquela que é livre de psicopatologias e que tem um excelente funcionamento familiar. Considera-se como saudável dentro da “ciência da família” aquela família que tem um equilíbrio de coesão, flexibilidade e uma comunicação funcional. Para os teóricos desenvolvimentistas, as famílias são saudáveis quando estão cumprindo tarefas de desenvolvimento do ciclo de vida no tempo adequado (NITSCKE, 1991).

Penna (1992, p.85) analisando o referencial teórico do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Família (GAPEFAM), define família saudável como:

uma unidade que se auto estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver e do de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por laços de amor e carinho. Tem liberdade de expor

sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos, aceita a individualidade de seus membros; possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos e de assumir suas responsabilidades; enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio aos seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformado, desenvolvendo-se com a experiência, construindo sua história de vida.

Para tanto, a compreensão do ciclo de vida familiar e do desenvolvimento individual, bem como as situações de crises e conflitos, poderá ajudar os profissionais das equipes da ESF a compreenderem os problemas vivenciados pela família, bem como o seu processo de viver, ser saudável e adoecer, intervindo adequadamente.

Cabral et al (2000, p.152) colocam que: “a força deste novo paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro”. Segundo as autoras, mais do que oferecer atenção básica, a ESF se depara com a necessidade de oferecer uma atenção mais complexa, sendo um campo fértil para a concretização dessa nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade e estimular reflexões, uma vez que as novas concepções e práticas de saúde não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando somente a doença.

De posse das colocações acima referenciadas, verifica-se que, a ESF requer das equipes, o desenvolvimento de atitude solidária e afetiva diante da realidade da população e de seu sofrimento, entendendo que os problemas nem

sempre são de origem biológica e que podem ter outras dimensões tais como epidemiológica, cultural, social e principalmente mental.

No que se refere à questão da saúde mental na ESF, constatamos em Rosa (2002) que, devido à formação curativa e individualista do enfermeiro, parece haver uma dificuldade muito grande por parte desses profissionais em perceber a importância da ESF para a reforma psiquiátrica ao lidar com as questões de saúde mental e reinserção do paciente psiquiátrico na comunidade e família. Portanto, o pouco conhecimento de questões pertinentes à saúde mental por parte da população e dos próprios profissionais de saúde, tem sido um fator dificultador na melhoria da atenção ao núcleo familiar e ao portador de sofrimento psíquico.

A desinstitucionalização, de acordo com o conceito defendido pela reforma psiquiátrica, não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, ou seja, “envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade” (GONÇALVES; SENA, 2001).

Sendo assim, direcionar atenção e cuidados nessa temática, bem como compreender como essas práticas foram construídas, é de fundamental importância.

REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo surgiu de inquietações e reflexões acerca da transformação da Reforma Psiquiátrica e da Estratégia de Saúde da Família, como um contexto favorável a essas mudanças, tendo como princípios desta articulação: a noção de território; organização da atenção a saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção e construção da cidadania possível de usuários e familiares, buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Esses princípios nos convidam a pensar e corroborar com Saraceno (1998, p.26) quando enfatiza que:

as práticas de intervenção devam ser orientadas à um modelo complexo que possa superar as dicotomias existentes entre especialistas, tratamento, sujeitos e contextos, colocando em foco a importância de pensarmos a articulação entre pacientes, serviços e contexto.

2.1 Saber psiquiátrico e a assistência em saúde mental

A visão do sofrimento psíquico é produzida e naturalizada pela sociedade ocidental contemporânea, como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas “psi”. “Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, com quadros nosológicos claramente delimitados”. O objetivo final é a cura num sentido de (re) adaptação. Neste contexto, enfatiza-se ainda que: “a forma como a experiência com a loucura vai

sendo conceituada influencia diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p.592).

Para compreender as transformações ocorridas no contexto da atenção à saúde mental, o surgimento do saber psiquiátrico como normatizador de um determinado campo moral dos indivíduos, a transformação do fenômeno da loucura em doença mental, os movimentos de reforma e reformulação do modelo psiquiátrico, faz-se necessário um sucinto resgate do momento histórico em que esses saberes foram construídos.

2.1.1 Da valorização da desrazão à loucura

Na antigüidade Grega, até os tempos pré-socráticos, a “natureza humana” não tem uma concepção estruturada, ou seja, o homem não tem conhecimento de si. O homem tem um papel inerte, a mercê de agentes sobre-humanos, que lhes roubam a razão:

As distorções ou aberrações dessa “natureza” são concebidas vagamente e atribuídas, na ausência de qualquer vislumbre de psicologia, às forças e entidades conhecidas (...) A loucura seria, então, um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não sejam contrastados pela vontade dos homens (PESSOTI, 1994, p.13).

Neste contexto, não há culpas, responsabilidade, descontrole emocional, perda do bom senso, insanidade, nem remorso por ações insensatas (PESSOTI, 1994).

Assim, na Grécia antiga o louco era socialmente aceito e considerado como uma pessoa com poderes divinos. A loucura encontra espaço para

manifestar-se, não havendo necessidade de controle nem de exclusão (BELMONTE et al, 1998).

Na Idade Média, o hospício tinha a função de hospedaria, espaços de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, enfim, todos que de alguma forma ameaçavam à lei e à ordem social. O enclausuramento, nesta época, é baseado em uma prática de proteção e guarda, devido à ausência ou não de razão, e não a critérios de ordem patológica nem de elaboração de conhecimento sobre a loucura, “diferentemente do século XVIII, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características médicas e terapêuticas”. A desrazão vai perdendo espaço e a alienação ocupa o lugar como critério de distinção do louco perante a ordem social (AMARANTE, 1995, p. 24).

A loucura já não é vista como verdade divina, mas como um conjunto dos vícios dos homens, o reverso da razão, passando a ser algo desqualificante e representante do mal (BELMONTE, 1998; SILVEIRA, BRAGA, 2005).

2.1.2 Psiquiatria como saber médico

A partir da segunda metade do século XVIII, começa a surgir na França preocupações com a saúde coletiva. Dentre elas estavam os efeitos sócio-econômicos produzidos pelas epidemias e epizootias, trazendo transformações na medicina, criando uma estrutura institucional, um saber e uma relação com a sociedade diferentes da tradicional. Nesse contexto, a medicina passou a ter

outras esferas de intervenção, não se restringindo ao atendimento de doentes individualmente, mas todo o espaço social era passível de intervenção médica. Essa, por sua vez, passa a ser encarada como uma consequência da sociedade industrial, uma vez que cuida dos efeitos prejudiciais para a vida dos indivíduos. Deste modo, a medicina funcionava articulada com o Estado na manutenção da Ordem, “higiene do espaço insalubre e dos corpos deteriorados pelo “progresso” industrial” (BIRMAN, 1978, p. 253).

Começava a surgir a definição de “doenças da sociedade” que seriam:

o conjunto de obstáculos que se oporiam ao “progresso” social, os crimes e a alienação mental constituiriam exemplos privilegiados, assim como todas as faltas e ataques ao sistema de regras estabelecidas. A Medicina investigando o homem do ponto de vista físico e moral, poderia ser então encarada como instrumentadora do Estado para manutenção da Ordem (BIRMAN, 1978, p.253).

Diante das colocações acima, podemos verificar que a teoria da alienação mental em suas origens, buscava compreender o que seria da ordem do corpo e o que seria da ordem das paixões, ou seja, “Pretendia-se uma caracterização destas noções para o campo empírico da loucura, enquanto elementos centrais para fundamentação de sua causalidade”. Então, nesta delimitação etiológica, juntam-se dois tipos de interesses: o epistemológico e o curativo. No primeiro a medicina penetra num campo absolutamente novo para ela, ou seja, o dos comportamentos sociais, tentando delimitar sua prática e validar seus métodos. O segundo, para tornar consistente a realização de atividades clínicas e terapêuticas na perspectiva da racionalidade médica (BIRMAN, 1978, p.41).

A inserção da loucura na vida social, traz como consequência uma reflexão sobre o homem passível de enlouquecimento, face às novas preocupações geradas pela primeira Revolução Industrial; muda, assim, a maneira de encarar e intervir sobre a loucura. A medicina mental, neste processo de criação de um novo homem se institui como normatizadora moral, tornando-se progressivamente Higiene Pública e Medicina Social (BIRMAN, 1978).

A alienação mental se instala entre o moral (espaço interno) e o higiênico (espaço externo), campo normativo confrontando-se com o discurso do corpo. A loucura passa a ter o seu lugar no espaço social, o qual define seus contornos, tornando-a um objeto empírico apreendido pelo saber psiquiátrico. Este se caracteriza como recuperador do indivíduo alienado para a sociedade, e, através do espaço terapêutico asilar deve recuperar a sociabilidade do louco, já que é o seu afastamento das normas que delimitam a vida em comum e o desequilíbrio interno o perturbador de sua rede de relações com os outros (BIRMAN, 1978; COSTA, 1983).

Pelo isolamento, a medicina mental funcionava como “estabilizadora das tensões sociais”. A justificativa para internação ou não do alienado, girava em torno da idéia de “periculosidade social”. Assim, a prática da internação asilar consolidou a morbididade do desvio moral. O discurso psiquiátrico justificou uma prática de exclusão, a partir de uma demanda social que assim o exigia (BIRMAN, 1978).

As regras e as leis do novo espaço social se estabelecem através de um conjunto de medidas e táticas, que possibilitem o funcionamento da nova Ordem Social. Para regular e permitir a existência da Sociedade Industrial, da qual a psiquiatria era um instrumento, Birman (1978, p.142) enfatiza quatro (4) momentos que surgem historicamente no mesmo período:

- 1) A higiene das cidades, controle da mão-de-obra e do corpo: a Medicina;
- 2) A construção lenta e progressiva do novo homem, através de novas formas educacionais e uma outra configuração da família: a Pedagogia e a Medicina mental;
- 3) A higiene das paixões pela exclusão asilar e sua correção terapêutica: a Medicina mental;
- 4) Novas formas para afastar o perigo da marginalidade e da violência, engendradas pelo contexto social: a moderna prisão e a política correcionária.

Com a valorização do pensamento científico, o hospício surge como espaço terapêutico, objetivando destruir a loucura, em um espaço criado especialmente para atender às necessidades do doente mental, numa instituição concebida medicamente, portanto, local onde o louco é separado “das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família” (MACHADO et al, 1978, p.430).

Assim, legalizava-se uma ação curativa sobre a loucura, justificada pela racionalidade biológica e se poderia tranquilamente excluir o louco da sociedade, por razões médicas e higiênicas (BIRMAN, 1978).

Neste contexto, a loucura é reestruturada e passa a ter o estatuto de doença mental, que necessita de um saber médico e técnicas específicas. Para o funcionamento do modelo hospitalar, é instaurada medidas disciplinares rígidas

- “tratamento moral”, com vigilância constante e registro contínuo com o objetivo de estudar os incapazes e obter a cura (FOUCAULT, 1987).

Segundo Amarante (1995, p.26) “o hospital do século XVIII deveria criar condições para que a verdade do mal explodisse, tornando-se *lócus* de manifestação da verdadeira doença”. Inauguram-se assim, práticas centradas no suporte asilar, organizando-se uma relação da medicina com a hospitalização, no novo mandato social de assistência e tutela.

2.1.3 Atenção à saúde mental no Brasil

No Brasil, a atenção específica em saúde mental teve início com a chegada da família real ao Rio de Janeiro em 1808, provocando mudanças no Brasil Colônia e trazendo transformações econômicas e políticas, tendo como consequência um rápido progresso para o País (BELMONTE et al, 1998; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A família real com sua comitiva de aristocratas aumentou em quase um terço a população do Rio de Janeiro. Com isso, instalou-se um importante contingente de diplomatas, comerciantes estrangeiros e famílias rurais que começaram a se deslocar para a metrópole. A pressão populacional e as exigências higiênicas da nova camada urbana aceleraram as necessidades de mudança e aumentou consideravelmente a solicitação da medicina (COSTA, 1983).

A higienização das cidades, como estratégia do Estado moderno, ia de encontro com os hábitos e condutas da tradição familiar, o que levavam os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos do Governo sem resistência. Foi exigido de seus habitantes: secularização dos costumes, racionalização das condutas, funcionalidade nas relações pessoais, maior resfriamento das relações afetivas interpessoais entre outros. Para isso, o dispositivo médico foi uma das peças fundamentais. Os higienistas tinham como tarefa converter os sujeitos à nova ordem urbana, voltada para o desenvolvimento industrial, tinha necessidade de um controle demográfico e político da população. Pela regulação os indivíduos são adaptados ao poder não apenas pela extinção de condutas inaceitáveis, mas, principalmente pela produção de novas características corporais, sentimentais e sociais (COSTA,1983).

Desse modo, segundo Costa (1983, p.51) cria-se dois tipos de intervenção normativa, para defender a saúde física e moral das famílias:

A primeira intervenção deu-se através da medicina doméstica, que no interior da burguesia, estimulava a política populacionista, reorganizando as famílias em torno da conservação e educação das crianças. A segunda dirigiu-se às famílias pobres sob a forma de campanhas de moralização e higiene da coletividade.

Neste contexto, o foco preventivista foi a infância no sentido de prover o país de uma descendência higienizada e selecionada, capaz de construir uma nação dentro de concepções eugênicas e dos interesses políticos-ideológicos do Estado e do sistema instituído a partir da industrialização brasileira (LUIS; NASCIMENTO; ROSA, 2002).

A filantropia, a assistência social e a medicina combinaram-se para dirigir com habilidade os laços de solidariedade familiar e usá-los, quando necessário, na represália aos indivíduos insubordinados e insatisfeitos. Essas intervenções demográficas junto aos ricos e demográfico-policiais sobre os pobres permitiam o crescimento de uma mão-de-obra politicamente dócil para o mercado de trabalho. Assim, a vida privada era conduzida pela ação médico-filatrópico-assistencial sem desrespeitar o pacto social (COSTA, 1983).

A norma desenvolveu-se no caso dos loucos e da família para compensar as falhas da lei. Costa (1983, p.52) enfatiza ainda que:

No primeiro caso, o agente da infração não podia ser punido porque era irresponsável; no segundo, o contrato social não previa e não podia incluir a conduta infratora na categoria do crime. Por razões desta ordem, a normalização tornou-se indispensável ao funcionamento do Estado e tendeu a crescer e estabilizar-se num campo próprio de poder e saber, o do “desvio” da “anormalidade”.

Desse modo, são interpretadas as relações entre família, medicina e Estado no Brasil do século XIX. “A higiene da elite familiar brasileira seguiu de perto esse rumo, integrando a série de medidas normalizadoras que buscavam organizar a sociedade independente”. A mudança do comportamento familiar era uma estratégia importante (COSTA, 1983, p.52).

Neste contexto, a medicina torna-se um projeto de intervenção pedagógica, com a criação de uma nova moral, com a finalidade de regular as relações familiares, prescrevendo medidas e inventando novas formas de encarar os sentimentos amorosos, uma vez que existe uma preocupação de normatização

dos afetos; retirar suas desordens; ensinar o manuseio de situações, regulando tanto os pais quanto os filhos (BIRMAN, 1978).

A normalização médica da família brasileira operou-se em estreita correlação com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado Nacional (COSTA, 1983).

O reordenamento e crescimento da cidade trazem a “necessidade” de recolhimento dos habitantes desviantes, que andavam pelas ruas, essas pessoas eram desempregadas, principalmente imigrantes que não se adaptaram às condições de trabalho; órfãos, mendigos e marginais de todo tipo e os loucos. Todos eram recolhidos nos asilos de mendicância de órfãos administrados pela Santa Casa de Misericórdia. Esse tipo de internamento foi motivo de crítica por parte dos médicos que, aliados ao provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, iniciam em 1830 um movimento para a criação de um local específico para os loucos (MACHADO et al, 1978).

O nascimento da psiquiatria brasileira é marcado pelo Decreto de 18/07/1841, que discorria sobre a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, seguindo a tendência européia, em especial da França, na qual a loucura passa a ser vista como doença, e como tal, passível de tratamento médico, pela nova especialidade – a psiquiatria (MACHADO et al, 1987; BELMONTE et al, 1998).

O hospital é inaugurado em 1852 e os estatutos reservam um papel secundário para os médicos tanto na internação quanto na alta do paciente. Esses

procedimentos ficam submetidos ao juiz de órfãos e menores, ao chefe de família e ao administrador da Santa Casa. Desse modo, havia uma disputa de poder entre as irmãs de caridade e os médicos. O hospital é estatizado em 1890 e passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Os médicos sobem ao poder e as irmãs se retiram do hospital (MACHADO et al, 1987).

Em 1903, no Rio de Janeiro, Juliano Moreira toma posse da direção da assistência aos alienados e a gestão do Hospício Nacional de Alienados e Oswaldo Cruz assume a direção da saúde pública. Com o objetivo de sanear a cidade a saúde pública e a psiquiatria se unem pela primeira vez. A saúde pública fica responsável por atitudes autoritárias como a vacinação obrigatória contra a varíola e o programa de remoção de moradias insalubres do centro da cidade. “Essas medidas tinham como objetivo o isolamento social e geográfico das camadas desfavorecidas da população, expulsas do centro da cidade”. À psiquiatria restou um papel complementar, de recolher as sobras humanas do processo de saneamento e asilá-las (OGATA, 2000, p.54).

Teixeira Brandão, um psiquiatra renomado que se considerava o Pinel brasileiro, faz denúncias das más condições do asilo e em 1930 é eleito deputado e consegue a aprovação da lei dos alienados, a qual faz do hospício o único lugar publicamente reconhecido apto para receber loucos; submete sua ação ao parecer médico; estabelece a guarda provisória dos bens do alienado; determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio; regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício; submete a fundação de

estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governantes dos estados e cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados (MACHADO et al, 1987).

Assim, fica estabelecida a incapacidade do louco administrar sua própria pessoa e seus bens, e institui a periculosidade e a necessidade de proteção.

Até 1930 o discurso predominante era o preventivismo, que preconizava a higiene e a eugenia e para difundir essas idéias foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) propondo uma profilaxia social, sob a influência dos países da Europa, especialmente da Alemanha Nazista. Cria-se, neste contexto, a eugenia como remédio para os males sociais, que rebaixavam em suas concepções a sociedade brasileira, limitando o conceito de eugenia à prevenção de doenças mentais. Os comportamentos que se afastam dos princípios da boa higiene para a garantia de uma raça pura e saudável, passam a ser considerados loucura (BELMONTE et al, 1998; COSTA, 1983).

Esse período higienista da psiquiatria é considerado por Birman (1978) como psiquiatria da higiene moral, que surge como instrumento técnico científico de poder, na essência de uma medicina que se dizia social.

Após a segunda guerra, os hospitais psiquiátricos são comparados aos campos de concentração, e, numa tentativa de humanizar a assistência aos doentes, surgem questionamentos sobre o papel da instituição asilar e do saber psiquiátrico, desponta-se assim, um cenário propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. Surge em vários

países, críticas ao modelo hospitalocêntrico mostrando a necessidade de reformulação, trazendo diferentes experiências socioterápicas como: a comunidade terapêutica inglesa; a psicoterapia institucional; a psicoterapia de setor francesa e a psiquiatria preventiva comunitária norte americana, as quais constituíram a trajetória da saúde mental. “Neste projeto, a psiquiatria não visa simplesmente à terapêutica e à prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental” (AMARANTE, 1995, p.89).

No Brasil, a partir desse período, as experiências socioterápicas influenciam as políticas públicas. Entretanto, segundo Amarante (1995) é importante ressaltar que o surgimento de novas formas de atuar na saúde mental, não implica que a anterior não coexista, ou seja, elas acontecem concomitantemente.

A partir de 1950, período de intensa urbanização, e em consequência ao modelo capitalista, ocorreram mudanças marcantes na assistência à saúde no Brasil, passando o discurso organicista a ser predominante. Surgem as terapias biológicas, como as eletroconvulsoterapias (ECT), as psicocirurgias e os psicofármacos. Estes últimos foram responsáveis por importantes transformações nos asilos (BELMONTE et al, 1998; OGATA, 2000).

De acordo com Ogata (2000) a assistência psiquiátrica brasileira no fim da década de 50 era caótica. Nos hospitais, a superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de abrigo lamentáveis, continuavam na mesma situação de cem anos antes, quando Teixeira Brandão já denunciava.

A partir da década de 60 a psiquiatria pública começa a declinar e mediante convênios com o Estado a psiquiatria privada cresce principalmente na década de 70, que o então INPS³ (Instituto Nacional de Previdência Social) compra os serviços médicos do setor privado mediante credenciamentos para esses serviços. Na ausência de um sistema de controle que garantisse eficácia e acesso aos previdenciários, ocorrem abusos e distorções, ocasionados por uma elevação no número e no tempo das internações. “Apresentou-se então, um fosso entre a medicina curativa e a preventiva que perdura até os dias de hoje”, uma vez que houve um reforço da hegemonia do atendimento médico individual (OGATA, 2000, p.60).

A assistência psiquiátrica se expande e adquire status de prática assistencial de massa. Modifica-se assim, a assistência destinada apenas ao doente mental indigente, passando a abranger também, a classe trabalhadora e seus descendentes (LUZIO, 2003).

Observa-se nesse período a implantação de uma rede básica de saúde, inspirada pela proposta da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em setembro de 1978. Esta tem na proposta de atenção primária em saúde, uma estratégia para ampliar o acesso de forma a atender com igualdade de condições a todos os membros ou segmentos da sociedade, até o ano 2000. O enfoque prioritário é a promoção e prevenção da saúde, com

³ Criado em 1966 com a unificação das instituições previdenciárias existentes, ocasionando uma política norteadora para ações curativas e individuais. A criação do INPS privilegia o setor privado, estimulando as indústrias médico-hospitalares e farmacêuticas (LUZ, 1991).

profissionais cuja formação e desempenho fossem não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social, para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (OMS/UNICEF, 1978).

Para os usuários, as transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações difíceis a ser enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (CORDEIRO, 1991).

Nesse mesmo período, em fins da década de 70, inicia-se o processo de reforma psiquiátrica⁴ brasileira. Amarante (1995) subdivide o processo de reforma brasileiro em três momentos: a trajetória alternativa; trajetória sanitarista e trajetória da desinstitucionalização ou desconstrução/invenção. A subdivisão assume uma finalidade metodológica, e não um enquadramento como etapas sucessivas:

Visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prática discursiva, do que de uma determinada conjuntura (AMARANTE, 1995, p.88).

O primeiro momento é caracterizado pelo fim do regime militar, do “milagre econômico” e pelo crescimento dos movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começam a solicitar serviços e melhorias de condições de vida. Em decorrência da necessidade de organização das políticas de saúde são

⁴ A denominação de reforma psiquiátrica, ou de reorientação e reestruturação de assistência psiquiátrica tem sido adotada no cenário internacional para denominar os processos em curso em vários países de transformação do modelo pautado no asilamento psiquiátrico. O termo reforma psiquiátrica será compreendido neste trabalho como “um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual” (AMARANTE, 1997, p.165).

criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), os quais possibilitam um espaço de organização e produção do pensamento crítico em saúde e “co-possibilitam a estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil”. Nesse contexto surge o MTSM⁵ (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) que abre denúncias sobre violência e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos; denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados; a psiquiatrização do social; reivindicações por melhores condições de trabalho e mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante (AMARANTE, 1995, p.90).

O segundo momento é iniciado na década de oitenta, quando grande parte do movimento da reforma sanitária e psiquiátrica passou a ser incorporado no aparelho do Estado. Inicialmente desenvolvida como uma estratégia do movimento sanitário para ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde. Por outro lado, o Estado também absorve o pensamento crítico seja com o objetivo de ganhar legitimidade, seja para diminuir os problemas agravados pela política de saúde adotada, ou seja, excessivamente privatizante e elitista (AMARANTE, 1995).

Desse modo, a década de oitenta foi marcada pela crise no sistema

⁵ O MTSM desempenhou durante um longo período, o principal papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas em saúde mental (AMARANTE, 1995).

capitalista e conseqüentemente no sistema da Previdência Social Brasileira, principal financiador do sistema de assistência médica. A crise da Previdência Social que, segundo Pereira (1996, p.33):

(...) não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesa, mas, emergia de uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução do valor real dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, principalmente através da rede conveniada e credenciada, decorrentes, dentre outras questões, da forma de financiamento adotada; baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal; custos crescentes da assistência médica pela incorporação de novas tecnologias; bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa.

Nesse contexto, conforme Cordeiro (1991) foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) o qual propõe reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. O CONASP propõe, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que em 1985 passou a Ações Integradas de Saúde (AIS).

O plano do CONASP representa uma proposta de planejamento estratégico, de cunho racionalizador, contribuindo para criar um intenso debate em torno da democratização da saúde. As AIS representam um movimento fundamental para iniciar um processo de mudança. Na área do planejamento de

saúde representavam o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento que romperia com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual (CORDEIRO, 1991).

Nesse movimento, a reforma sanitária tem um momento de marco histórico, em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs uma reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um só Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. Em 1988 com a promulgação da nova Constituição brasileira que estabeleceu o lema: “*Saúde é direito de todos e dever do Estado*”, determina, então, que todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1991).

Surgem nesse período, em muitas partes do País, iniciativas de gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos de saúde mental, conduzidas com a participação de militantes do MTSM. Em 1987, como um prolongamento da VIII Conferência Nacional de Saúde, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Nela são discutidos os temas sobre a relação da economia, sociedade e Estado e seus impactos sobre a saúde e doença mental; a

Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; cidadania e doença mental em termos de direitos, deveres e legislação (BRASIL, 1999).

Concomitantemente a I CNSM são realizadas reuniões dos militantes do MTSM, com a finalidade de discutir rumos e estratégias para o Movimento, onde é tomada a decisão pela realização do II Congresso Nacional do MTSM, em dezembro do mesmo ano, cujo lema viria a ser “Por uma sociedade sem manicômios”. Segundo Amarante (1995), a I CNSM marca o início do fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Esse período é marcado por diferenças e divergências de concepções do que fazer e como fazer a reforma psiquiátrica brasileira. Passa-se, então, a partir destes movimentos a surgir propostas como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos e o Projeto de Lei 3.657/89⁶.

Esse último desperta o interesse nacional acerca do tema da loucura, da doença mental, dos manicômios e da assistência psiquiátrica.

A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas (AMARANTE, 1995, p.95).

⁶ Projeto original do Deputado Paulo Delgado, do PT/MG, no qual prevê a extinção progressiva dos Manicômios e não criação de outros, bem como a criação de redes municipais de saúde mental extra-hospitalares. O referido projeto tramitou no senado por mais de dez anos, sendo objeto de diversas emendas e substitutivos e foi aprovado em 2001, como Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

O CAPS, implantado como serviço intermediário entre ambulatorio e a internação psiquiátrica, funcionando oito horas por dia de segunda a sexta, apresenta como proposta terapêutica uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, permitindo uma rede de sociabilidade, inspirada essencialmente na análise institucional na psiquiatria de setor. Já o NAPS criado como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, funcionando 24hs/dia, é responsável pelo atendimento integral à demanda de saúde mental de uma região, em especial de casos graves. As ações dele têm por objetivo a restituição do poder contratual do usuário, possibilitando a ampliação de sua autonomia e foi inspirado essencialmente na experiência democrática Italiana (LUZIO, 2003).

Nesse contexto, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada em 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS. Segundo essa lei, a saúde não é só a ausência de doenças, é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, entre outros. A Lei n.º 8.142/90 que regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS, através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, também são instituídos, como forma de democratização e controle social. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da

Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacionais, como também, regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS. (CORDEIRO, 1996).

Nenhuma das NOB contempla propostas normativas e de destinação de verbas para saúde mental, exceto a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2001 que inclui a obrigatoriedade de se garantir, no conjunto de ações e serviços o “tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes” (BRASIL, 2001, p.4)

Cabe ressaltar que, os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica tiveram um papel fundamental nessas conquistas sociais.

Observa-se nesse contexto a desvinculação da reforma psiquiátrica da reforma sanitária. O movimento pela reforma psiquiátrica reencontra suas origens e apesar de todas as contradições sempre mantém um viés desinstitucionalizante, ou seja, “mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social” (AMARANTE, 1995 p.94).

Os autores colocam ainda que, pode haver outra explicação para essa separação devido ao fato de que a tradição sanitarista fala muito pouco sobre pessoas e muito de números, de populações, sem conseguir escutar as diversas

particularidades do sujeito que sofre. Assim, a tradição sanitarista se preocupa com questões organizacionais, administrativas, tecnológicas, mas não consegue interferir no ato de saúde, na relação profissional e usuário, mantendo dessa forma, o conhecimento hegemônico da medicina, ou seja, não acreditam em outros saberes que não os originados do positivismo médico.

O Ministério da Saúde no início da década de 90 elabora e publica várias Portarias, para mudar a sistemática de remuneração das internações psiquiátricas com o objetivo de reduzir o tempo de internação e consultas ambulatoriais, aqui fazemos especial destaque para as portarias: a) portaria 189/91 que possibilitava maior controle das internações psiquiátricas por parte do gestor estadual ou municipal; b) Portaria 224/92 que estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental nos vários níveis de complexidade (UBS, centros de saúde, ambulatorios, hospital-dia e hospital psiquiátrico). Essas Portarias instituem e regulamentam a estrutura de novos serviços em saúde mental especialmente os CAPS/NAPS (BRASIL, 2002).

Analisando as duas portarias, Yasui (1999, p.145) levanta duas importantes questões:

A criação de unidades assistenciais NAPS/CAPS em vários lugares do país não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores aos princípios e diretrizes e aos novos paradigmas que aquelas experiências pioneiras colocavam, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios (...) muitos municípios encontraram nos procedimentos de Saúde Mental, uma oportunidade para aumentar os recursos financeiros, repassados à saúde devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela do SUS.

Desse modo, verifica-se a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais no interior das instituições, a fim de promover movimentos de mudanças mais efetivos e capazes de transformar as práticas em saúde mental.

Ainda na década de 90 surgem três momentos importantes para a Reforma Psiquiátrica, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, a II CNSM e a criação da Estratégia de Saúde da Família.

No primeiro momento, é realizada na Venezuela em novembro de 1990 a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) no âmbito latino-americano, também conhecida como “Declaração de Caracas”. As resoluções nela contidas legitimam os processos de reforma psiquiátrica em curso, bem como impulsiona sua estruturação quando declaram:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
- 5. Que a capacitação em recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
- 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (BRASIL, 2002, p.12).

O segundo momento, a II CNSM acontece em 1992 traz como novidade a participação efetiva dos técnicos, usuários, familiares e sociedade nas ações de saúde mental. Tem como conceitos principais a atenção integral e cidadania. Propõe a diversificação de uma rede de serviços que devem ser criados para substituir o modelo de assistência psiquiátrica, tais como: unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental (hospital-dia), CAPS, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. Ressalta a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional com a inclusão de outros campos do conhecimento (áreas artísticas, cultural e educacional), articulados com setores populares (BRASIL, 1994).

O terceiro momento, propício e fundamental para a reforma psiquiátrica é a criação da ESF em 1994, como estratégia de reorganização da atenção básica,

uma vez que preconiza um sistema público que contempla a universalidade, equidade e integralidade, com participação popular. Coloca em cena a construção de políticas públicas orientadas para a produção de cidadania, redução das desigualdades sociais, transformação das práticas concretas e nos dizeres de Nicácio (2003, p.203) a produção de “novos modos de pensar e agir em saúde”.

Em dezembro de 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, desde o seu título “Cuidar sim. Excluir, não”, estava vinculado ao tema mundial proposto pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2001. Propõe alteração nas formas de lidar com a loucura e na produção de novas possibilidades de vida e de relações sociais. Para que isso aconteça é necessário lembrar que:

(...) o processo de Reforma Psiquiátrica não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.20).

Neste contexto, a implantação de políticas de saúde mental deve ter um caráter prioritário na saúde pública do País. A III CNSM enfatiza como porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde preferencialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família. Reafirma a responsabilidade da atenção básica por resolver 80% das necessidades de saúde, incluindo a saúde mental..

Assim, a assistência em saúde mental é ampliada e deixa de ser específica de alguns especialistas, uma vez que envolve a sociedade, a família e diversos profissionais sejam ou não da saúde. Nesse sentido pensamos que, a utilidade de um bem ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construído.

2.2 Estratégia de Saúde da Família: potencialidades e fragilidades

A ESF enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial possui potencialidades tais como: um espaço e oportunidade singular para uma nova forma de agir em saúde; possibilidade e fortalecimento gradativo do processo de mudança do modelo médico-privatista e a construção de um novo modelo; ampliação da participação e controle social; possibilidade de resgate da relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; oportunidade de diminuir o uso abusivo de tecnologias no atendimento em saúde e de fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento e, também, possibilidade de continuidade da atenção (BRÊDA, 2001; GONÇALVES, 2002; ROSA, 2002; BRÊDA et al, 2005).

Gonçalves (2002, p. 49), coloca ainda que: "para o profissional de enfermagem (ESF) é a possibilidade de revitalização do seu papel de cuidador (a) com independência profissional".

A atenção em saúde mental integrada à ESF vem demonstrando que tem potencialidades através de diferentes experiências como as de Lancetti (2000),

Cabral et al (2000), Gonçalves (2000), Pereira (2000) dentre outros, norteadas pela idéia de que “é possível, no âmbito social, estruturar relações de convivência mais saudáveis com as diferenças”, construindo estratégias possibilitadoras de autonomia das pessoas, extrapolando o “tratar” não mais visando o doente, mas a pessoa que necessita de cuidado especial (LANCETTI, 2000, p. 137).

Entretanto, de acordo com os dados levantados na dissertação de mestrado Rosa (2002), pudemos constatar que, embora a ESF preconize uma assistência humanizada com a participação da comunidade no planejamento das ações, as atividades desenvolvidas pela equipe ainda estão voltadas ao modelo biomédico tradicional, pois, as ações de saúde parece se concentrar no indivíduo como objeto de ação e não na família e comunidade.

Neste trabalho foi possível verificar que a assistência humanizada e o atendimento domiciliar, enfatizado pelas enfermeiras, podem ser entendidos apenas como visita domiciliar, executar tarefas pré-estabelecidas, sem relações vinculares mais amplas, como por exemplo, uma interação maior com a família e comunidade. Se as práticas desenvolvidas são as mesmas, ou seja, aquelas direcionadas ao modelo biomédico tradicional, centrado na atenção à doença, mudam-se apenas o local de atuação e não se instrumentalizam dispositivos para otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde. Assim, parece que estamos mudando o discurso, mas ainda, há predominância de práticas que consolidam o modelo hegemônico centrado em procedimentos e não no cuidado.

Desse modo, as enfermeiras da ESF parecem reproduzir as práticas tradicionais do modelo higienista que visam defender o discurso da saúde, fundamentado primordialmente, em campanhas de cunho preventivo, sem considerar as reais potencialidades individuais dos sujeitos em interação com o meio social. Ainda no estudo citado, percebemos que as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na ESF, são efetuadas quase sempre de forma mecânica, baseadas no cuidado técnico, ocasionado pela qualificação do profissional que não leva em conta a mudança de concepção. Como consequência, este não consegue estabelecer um relacionamento humano eficaz e empático com a clientela atendida, o que tem gerado insatisfações na relação profissional/paciente (ROSA, 2002).

Quanto à questão da saúde mental as enfermeiras apontam para a necessidade de capacitação, alegando não saber lidar com "esses pacientes", relatando a necessidade de inclusão na equipe de outros profissionais tais como psicólogo e assistente social, como se as pessoas em sofrimento psíquico não fizessem parte da sua clientela.

Assim, podemos perceber que existem fragilidades no desenvolvimento da ESF, tais como: sua operacionalização tem revelado a relação conflituosa entre o seu discurso e a prática cotidiana; a verticalização e normatividade do programa reforça o caráter prescritivo e autoritário dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais e, em última instância, o controle social; o despreparo dos

profissionais para lidarem com a subjetividade; a dicotomia entre a clínica e a epidemiologia; ausência ou ineficiência dos serviços de referência; o despreparo da família para lidar com a pessoa que necessita de ajuda, omissão da atenção em saúde mental; os profissionais não mudam a forma de atuar; a medicalização, percebida como uma indisponibilidade para os problemas de ordem mental e a ausência ou ineficiência dos serviços de referência (BRÊDA, 2001; GONÇALVES, 2002; ROSA, 2002, BRÊDA et al, 2005).

Para Franco e Merhy (1999), o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho medicocentrado, que acaba operando centralmente na produção de procedimentos.

Nesse contexto, Tesser (2006a) chama a atenção para a questão da medicalização do social. Segundo esse autor, a ESF aumentou o contingente de profissionais de saúde e o acesso da população à atenção biomédica, tornando as ações cotidianas ativos e intensos agentes desse processo.

Enfatiza, ainda, que é cada vez mais crescente “a demanda espontânea por atenção médica para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos”. Esse fenômeno é complexo e exige espaços de acolhimento resolutivo, o que faz com que “o tema seja candente na prática, no cotidiano dos serviços do SUS, na rede básica” e nas equipes da ESF (TESSER, 2006 a, p.73).

De acordo com Tesser (2006 b) é urgente a construção de uma prática clínica menos medicalizante na rede básica e na ESF, tanto na educação permanente quanto na formação médica.

Para Campos (2003) há que se fazer uma clínica ampliada com outros recursos terapêuticos e não somente a medicalização. Dentre esses recursos na ESF está a criação de vínculo que aponta para a ampliação da escuta e responsabilização pela atenção integral, principalmente de famílias e pessoas mais vulneráveis.

Deste modo, existem desafios a ser superados pelos profissionais da ESF, os quais necessitam aprender a trabalhar com as famílias, desenvolvendo vínculo e escuta com responsabilidade e ética e, aprender o trabalho em equipe. Acreditamos, também, que as famílias têm muito a dizer sobre seu processo de adoecer e de viver. Portanto, cabe aos profissionais estabelecerem um diálogo junto às famílias, com a finalidade de obter informações sobre suas necessidades e dificuldades, promovendo assim, uma ajuda concreta e real, especialmente em saúde mental.

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) é preciso configurar um novo paradigma das práticas de "atenção psicossocial" a ser aplicado no campo da saúde mental coletiva, substitutiva ao modo manicomial.

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente os CAPS marcam um avanço do SUS na resolução dos problemas de saúde por meio de vinculação com equipes, mas não significa que tenhamos chegado a uma situação ideal na melhoria da atenção (BRASIL, 2003).

A saúde mental é um aspecto específico e inseparável da saúde geral das pessoas, famílias e comunidades. É dentro deste contexto que observamos a necessidade de trabalhar juntamente com as equipes da ESF a inserção dos cuidados em saúde mental, uma vez que observamos no estudo realizado com as enfermeiras (Rosa, 2002) que há certa "resistência" e dificuldade em lidar com essas questões.

OBJETIVO

3. OBJETIVO

Partindo dessas considerações, o objetivo desta pesquisa é discutir junto a cinco equipes da ESF os limites e possibilidades de inserção da ESF no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para elaborar a presente pesquisa, optamos por um estudo de natureza descritiva. O estudo descritivo segundo Triviños (1994) pretende descrever com rigor os fatos e fenômenos de determinada realidade, possibilitando uma visão geral do campo com a finalidade de esclarecer e modificar conceitos e idéias, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses, que poderão ser exploradas em estudos posteriores. Essa descrição densa é um recurso atrelado à abordagem qualitativa.

4.1 Abordagem qualitativa

Historicamente a pesquisa qualitativa tem suas raízes em várias disciplinas como a crítica literária, ciências sociais e teoria psicanalítica. A natureza da análise está vinculada à crítica literária e às ciências sociais. As técnicas de entrevistas surgiram principalmente da teoria psicanalítica (DEBUS, 1994).

A pesquisa é um labor artesanal que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (...) que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. (Minayo, 1994, p.25)

Temos como possíveis caminhos para realizar uma pesquisa, o método quantitativo, que trabalha com números e hipóteses e tem suas origens no positivismo, e o método qualitativo, que trabalha com as significações, motivos,

aspirações, atitudes, crenças e valores e tem origem nas ciências sociais. Porém, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, “ao contrário se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1994, p. 22).

O método é um caminho de se chegar a conhecimentos válidos, e na pesquisa qualitativa, esses conhecimentos são originados através de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

As metodologias de pesquisa qualitativas, de acordo com (Minayo, 1999, p.10) são entendidas:

como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Para Minayo (1999, p.22) metodologia é “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade [...] inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

Bogdan e Biklen (1994) relatam cinco características da pesquisa qualitativa: ser descritiva; a fonte de dados é o ambiente natural, onde o investigador é o instrumento principal; maior interesse pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; a análise dos dados tende a ser indutiva e o significado é de importância vital.

A pesquisa qualitativa segundo Martins e Bicudo (1989), busca compreensão particular daquilo que estuda e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, buscando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados, com o objetivo de compreender o comportamento e experiências humanas, além de oferecer a possibilidade de o pesquisador captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Triviños (1994, p.120) “muitas informações sobre a vida não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo”.

O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo e para realizar um trabalho de pesquisa social, buscam-se significados, conhecimentos, crenças, valores e atitudes, portanto, fenômenos que não podem ser quantificados e são respondidos de forma diferente pela Sociologia Compreensiva, que coloca como tarefa das Ciências Sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente em suas diferentes manifestações como na fenomenologia, a etnometodologia, o interacionalismo simbólico, onde o significado é o conceito central para a análise sociológica e totalmente diversa do mundo das ciências naturais (MINAYO, 1999).

Segundo a mesma autora, o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção, sendo essencial uma abordagem

dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

A credibilidade de um estudo qualitativo de acordo com Valles (1997, p. 104):

relaciona-se à utilização que tenha sido feita de um conjunto de recursos técnicos [...] triangulação de dados, métodos e investigadores; do apoio de uma documentação escrita ou visual própria ao contexto; das discussões com os colegas, revisões de informações e interpretação com as pessoas componentes do estudo; e dos registros de diários de campo e diários de investigação.

Valles (1997) coloca como critério de confiabilidade na pesquisa qualitativa a noção de *transferibilidade* (possibilidade de utilização dos procedimentos e resultados encontrados em situações semelhantes), ao invés da *generalização*; a *dependentibilidade* (facilitar o acesso à documentação do estudo para que outras pessoas possam usá-lo como referência) à *consistência* (qualidade de argumentação do discurso). Também são adotados como critério de boa qualidade nas investigações qualitativas, a preservação da ética com a proteção das pessoas envolvidas na pesquisa, ultrapassando as questões habituais de privacidade, confidencialidade e consentimento.

4.2 Contexto da Pesquisa

A cidade de Passos está localizada na região sudoeste do Estado de Minas Gerais, fundada em 14 de Maio de 1858. De acordo com IBGE (2000), a cidade possui área de 1.337,52 Km², 97.119 habitantes, sendo 89.833 na zona urbana e

7.286 na zona rural. Tem em média 3,57 habitantes/domicílio, densidade demográfica de 72,61 e taxa anual de crescimento de 1,42.

A assistência de saúde no município está a cargo de dois hospitais públicos: a Santa Casa de Misericórdia de Passos com 198 leitos e o hospital psiquiátrico Otto Krakauer com 120 leitos (atende a 84 municípios), possui ainda, um hospital geral particular - hospital São José com 45 leitos. O município encontra-se habilitado de acordo com a NOB/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, com nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), um ambulatório de saúde mental e um ambulatório Escola da AIDS, um pronto socorro municipal, 17 equipes de ESF e um CAPS II. O município é sede de uma Gerência Regional de Saúde (GRS), coordenando 24 municípios. O Pacto da Saúde, ainda se encontra em fase de discussão.

A Estratégia Saúde da Família de Passos foi criada em 1997, contando inicialmente com cinco (05) equipes, ampliadas para 15 equipes em 2001 e 17 equipes em 2004. Cada equipe atende uma média de 4.360 pessoas, cobrindo cerca de 82% da população. Cada equipe é constituída por um (01) enfermeiro, um (01) médico, um (01) auxiliar de enfermagem e seis (06) agentes comunitários de saúde. Cabe ressaltar que sete (07) equipes da ESF funcionam junto com as UBS.

4.3 Participantes do Estudo

Este estudo contou com a participação de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, membros de cinco (05) equipes da ESF da cidade de Passos - MG. Estas equipes foram escolhidas, pelo tempo de atuação dos seus membros, ou seja, as equipes que trabalhavam há mais tempo juntas e com rotatividade menor. O tempo de atuação variou de oito anos a três meses e meio. Uma das enfermeiras tinha apenas dois meses de trabalho na ESF de Passos, mas trabalhou seis anos em ESF na cidade de Campinas, o que trouxe um ganho significativo para o grupo devido à sua experiência de trabalho em conjunto com equipes de saúde mental. Para essa escolha, contamos com a ajuda da Coordenadora da ESF que através de levantamento do tempo de atuação das equipes e de seus membros nos forneceu uma lista, a qual utilizamos para fazer os contatos e o convite para participação na pesquisa.

Dos cinco grupos formados, dois deles não contaram com a presença do médico e dois, também, não contaram com a presença do auxiliar de enfermagem, que já haviam concordado em participar da pesquisa, mas na data marcada não puderam comparecer. Cabe ressaltar, também, que devido à mudança do gestor municipal, e possibilidade de perda do emprego, muitos agentes comunitários não participaram dos grupos por estarem usufruindo de suas folgas vencidas.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

O convite para participação na pesquisa foi efetuado após a aprovação formal do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, conforme parecer de número 0128/2004 (Anexo I). Vale destacar, aqui, que seguimos a resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II).

4.5 Coleta de Dados

4.5.1 Grupo Focal

O grupo focal como estratégia de coleta de dados em pesquisa, foi proposto primeiramente pelo cientista social Robert Merton, na década de 50 e foi incorporado às pesquisas de “marketing” como uma de suas mais valiosas técnicas (KRUEGER, 1988).

Carlini-Cotrim (1996) fez um levantamento de publicações de pesquisa utilizando a técnica de grupo focal e constatou que, na área da saúde sua utilização começa de forma muito tímida, quase inexistente por volta dos anos 80 e teve um aumento expressivo na década de 90, com uma média de dois trabalhos publicados ao mês entre 1990 e 1994.

Segundo Krueger (1988) a *técnica de grupo focal* é um método que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços.

O grupo focal de acordo com Beck, Gonzales e Leopardi (2002) consiste em um método de coleta de dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo. O grupo pode ser preexistente ou formar-se para o objetivo da investigação.

Os grupos focais aproveitam a dinâmica de grupo e permitem a um grupo pequeno de participantes ser guiados por um moderador qualificado para alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento das questões do tema objeto de estudo (DEBUS, 1994, p.13).

Para Krueger (1988) a coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores vantagens, se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, ou seja, formar uma opinião baseada na opinião dos outros. As pessoas quando expostas à discussões de grupo, geralmente fundamentam melhor seu posicionamento, e é este processo que o grupo focal tenta captar. Debus (1994) enfatiza ainda, que a interação grupal possibilita o enriquecimento da produção de conhecimento.

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar de questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 1999, p. 129).

Quando se utiliza o grupo focal, as discussões são conduzidas várias vezes, com diferentes grupos, com a finalidade de identificar tendências e padrões na percepção do que se definiu como foco do estudo (Krueger, 1988).

Para organizar grupos focais, o pesquisador deve tomar certas decisões em relação ao desenho da investigação, Debus (1994) destaca a determinação do número de grupos requeridos, composição, tempo de duração da sessão, dimensão e determinação das instalações para o grupo.

Para a mesma autora, na determinação do número de grupos deve-se verificar algumas informações como: a existência de pelo menos dois grupos para cada variável; número de grupos suficientes para alternar os materiais de estímulo; organizar grupos até que as informações deixem de ser novas; organizar grupos de cada região geográfica as quais considera que exista uma diferença importante.

Para a composição do grupo os participantes devem ter pelo menos uma característica em comum e que tenha ligação com o objeto da pesquisa. Debus (1994) coloca que é preciso saber qual é essa característica: os participantes pertencem a mesma classe social? São semelhantes em relação a alguma etapa de sua vida? Possuem a mesma experiência em relação ao tema? Possuem níveis similares de experiência sobre temas complexos? Podem ser incluídos usuários e não usuários sem causar prejuízo na interação do grupo? Existe a necessidade de separar os participantes por idade e estado civil? Homens e mulheres podem reunir sem inibir as respostas? Procedem de ambientes culturais similares?

Tipicamente o grupo focal é composto de seis a dez participantes, que possuem certas características em comum e que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado. A duração típica é de uma hora e meia, dependendo do número de participantes. Importante, também, na fase de organização é a determinação das instalações para o grupo, que deve ser um ambiente tranquilo que preserve a privacidade dos participantes e sem ruídos, uma vez que se faz uso de gravador nas reuniões. (KRUEGER, 1988; DEBUS, 1994).

A investigação com grupos focais deve seguir algumas etapas tais como: definir os *objetivos* e verificar o *método*, assegurando-se de que os objetivos podem ser alcançados melhor em grupo focal do que com outra técnica de coleta de dados; *definir a lista de participantes* fazendo uma lista de todos os fatores que influenciam o tema; *organizar grupos homogêneos* em relação aos objetivos; *preparar o questionário de seleção* quando necessário; *selecionar o moderador* que deve ter conhecimento específico sobre o tema; *selecionar material de apoio* caso haja necessidade de material de estímulo; *preparar o guia de temas* assegurando-se de que só as perguntas relacionadas aos objetivos estejam incluídas, determinando o conteúdo e a seqüência da discussão; *realizar o grupo focal*: checar se está tudo em ordem quanto ao local e a equipe (moderador/observador); *analisar e interpretar os resultados do grupo focal*: moderador e observador revisam as fitas gravadas e elaboram relatório (DEBUS, 1994).

Nas reuniões, o moderador do grupo é o próprio pesquisador e conta com a ajuda de um assistente (observador), que deverá assumir a tarefa de registrar todos os acontecimentos no campo grupal, incluindo aspectos não verbais presentes na comunicação dos participantes, percebendo suas atitudes, preocupações, linguagem, dentre outros. O observador, também se reúne com o moderador após cada reunião para falar das suas impressões e elaborar uma síntese do grupo, colaborando assim, para desfazer algumas conclusões prematuras que o moderador possa ter. (DEBUS, 1994; BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

A seqüência dos temas do guia vai do geral ao específico. Assim, a sessão começa com perguntas gerais para introduzir os tópicos e as pessoas do grupo se sentirem mais confortáveis, e termina com os temas de interesse mais específicos. Desse modo, são envolvidas três etapas: I) preparação e explicação; II) o conteúdo da discussão; III) fechamento do grupo (DEBUS, 1994; BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

A etapa de preparação geralmente tem a duração de dez minutos e tem o objetivo de fazer uma apresentação do grupo e fazer com que os vários participantes se interatuem. Nesse momento é importante que o moderador mostre interesse verdadeiro pelas experiências dos participantes, com imparcialidade e atitude positiva e incondicional (DEBUS, 1994; BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

A etapa de debate inicia-se com comentários gerais e passa para comentários específicos. Nessa fase a atitude do moderador é essencial e pode contribuir para o alcance dos objetivos, devendo o moderador ter algumas atitudes chave como: sondar em profundidade; ter sensibilidade; estabelecer relações; ter flexibilidade em relação aos assuntos; ter habilidade para resolver os problemas que podem aparecer no grupo, utilizar estratégias de moderação (DEBUS, 1994; BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

A etapa de fechamento do grupo tem o objetivo de fazer um resumo dos temas trabalhados, a fim de compreender o que aconteceu durante a sessão do grupo e nesse momento o moderador poderá sem fazer juízo de valor, validar suas conclusões junto ao grupo.

4.5.2 Aplicação Prática

A coleta de dados ocorreu nos mês de dezembro de 2004. Diante da impossibilidade de encontrar a equipe toda na unidade, fizemos o primeiro contato com as enfermeiras das equipes, obedecendo às indicações da enfermeira coordenadora, onde apresentávamos o nosso projeto de pesquisa, convidando a equipe a participar. Obtivemos da enfermeira coordenadora, também, a sugestão e a autorização para fazermos as reuniões na própria unidade e na data marcada foi autorizado o fechamento da unidade uma hora mais cedo. As enfermeiras nos auxiliaram agendando as datas para as reuniões e sendo porta-voz da nossa proposta. Inicialmente todas as enfermeiras acharam

que a época não era boa, porque a gestão atual havia perdido as eleições e os membros das equipes estavam desmotivados e inseguros quanto à permanência nas equipes. Em resposta, informamos que estávamos antecipando nossa coleta de dados justamente pensando nesta possibilidade, uma vez que gostaríamos de refletir com as equipes que tivessem experiências para contar e com esta justificativa, todos se dispuseram a colaborar.

Para a realização desta pesquisa utilizamos a *técnica de grupo focal* para a coleta de dados, pela possibilidade de reunir os diferentes atores da prática profissional num espaço de investigação, o que propiciou a reflexão crítica sobre o cotidiano profissional.

Desta forma, propusemos a formação de cinco grupos com sessão única, dois grupos com cinco participantes, um grupo com seis e dois com sete, compostos por profissionais das equipes da ESF, por apresentar características homogêneas possibilitando uma melhor troca de experiências e impressões sobre os temas propostos.

Nas reuniões, o próprio pesquisador foi o moderador do grupo e contou com a ajuda de um assistente (observador), mestre em psicologia social, que assumiu a tarefa de registrar todos os acontecimentos no campo grupal, incluindo aspectos não verbais presentes na comunicação dos participantes, percebendo suas atitudes, preocupações, linguagem, dentre outros.

Inicialmente, para a apresentação dos membros do grupo utilizamos a seguinte estratégia: cada um ascendia um palito de fósforo e se apresentava de

forma livre falando seu nome, tempo de trabalho entre outros, durante o tempo de permanência da chama acesa, ou seja, quando esta apagava terminava a apresentação. Nos grupos, essas estratégias proporcionam formas mais humanizadas e construtivas de convivência (BIZETTO; COUTINHO, 2005).

Para a realização da coleta de dados elaboramos um guia de temas relacionados com as questões de investigação de acordo com os passos propostos por Debus (1994), iniciamos com perguntas gerais para introduzir os tópicos e as pessoas do grupo se sentirem mais confortáveis, e terminamos com os temas de interesse mais específicos, seguindo as três etapas: preparação e explicação; conteúdo da discussão e fechamento do grupo.

Na primeira etapa após a técnica de apresentação, já com os participantes mais descontraídos, agradecemos a presença de todos, salientando a importância da participação deles, explicamos o que era um grupo focal e o objetivo da pesquisa. Nesta etapa foi enfatizado, também, que estávamos interessados em suas idéias, comentários e sugestões; não existindo perguntas corretas ou incorretas; todos os comentários tanto positivos quanto negativos seriam bem recebidos e que poderiam ter liberdade para expressar desacordo com outros participantes se achasse necessário, uma vez que gostaríamos de ter muitos pontos de vista.

A seguir, explicamos o uso do gravador e a confidencialidade; desejávamos ter um debate em grupo e, portanto, não necessitávamos esperar que lhes dessem a palavra. Enfatizamos a necessidade de falarem um de cada vez

para que ao transcrever o material gravado pudéssemos compreender suas falas e que interrompessem o moderador caso desejassem acrescentar algo.

Antes de passar para a segunda etapa – discussão do conteúdo, cada participante recebeu um crachá com um número de um a nove de acordo com a sequência dos assentos para facilitar a identificação e a ordem das falas gravadas. Assim, o observador anotava o número de acordo com a participação dos membros do grupo. Nessa etapa os participantes também preencheram os dados de identificação (sexo, idade, função, escolaridade, experiência anterior em Atenção Primária de Saúde, pós-graduação e tempo de atuação na ESF) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A segunda etapa constou da discussão propriamente dita. O guia de temas foi dividido em dois temas - “Saúde mental na ESF” e “Promoção de saúde mental”:

1) Saúde mental na ESF

- No cadastro das famílias “Ficha A” (anexo III) tem um espaço onde vocês preenchem "doença ou condição referida" com siglas. Gostaria que comentassem quais os critérios que vocês utilizam para preencher a sigla "DME" que significa "Distúrbio Mental"?
- Como tem sido a demanda de pacientes psiquiátricos?
- Comentem como é feito o atendimento aos pacientes psiquiátricos?
- O que vocês diriam se a partir de hoje, vocês tivessem que atender e acompanhar as pessoas acometidas por transtornos mentais da sua área?

2) Promoção de saúde mental

- Partindo da sua experiência, quais são as situações que vocês acham que podem levar uma pessoa a adoecer mentalmente no seu território de trabalho?
- Comentem de que maneira vocês acreditam que a equipe possa trabalhar com as pessoas em risco de adoecerem mentalmente?

Na condução das discussões, procuramos criar uma atmosfera aberta às colocações dos participantes, mantendo a discussão focalizada no assunto e encorajando a participação de todos encadeando os assuntos e solicitando maiores informações quando necessário, buscando o consenso do grupo.

Na terceira etapa, ou seja, no fechamento do grupo, resumíamos os resultados dos temas discutidos pelo grupo. Em seguida, agradecia a presença de todos, ressaltando o compromisso de comunicar os resultados da pesquisa posteriormente.

Cada grupo teve uma duração média de uma hora e quarenta e cinco minutos. Para reunião com os grupos, chegávamos ao local com vinte minutos de antecedência para prepararmos o ambiente, com as cadeiras dispostas em círculo, com uma pequena mesa no centro para o gravador. Este nos permitiu captar os componentes lingüísticos presentes, além dos elementos da comunicação verbal.

Após cada sessão, moderador e observador se reuniam para elaborar uma síntese com as impressões observadas nos grupos.

4.6 Análise dos Dados

Para analisar os dados utilizamos a técnica de *análise de conteúdo*, usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. A análise de conteúdo é definida por Bardin (1979, p.42):

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo busca sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade (MINAYO, 1999).

Operacionalmente a Análise de Conteúdo segundo Bardin (1979), pode ser dividida nas seguintes etapas:

1^a. *Leitura Flutuante* (pré-análise): são leituras e releituras constantes para a organização do material a ser analisado, retomando as hipóteses e aos objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a sistematização dos dados.

2^a *Análise Temática*: consiste na operação de codificação e na transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido) para a classificação e a agregação dos dados, procurando identificar as *categorias* e *subcategorias* que comandarão a especificação dos temas.

3^a. *Tratamento dos resultados*: consiste na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e

interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir apresentaremos uma síntese das observações realizadas pelo observador e moderador durante as discussões dos grupos e também, a caracterização dos participantes. Posteriormente apresentaremos a análise conjunta dos dados.

5.1 Síntese das observações e apresentação dos participantes

Grupo 1: O grupo 1 contou com a presença de sete participantes, sendo cinco agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e um médico. Com exceção do médico, todas as participantes do sexo feminino, entre as ACS uma tinha 1º grau incompleto, uma tinha 1º grau completo e três tinham 2º grau completo. Dos sete participantes apenas três tinham experiência anterior com Atenção Primária de Saúde (APS), a enfermeira pós-graduada em Administração em Serviços de Saúde e o médico em Pediatria. O tempo de atuação na ESF variou de 4 anos a 3 meses. Os participantes estão caracterizados no Quadro 1.

Quadro1 - Descrição da equipe ESF do Grupo 1

Participante	Sexo	Idade	Função	Escolaridade	Experiência anterior com APS	Pós-graduação	Tempo de atividade na ESF
P1	F	58	ACS	1º grau incompleto	Sim	Não	4 anos
P2	F	41	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 meses
P3	F	40	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 anos
P4	F	34	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 meses
P5	F	43	ACS	1º grau completo	Não	Não	10 meses
P6	F	28	Enf.	Superior	Sim	Sim	3 anos e 10 meses
P7	M	28	Méd.	superior	Sim	Sim	10 meses

Algumas situações se apresentaram de maneira curiosa, como segue abaixo:

- a) inicialmente o grupo apresentava certo nervosismo antes de iniciarmos as entrevistas onde foi possível verificar tal aspecto quando algumas pessoas do grupo “suspíravam fundo” e com certo olhar de curiosidade.
- b) a apresentação de cada um e sua função na equipe ESF possibilitou uma maior comunicabilidade com o observador e moderador;
- c) as falas se concentraram em apenas quatro (04) participantes, sendo 01 agente comunitário que mora no próprio bairro onde atua 01 agente comunitária de outro bairro, a enfermeira e o médico;
- d) chamou-nos atenção que as outras três agentes comunitárias se reservaram a apenas ouvir os demais integrantes da equipe sem manifestar quaisquer reações de surpresa ou constatação dos assuntos abordados, apesar de tentarmos sem sucesso sua participação;
- e) tal comportamento pode indicar resistência em participar ou verbalizar opiniões que as exporiam frente aos demais ou pode indicar, ainda, timidez; f) o grupo parece um pouco integrado com as atividades rotineiras de trabalho, apesar de apresentarem certo despreparo com questões exclusivas da saúde mental, tomando casos específicos da família para tentar responder ou descobrir os assuntos da doença mental;
- g) em síntese, pôde-se observar que o grupo, no que se refere aos assuntos da saúde mental, apresenta limitação de conhecimento e constroem uma lógica

pautada, em parte, por julgamentos de ordem moral vigentes nos modelos clássicos de assistência à saúde.

Grupo 2: O grupo 2 foi composto por cinco participantes, sendo duas agentes comunitárias, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Esse grupo também composto com exceção do médico por participantes do sexo feminino. A escolaridade das ACS com 2º grau completo, a auxiliar com 1º grau completo, a enfermeira pós-graduada em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde e o médico não. Quatro entre os cinco participantes tinham experiência anterior com Atenção Primária à Saúde (APS). O tempo de atividade na ESF variou de seis anos a dois anos e seis meses. Os participantes estão caracterizados na Quadro 2.

Quadro2 - Descrição da equipe ESF do Grupo 2

Participante	Sexo	Idade	Função	Escolaridade	Experiência anterior com APS	Pós-graduação	Tempo de atividade na ESF
P1	F	45	Enf.	Superior	Sim	Sim	6 anos
P2	M	26	Méd.	Superior	Sim	Não	3 anos
P3	F	51	Aux.de enf.	1º grau completo	Sim	Não	3 anos
P4	F	42	ACS	2º grau completo	Sim	Não	2 anos 6 meses
P5	F	20	ACS	2º grau completo	Não	Não	2 anos 6 meses

Desde o início das atividades, este grupo se mostrou mais receptivo e descontraído em relação ao primeiro que se apresentava mais contraído e tenso. Essa observação fez uma diferença qualitativa no desenvolvimento dos temas da

pesquisa onde se pôde verificar uma boa sintonia entre a equipe e a comunidade como segue abaixo:

- a) o grupo desde o início se mostrou bastante entrosado com as atividades da ESF onde observou-se uma espontaneidade na participação de cada membro nos temas abordados, bem como engajamento nas funções específicas de cada um;
- b) o grupo mostrou-se, também, bastante politizado em relação às dificuldades sócio-econômicas da área de atuação, detectando problemas e desenvolvendo ações de integração participativa a partir de conteúdos suscitados pela e na própria comunidade, propiciando, assim, a promoção da saúde mental através de palestras nas escolas ou mesmo conversas informais com a família;
- c) a equipe apresentou, ainda, projetos com relação à melhoria do atendimento, demonstrando, assim, sua integração e identificação com a ESF, propiciando, deste modo, alguns questionamentos referentes às políticas de contratação temporária de profissionais, ou seja, ao implantar as diretrizes de trabalho e colher resultados satisfatórios num período de quatro anos, esta situação pode “naufragar”, segundo eles, quando se muda o poder político local, pois, as pessoas que trabalham na ESF do município são contratadas por tempo determinado ou indeterminado se o prefeito conseguir a reeleição;
- d) pode-se finalizar dizendo que esta equipe da ESF atua dentro dos parâmetros desejáveis, mostrando iniciativa e participação conjunta para a resolução de problemas na comunidade, fortalecendo a idéia que equipe integrada e

sintonizada pode fazer a diferença e contribuir sistematicamente na promoção da saúde mental.

Grupo 3: Este grupo foi constituído por sete participantes, sendo cinco agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira. Todas as participantes do sexo feminino. A auxiliar de enfermagem e todas as ACS possuíam 2º grau completo e a enfermeira pós-graduada em Administração em Serviços de Saúde. Com exceção de uma das ACS nenhuma das participantes tiveram experiência anterior com APS. O tempo de atividade na ESF variou de oito anos a nove meses. Os participantes estão caracterizados na Quadro 3.

Quadro 3 - Descrição da equipe ESF do Grupo 3

Participante	Sexo	Idade	Função	Escolaridade	Experiência anterior com APS	Pós-graduação	Tempo de atividade na ESF
P1	F	38	Aux. de enf.	2º grau incompl.	Não	Não	3 anos 9 meses
P2	F	43	ACS	2º grau completo	Não	Não	8 anos
P3	F	22	ACS	2º grau completo	Não	Não	2 anos
P4	F	48	ACS	2º grau completo	Sim	Não	4 anos
P5	F	20	ACS	2º grau completo	Não	Não	9 meses
P6	F	27	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 anos 9 meses
P7	F	32	Enf.	superior	Não	Sim	4 anos

Neste encontro com a equipe, faltou, portanto, a presença do médico. As impressões do grupo permitiram apontar algumas considerações que serão apresentadas abaixo:

- a) desde nossa chegada a equipe se mostrou reservada e conversando pouco com o moderador e observador, parecendo indicar um comportamento reservado e pouco amistoso;
- b) ao abordar os temas da pesquisa, todos os integrantes se gesticulavam muito para explicar suas falas, fazendo parecer que não conseguiam responder as questões dirigidas sobre a saúde mental;
- c) o grupo se apresentou despreparado para lidar com este assunto, solicitando capacitação e treinamento para desenvolver estas atividades junto à comunidade;
- d) tal iniciativa pode ser interpretada como um “mecanismo de defesa”, pois, quando não conseguem lidar satisfatoriamente sobre determinado assunto, a saída que encontram é recorrer aos cursos de capacitação e treinamento.

Grupo 4: O Grupo 4 foi constituído por cinco participantes: um médico, uma enfermeira e três agentes comunitárias. Grupo também constituído por maioria do sexo feminino com exceção do médico. Dentre as ACS uma tinha 1º grau completo, uma 2º grau completo e uma curso superior incompleto. O médico e a enfermeira não possuíam pós-graduação. Apenas a enfermeira tinha experiência anterior com APS. O tempo de atividade na ESF variou de quatro anos a seis

meses. A caracterização dos participantes pode ser verificada no quadro 4 abaixo.

Quadro 4 - Descrição da equipe ESF do Grupo 4

Participante	Sexo	Idade	Função	Escolaridade	Experiência anterior com APS	Pós-graduação	Tempo de atividade na ESF
P1	F	33	Enf.	Superior	Sim	Não	3 anos
P2	M	25	Méd.	Superior	Não	Não	6 meses
P3	F	27	ACS	Superior incompleto	Não	Não	3 anos e 8 meses
P4	F	41	ACS	2º grau completo	Não	Não	2 anos
P5	F	24	ACS	1º grau completo	Não	Não	4 anos

Este grupo se caracterizou pela centralização no discurso médico com pouca participação das agentes comunitárias. Via de regra a equipe não se diferenciou das demais em relação ao despreparo para promover a saúde mental na comunidade. Outras observações foram:

- a) preconceito com o doente mental, considerado por uma das agentes comunitárias como “louco, difícil de atender”, etc., associando, assim, doença mental – saúde mental = loucura;
- b) o discurso médico, conforme salientado, se concentrou no modelo de higienização comunitária, ou seja, segundo este profissional a estratégia para sanar problemas de saúde mental seria “protocolar” o indivíduo dentro dos padrões da normalização e fazer um acompanhamento biologizado nos modelos clássicos da medicina, desconsiderando o indivíduo em suas potencialidades;

- c) tal conduta médica parece centralizar todas as atividades neste modelo de atendimento, não diferenciando, portanto, do atendimento realizado pelos ambulatorios municipais;
- d) apesar de tais constatações, a equipe se considera capaz de promover a saúde mental na comunidade desde que haja cursos de capacitação ou treinamento para lidar com estas questões;
- e) neste sentido, fica a indagação: será que um treinamento ou capacitação pode contribuir para o exercício destes profissionais de maneira satisfatória? Será que a representação social da doença que cada um carrega dentro de si não seria o principal empecilho, *a priori*, para a alienação num trabalho comunitário? Ou ainda: como promover saúde mental nessas condições?

Grupo 5: O grupo agendado para ser o de número 5 não estava presente na Unidade no horário e data combinados. Segundo informação da enfermeira, ela havia se esquecido de confirmar com o restante da equipe e cujos membros não se encontravam naquele momento. Perguntou-nos se gostaríamos de marcar uma outra data, mas demonstrando algumas dificuldades de agendar a curto prazo. Nós agradecemos e explicamos que tínhamos pressa para a coleta de dados e que iríamos tentar agendar com outra equipe que pudesse nos atender mais rapidamente. Procuramos pela equipe do bairro vizinho, que também estava na lista fornecida pela coordenadora.

Chegamos à Unidade, a equipe estava reunida e aproveitamos a oportunidade para convidá-la para participarem da pesquisa e explicamos os objetivos. Todos concordaram em participar e se prontificaram a fazer a reunião naquele mesmo dia, pois já estava no final do expediente e estavam à disposição. Aguardamos o fechamento da Unidade e realizamos a entrevista com o grupo. A equipe estava constituída no momento da realização da pesquisa por quatro agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira, todas do sexo feminino. Uma das ACS tinha 1º grau completo e três 2º grau completo. A auxiliar de enfermagem também com 2º grau completo e a enfermeira pós-graduada em Enfermagem do Trabalho. Neste grupo somente a enfermeira tinha experiência anterior com APS. O tempo de atuação na ESF variou de três anos e dois meses a dois meses, conforme a Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Descrição da equipe ESF do Grupo 5

Participante	Sexo	Idade	Função	Escolaridade	Experiência anterior com APS	Pós-graduação	Tempo de atividade na ESF
P1	F	51	ACS	2º grau incompleto	Não	Não	3 anos 2 meses
P2	F	53	Aux. de enf.	2º grau completo	Não	Não	3 anos 2 meses
P3	F	23	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 anos
P4	F	39	ACS	2º grau completo	Não	Não	3 anos 2 meses
P5	F	33	ACS	1º grau completo	Não	Não	3 anos
P6	F	36	Enf.	superior	Sim	Sim	02 meses

A enfermeira apesar de estar atuando a apenas dois meses na equipe entrevistada, atuou como enfermeira da ESF durante 06 anos na cidade de Campinas. Durante o encontro com a equipe para a realização da pesquisa, o grupo pareceu bastante sintonizado e descontraído com as atividades de trabalho e muito acolhedor com a dupla de pesquisadores. Durante o transcorrer da entrevista, algumas observações foram anotadas conforme abaixo:

- a) pode-se observar que as agentes comunitárias criaram uma relação de vínculo com a comunidade onde atuam, expressando preocupação com a continuidade do trabalho a ser realizado em 2005 em função da transferência de prefeito;
- b) a equipe tem construído atividades que possibilitou o envolvimento da comunidade na promoção e prevenção da saúde em geral;
- c) percebe-se que há uma integração entre a comunidade e a ESF local através das inúmeras fotos que registram as várias etapas de atividades desenvolvidas ao longo de 04 anos;
- d) embora ausente em função das férias, a menção à médica aparece em algumas passagens das entrevistas de maneira positiva, permitindo aferir que se trata de uma profissional compromissada com o trabalho e a comunidade;
- e) a equipe se mostra bastante otimista em relação à ESF na perspectiva de cuidar de pacientes acometidos por algum transtorno mental, não apresentando nenhum preconceito *a priori* sobre a loucura;

f) em síntese, pode-se conjecturar que a equipe apresenta estreita vinculação entre si e a comunidade, desenvolvendo atividades que contribuem satisfatoriamente para a promoção da saúde e cidadania;

g) para finalizar, apenas uma pergunta que merece reflexão: como pensar em saúde comunitária quando a cada 04 anos se substitui – por questões políticas - uma equipe por outra sem considerar os resultados positivos de uma equipe atuante? Nesse caso, seria interessante substituir o trabalho implantado e com resultados por outro incipiente? Como fica a relação vincular entre a equipe e comunidade? Há algum compromisso entre o poder público municipal e a comunidade ou as equipes da ESF são apenas programas eleitoreiros?

5.2 Apresentação das Categorias

Este tópico se caracteriza pela análise das categorias e subcategorias, fundamentadas, conforme já salientado no método, na técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979). Para que possamos visualizar as etapas de análise, apresentamos o Quadro 6, a seguir, que descreve as categorias e subcategorias de análise.

Quadro 6 - Apresentação das categorias e subcategorias de análise.

Categorias	Subcategorias
4.2.1. Critérios de Inclusão do Distúrbio Mental (DME)	4.2.1.1 Relato Familiar 4.2.1.2 Comportamento 4.2.1.3 Despreparo do ACS
4.2.2. Demanda psiquiátrica na ESF	4.2.2.1 Culpabilização Familiar 4.2.2.2 Renovação de Receitas 4.2.2.3 Internação
4.2.3. Saúde Mental na ESF	4.2.3.1 Necessidade de Qualificação 4.2.3.2 Atenção em Rede 4.2.3.3 Envolvimento Familiar
4.2.4. Adoecimento Psíquico	4.2.4.1 Conflitos Sócio-econômicos. 4.2.4.2 Conflitos Sócio-afetivos 4.2.4.3 Falta de Atenção
4.2.5. Promoção de Saúde Mental na ESF	4.2.5.1 Atividades de Sociabilização 4.2.5.2 Atendimento Psicológico

5.2.1 Critério de Inclusão do Distúrbio Mental (DME)

Para o cadastramento das famílias junto a ESF, é utilizada uma ficha denominada “ficha A”, onde são cadastrados todos os membros da família. Dentre as informações levantadas por esse cadastro, estão as informações sobre doenças ou condições referidas pela família. No rodapé da ficha A existe uma lista de doenças e entre ela o distúrbio mental que deve ser identificado com a sigla “DME”.

Na discussão sobre os critérios adotados pela equipe da ESF para a inclusão do distúrbio mental (DME) como doença ou condição referida, ficou definido que quem faz este trabalho é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) sem a participação do restante da equipe, e por outro lado, que muitos dos ACS que estão atuando, não participaram do cadastramento. Algumas ACS disseram

levar em conta, além do relato da família, o comportamento, evidenciando, também, certo despreparo. Assim, o médico e/ou enfermeiro completam o cadastro quando o ACS não consegue identificar. A análise dessa categoria permitiu-nos dividi-la em três subcategorias:

5.2.1.1 Relato familiar

O cadastramento de um membro da família com distúrbio mental (DME) é orientado muitas vezes pelas próprias famílias no momento da entrevista para o cadastramento dessa família junto a ESF, onde, relatam para os ACS o uso de medicação controlada e/ou internação em hospital psiquiátrico, conforme podemos verificar nas seguintes falas:

P6: a família fala: Ah! Toma o remédio tal e tal... (G1).

P1: Eu procuro saber da família (...) fiquei sabendo conversando com a família... (G1).

P1: A própria família é que orienta os agentes de saúde (G2).

P2: (...) quem fala é a própria família (...) sempre ela fala que bebe remédio controlado... que faz tratamento no Otto[hospital psiquiátrico] fala assim: ta em tratamento... tem problema mental... por causa que toma esses remédio controlado e faz tratamento... aí a gente coloca [preenche]... (G3).

P4: Algum familiar fala que já teve uma internação em hospital psiquiátrico... ou algum medicamento que a pessoa toma... que leva a gente a descobrir... (G4).

P5 A própria família fala... seja qualquer tipo que for de doença... ela já fala abertamente pra gente. (G4).

P5: (...) a gente conversa com os pais (...) se ele faz tratamento no Otto Krakauer [hospital psiquiátrico] (...) se ele foi internado ou não... (G5).

P.4: Ou na saúde mental né?. (...) anoto tudo pra... ta identificando (G5).

De acordo com as falas, podemos observar que já no primeiro contato com as ACS no preenchimento do cadastro, muitas famílias se colocam como tendo um familiar com problemas mentais. Desse modo, parece não terem a intenção de “esconder” seu membro enfermo, mas, informar a existência deste, uma vez que a pergunta sobre as condições de saúde da família é aberta e não específica para saúde mental, podendo se caracterizar como uma necessidade de comunicar seus problemas ou até mesmo um pedido de ajuda.

Nesse sentido, o ACS tem um papel fundamental nessa assistência, uma vez que é o elo das famílias com a equipe, escutando cada queixa e levantando necessidades.

Assim, por intermédio do ACS a equipe tem a possibilidade de chegar até as pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico, conhecer um pouco da história familiar, agendar uma consulta com o médico ou enfermeiro da equipe, e dessa forma intervir adequadamente (PEREIRA, 2000).

Observa-se, no entanto, que ações de saúde mental com exceção da ficha A, ou seja, da ficha de cadastramento da família, não são contempladas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Percebendo a necessidade de incluir a saúde mental na atenção básica, a III CNSM propõe a criação da ficha “B” de saúde mental para o SIAB, “como

forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.51).

Acreditamos que a inclusão da ficha B, ainda não implementada, muito contribuirá para o levantamento de portadores de transtorno mental residentes na área de abrangência da ESF, viabilizando dessa forma o reconhecimento desse grupo de pacientes pela equipe, ampliando assim o acesso e conseqüentemente a assistência.

5.2.1.2 Comportamento

Outra maneira que as ACS encontram para identificar o portador de DME nas famílias está relacionada ao tipo de comportamento apresentado pela pessoa, como a atitude e a aparência, conforme podemos verificar nas seguintes falas:

P5: *Então... tem pessoas que tem distúrbios mentais que são agressivas...* (G1).

P4: (...) *é pela aparência né? ... dá pra gente notar...* (G4).

P5: (...) *atitude né? comportamento...* (G4).

P5: *Deficiência visível... de conversar a gente vê que a pessoa realmente é deficiente...* (G5).

Conforme os relatos podemos questionar: será que toda pessoa que tem um comportamento ou uma aparência “diferente” pode ser considerada como

um portador de distúrbio mental? Ser cadastrada ou “rotulada” como tal? De acordo com as falas a idéia de periculosidade/agressividade e comportamento “anormal” parece haver ainda, com enfoque na doença e observação dos sintomas, característico do início do século XX.

Souza (2004) constatou, também, em seu estudo sobre a produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental, que ainda existe a noção de “anormalidade”, incapacidade e perigo, acerca do doente, mostrando permanências do discurso psiquiátrico.

Desse modo, fica evidente a necessidade de trazer para discussão junto aos ACS a questão da reforma psiquiátrica, sua proposta e evolução, para que os ACS com seu trabalho possam contribuir para mudança e melhoria da assistência a esse grupo de pacientes que também serão atendidos pela equipe da ESF, (des)construindo a visão estigmatizada, sobre doença mental e portador de sofrimento psíquico; afinal, se o portador se reabilita, nem sempre terá maneirismos, características já incorporadas no discurso leigo.

5.2.1.3 Despreparo do ACS

Observa-se, também, nas falas das ACS, que elas não estão preparadas para fazer uma abordagem adequada das famílias durante a entrevista para o cadastramento. Apresentam confusão quanto ao que seja distúrbio mental, interpretado por elas como doença, problema ou ainda epilepsia, conforme as seguintes falas:

P5: Mas nem toda pessoa que tem distúrbios mentais é... diagnosticada como epilético, é? (G1).

P1: O cadastro é feito né? ... pelas agentes de saúde (...) muitas vezes passa despercebido né? (...) Muitas vezes eles não têm experiência... são pessoas que chegam leigas ... que pegam o serviço com o serviço mesmo.... (G2).

P5: Porque na hora mesmo que você vai fazer o cadastro você pergunta: tem alguém doente aqui nessa família? (...) muitas vezes eles pensam que doença... são doenças graves... igual câncer ... aqui é mais por diabete ... então elas pensam que é só isso ... diabetes e pressão que a gente toma conta. Eles não falam sobre psiquiatria... muito raro quando acontece... (G2).

P3: (...) paciente que faz tratamento psiquiátrico ele não acha que ele é doente, realmente ele não é doente... ele tem problemas né? Ele não é considerado como uma doença... ele tem problema... (G2).

De acordo com as falas percebemos que existe desconhecimento e insegurança quanto à questão da doença mental como problema de saúde. Assim, percebemos a necessidade de oferecer atenção especial no sentido de treinar os ACS para o preenchimento dos cadastros das famílias, uma vez que este é o principal instrumento para a confecção do diagnóstico de saúde do território, o qual orientará a equipe sobre as ações a serem desenvolvidas para essa população.

Para Campos (2003) é importante a identificação das famílias mais vulneráveis, e para isso, o trabalho de cadastramento não deve ser somente burocrático e formal, mas um instrumento de informação a ser usado pelas equipes para avaliação de risco e definição de prioridades. Nesse sentido,

Gonçalves (2000) enfatiza que o trabalho do ACS é fundamental e sem este a ESF não passaria de mera utopia.

Neste contexto, vale ressaltar que os transtornos mentais são problemas importantes na saúde pública, pois, causam incapacidade e padecimento entre as pessoas afetadas e considerável sofrimento para familiares e amigos (CID 10, 1997).

Para Gonçalves (2000) existe a necessidade de ampliar a discussão sobre o papel dos ACS, pois, são elementos fundamentais para o desenvolvimento das intervenções e o acompanhamento das famílias e comunidade. No entanto, observa-se que estão sobrecarregados com trabalhos burocráticos e excluídos do processo de planejamento e definição das estratégias de trabalho.

Concordamos com Amarante (1994) quando enfatiza que adotar o território enquanto estratégia significa afirmar que os serviços de saúde devem assumir a completa responsabilidade pela atenção em saúde neste espaço social. Desse modo, ao fazer o levantamento das necessidades, tarefa atribuída nas equipes entrevistadas ao ACS, estes devem estar devidamente orientados.

5.2.2 Demanda psiquiátrica na ESF

A procura da unidade da ESF pelos pacientes psiquiátricos se dá, segundo as equipes entrevistadas, pela falta de acompanhamento por parte das famílias e/ou pelo modo como elas se organizam para o enfrentamento dos problemas. Outras procuram a ESF para renovação de receitas ou ainda para solicitar

internação da pessoa no hospital psiquiátrico. Esta categoria pode ser detalhada pelas seguintes subcategorias:

5.2.2.1 Culpabilização Familiar

Nos relatos das equipes, a falta de colaboração da família aparece como um fator da demanda de pacientes psiquiátricos. As famílias muitas vezes não contribuem com o tratamento, ou seja, não acompanham os pacientes durante as consultas, deixam de dar a medicação. Outros fatores que influenciam são as precárias condições financeiras, uso de drogas e também, consideram que as próprias famílias excluem seus membros enfermos e querem “ficar livre” de seus doentes, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

P7: É uma quantidade considerável e muita dificuldade para estar lidando com eles (...) não tem ninguém que cuida delas em casa (...) a gente não tem um retorno porque a gente não sabe se esse tratamento é realizado adequadamente ou não(...) e não tem ninguém que venha com ela pra gente estar ajudando... a melhorar o atendimento... o próprio preconceito que o paciente psiquiátrico tem que a própria família acaba excluindo o paciente também... (G1).

P5: Não tem mesmo como a gente ter um controle da medicação né? (...) igual a gente vai... dá [entrega] a medicação, mas a gente não sabe como que é tomada essa medicação em casa ... porque muitas vezes não tem acompanhamento em casa (...) falta um pouco também de colaboração da família né?(...) tem família que é carente, tem família que é falta de estrutura, falta ... por várias conseqüências (...) Então... tem família que não tem estrutura pra ir lá e ... conversar ... procurar um psicólogo ... procurar um hospital (...) muitas vezes as famílias não aceitam... a família às vezes não tem condição financeira ... porque fica caro a medicação(...) porque existe famílias que não tem mesmo condição de conviver ... então ... é muito complicado... (G1).

P6: *Porque ela vem de uma família... todos são traficantes e usuários de drogas então ... não tem como ... agora mudou né?... levaram ela [criança] embora... coitada ... porque eu chamei o conselho tutelar... porque ela é novinha.... mas fica uma situação que a gente vai... não tem pra quem falar.... da família porque é tudo. (...) a família não quer muitas responsabilidades... a gente faz a nossa parte ... mas a família tem que fazer a dela né? (...) o remédio deles acaba tudo antes do prazo que teria que acabar e a família sabe como tem que dar... (G1).*

P1: *(...) só que é muito difícil porque a família exclui também... a família não quer ele... quer que nós resolvemos os problemas deles né?(...) e a própria família também se dedicar mais né? Querer assumir o paciente porque eles querem assim... se livrarem. (...) eles não querem despesa... sabe? Não querem ter trabalho... (G2).*

P7: *(...) o próprio familiar às vezes quer se ver livre do paciente ali de casa... porque quem tá ali vinte e quatro horas com o paciente é a família né? Se a família não dá o apoio assim... na maioria da vezes... eles querem se ver livre do paciente. (...) A família não tem... na maioria das vezes não tem nenhum preparo né? De tá dando um apoio... quer passar pra frente o problema ali, né? (G3).*

P4: *Muitas vezes a família não aceita né?... tem família que não é fácil não... (G4).*

P3: *A família quer se vê livre mesmo dessas pessoas que nem elas mesmo não dão conta... (G4).*

P1: *(...) a família tem que estar ciente do problema que ela vai assumir. (...) a família vai ter que acolher... se a família não acolher... não assumir... eles vão ficar na rua (...) acho que pra família ainda é mais chocante essa idéia aí... e é mais complicado ainda (...) acho que eles estão mesmo lá [hospital psiquiátrico] por causa da família... fica saturados com eles aqui também... (G4).*

De acordo com as falas das equipes entrevistadas, podemos verificar que estas percebem a família do portador de transtorno mental como potencialmente “culpada” pelo adoecimento de seu membro e também, parece perceber essa família como única responsável pelo seu tratamento. Visão esta própria do

modelo higienista. Nesse sentido podemos perguntar: onde fica a assistência integral ao indivíduo, família e comunidade proposta pela ESF?

A assistência integral vem em direção contrária à simplificação, fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001).

Assim, cabe às equipes contemplar práticas preventivas, assistenciais e de educação em saúde, caracterizadas pelo diálogo, vínculo, humanização e participação dos usuários, de suas famílias e comunidade, através de uma assistência horizontalizada e multiprofissional.

Concordamos com Alves (2005) quando coloca que, integralidade é incorporar equipes interdisciplinares e multiprofissionais para a compreensão mais abrangente e intervenções mais efetivas sobre os sujeitos objetivizados pelo olhar reducionista da biomedicina..

Para Osinaga (1999, p.46) a saúde da família do doente mental e a sua competência para resolver problemas, não é melhor e nem pior do que qualquer outro tipo de família. Devemos entender que ela é diferente, que tem uma competência diferente e tem uma forma de funcionar que não é melhor e nem pior. “A sociedade imputa uma qualidade negativa à família de um portador de distúrbio psiquiátrico porque, ter alguém na família com doença mental ainda é visto como um perigo, uma ameaça, estigmatizando assim não só o doente, como toda família”.

O universo desses familiares, segundo Melman (2001) reflete uma realidade de preconceito e exclusão. Eles se sentem paralisados, culpados,

carentes de informação qualificada, perdidos e isolados, muitas vezes com a obrigação de gastar grande parte do seu tempo com o familiar doente. O autor chama a atenção para a necessidade de ajuda desses familiares os quais têm a auto-estima e autoconfiança corroídas, o que pode arrebatar parte de suas potencialidades e oportunidades de vida.

A sobrecarga familiar é destacada por vários autores assim como os efeitos que os processos de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica podem trazer para a família que passa a cuidar de seu membro adoecido. Assim, cuidar do portador de transtorno mental impõe uma série de incumbências físicas, emocionais, econômicas e sociais (MELMAN, 2001; KOGA, 1997).

A culpabilização da família parece causar certo distanciamento destas com as equipes o que inviabiliza o acompanhamento na comunidade. Nessa perspectiva, cabe aos profissionais da ESF compreender a problemática da família, olhar para suas necessidades específicas, uma vez que a proposta é promover a saúde da família, com responsabilidade, continuidade, humanização e vínculo, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida.

Portanto, faz-se necessário ter a família como uma aliada da equipe, envolvê-la no tratamento do seu membro enfermo, apoiá-la em suas dificuldades, escutar suas queixas e frustrações, em fim, construir um vínculo de confiança. Esse último poderá contribuir para o desenvolvimento de maior autonomia da família, que tem muito a dizer sobre sua história e a de seu membro portador de transtorno mental.

Neste sentido, vale destacar a importância de se desenvolver uma escuta qualificada, pois, escutar atentamente é um processo exigente que demonstra interesse pelas pessoas. Para Mc Whinney (1994, p.87) escutar atentamente significa:

(...) dar a nossa atenção total e completa à outra pessoa e dizer-lhes que estamos interessados e preocupados. Escutar é difícil e não nos daremos a esse trabalho a não ser que tenhamos um profundo respeito e interesse pelo outro. Como consultores ouvimos não apenas com os nossos ouvidos mas também com os nossos olhos, mente, coração e também imaginação. Nós escutamos o que se está a passar dentro de nós próprios, ao mesmo tempo que escutamos aquilo que se está a passar na pessoa que estamos a ouvir. Nós ouvimos as palavras do outro, mas também ouvimos as mensagens escondidas nas palavras. Nós escutamos a voz, a aparência e a linguagem corporal do outro. Somos ouvintes atentos quando nos focamos inteiramente naquilo que é dito e nas circunstâncias em que é dito. Não utilizamos audição seletiva ao ouvirmos apenas aquilo que nos interessa e que se enquadra nos nossos preconceitos. Simplesmente tentamos absorver tudo o que o orador está a dizer verbal e não verbalmente sem adicionarmos, subtrairmos ou corrigirmos.

Quando se questiona a não adesão dos familiares de portadores de transtorno mental aos tratamentos oferecidos pelos serviços de saúde, já não satisfazem as respostas que colocam os familiares como resistentes às orientações e nem tão pouco considerá-los “maus familiares”. Eles são apenas “informantes” sobre seu familiar adoecido e por isso, seguem de forma passiva as prescrições do tratamento. Desse modo, “acolher suas demandas considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação” (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004, p.198).

Nesse contexto, a ESF através de um processo de trabalho diferenciado, acolhedor e humanizado, poderá auxiliar as famílias no enfrentamento dos momentos de crise e no reconhecimento dos limites e possibilidades do portador de transtorno mental, não mais perseguindo a cura, mas a reabilitação possível, através de um estreito relacionamento dos familiares com a equipe.

5.2.2.2 Renovação de Receitas

A renovação de receitas tem sido segundo os relatos das equipes, um fator da demanda de pacientes psiquiátricos e também um grande problema devido ao atendimento descontínuo do ambulatório de saúde mental e ao consumo inadequado das medicações que sempre acabam antes do prazo previsto, muitas vezes pelo desconhecimento da origem da receita pelo médico da ESF que, com frequência, também, desconhece a finalidade do uso dessas medicações, conforme as seguintes falas:

P6: Pega numa semana o remédio... na outra ela chega e fala que não tem mais nenhum comprimido e... realmente... ela não tá tomando... ela começa a ter crise... desmaiar... você vê que ela não tem mais remédio... mas o que é que acontece com esse remédio que acaba em uma semana?... ela não sabe falar. (...) a gente aqui fornece uma vez por mês a receita... a gente troca. Ele vai no psiquiatra, o psiquiatra passa uma vez... a gente anota na ficha e vai transcrevendo... (G1).

P2: Os pacientes que são atendidos aqui a maioria... dos pacientes psiquiátricos vem aqui pra... renovar a receita, porque as consultas são bastante espaçadas lá [ambulatório de saúde mental], então... eles precisam fazer uma renovação de receitas e existem alguns casos daqueles pacientes com ansiedade aguda... uma coisa assim... que a gente atende mais... a maioria dos pacientes psiquiátricos procuram o PSF só pra renovação de receita... alguns casos a gente diagnostica uma doença

ou alguma coisa assim, mas... a maioria é troca de receita e... as ansiedades... os quadros agudos com frequência. (G2).

P3: E a gente faz a troca de receita, porque às vezes a demanda deles lá [ambulatório de saúde mental] é muito alta... e eles ficam às vezes sessenta dias mesmo sem retorno né?. (G2).

P5: Tem uns que vem aqui só pra trocar a receita... . (G2).

P1: Geralmente esses pacientes eles não vem até aqui pra consulta, eles vem mais pra pegar a receita porque lá [ambulatório de saúde mental] eles dão [remédio] até um certo ponto... aí eles remarcam no Otto[hospital psiquiátrico] a próxima consulta. Nesse intervalo eles costumam vir ou... alguém da família pra trocar a receita pra eles ta continuando a medicação até a próxima consulta... (G3).

P7: Porque a medicação não é dada assim... não pega a medicação pra três meses, quatro meses... quer dizer é o tempo de retorno dele lá. Na época o familiar vem com a receita, né. pro médico daqui ta fazendo a nova receita pra que ele possa pegar a medicação... porque só dá a medicação pro prazo de trinta dias né? (...) a maioria das vezes é troca de receita né? o familiar vem... (G3).

P2: (...) a gente tenta colocar o máximo de controle. (...) coloca pelo fato deles estarem pegando sempre... não pode dar uma receita hoje e amanhã ta dando de novo... né?... a gente tenta falar assim: traz a receita do médico que te receitou isso entendeu?(...) você não sabe da onde ta vindo essa receita... se foi realmente um médico que receitou... entendeu?(G 4).

P4: (...) acontece muito né? de um vizinho emprestar pro outro (G 4).

P2: (...) essa grande procura por benzodiazepínico.... alguns antidepressivos hoje são usados até pra tratamento de obesidade né? pra diminuição do apetite... você não sabe se é porque o vizinho que ta tomando e ta sentido bem: Ah! Também eu vou tomar um diazepam. (...) geralmente eu peço pra que quando vai trazer algum remédio desses controlado.... antidepressivo... alguma coisa... que traga a receita original né? ou traga a caixinha do remédio... alguma coisa assim no sentido de começar a confiar mais que ela realmente precisa tomar aquele remédio porque a receita original... quase sempre a gente não vê, tem alguns que... tem entendeu? Traz a receita do psiquiatra e tudo... ta tomando... faz uso contínuo... a gente... renova sem problema. (G 4).

P4: *Eu acho que tem bastante caso na nossa área (...) pelos pedidos de receita que eles vem pedir... porque às vezes não tem médico pra fazer pra eles... a medicação... o receituário azul por exemplo que é preciso... então ele vem pedir pra nós sabe?... geralmente quase todo mês... ... porque às vezes não dá pra três meses que ele precisam voltar... então eu acho que a gente tem bastante mesmo... (G 5).*

De acordo com as falas das equipes, a troca de receitas se constitui um grave problema para a equipe e também para a assistência ao portador de transtorno mental, uma vez que não fica evidente a necessidade desses pacientes e nem o uso que fazem da medicação psiquiátrica. Se a receita foi prescrita por um médico, se foi recomendada por um vizinho ou até mesmo se o objetivo da medicação é realmente tratar problemas psiquiátricos.

Desse modo, surgem alguns questionamentos: como acompanhar o tratamento de um paciente sem saber qual é realmente seu problema? Como orientar? Será que todos os usuários de psicofármacos estão realmente necessitando ser medicados?

Com o aumento de profissionais de saúde na rede básica, em especial na ESF, ampliou-se potencialmente o acesso e o contato da população com a atenção biomédica. Assim, a questão da medicalização social torna-se um tema “candente e urgente para a Saúde Coletiva, para a educação permanente dos profissionais de saúde e para sua atuação cotidiana”, particularmente para as equipes da ESF. Neste contexto, a palavra dor está medicalizada e passível de controle (TESSER, 2006 a, p.62).

A institucionalização da dor e dos adoecimentos reflete-se na linguagem e muda o sentido das palavras. A dor corporal é indicada

por uma litania de termos que designam o aborrecimento, fadiga, punição, aflição, trabalho penoso, provação, agonia, culpa, vergonha, tortura, medo, ansiedade, tristeza, depressão, opressão, confusão, doença, etc (TESSER, 2006a, p. 65).

A medicalização transforma culturalmente as populações e traz como consequência a diminuição da capacidade de enfrentamento da maioria dos adoecimentos e dores cotidianas. Isso faz com que haja um consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, produzindo dependência e alienação. O processo de medicalização social “pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”, interferindo dessa forma, na autonomia dos indivíduos (TESSER, 2006a, p.62).

De acordo com Tesser (2006b, p. 348) a medicalização social “implica um epistemicídio de saberes e práticas não-científicos, populares ou tradicionais”. Esses saberes foram até pouco tempo a base cultural e técnica para ações autônomas em saúde-doença, base esta em processo de extinção ou intensa transformação.

Para Vasconcelos (1999), a atenção integral à saúde, não se garante apenas por profissionais competentes. Para que a demarcação do conhecimento necessário para enfrentar os problemas de saúde não seja deficiente, é fundamental a efetiva participação da população e dos profissionais de saúde, integrados mediante o diálogo.

O autor indica como caminho para a solução dos problemas de saúde, o reconhecimento por parte dos profissionais de que as classes populares têm

muito a dizer sobre suas condições de vida e de saúde e sobre caminhos de seu enfrentamento, uma vez que constroem seu próprio conhecimento.

A medicalização social está associada ao que Illich⁷ (1975 apud Tesser, 2006 b) chamou de iatrogenia cultural, uma forma disseminada e sub-reptícia de iatrogenia da biomedicina: perda do potencial cultural para gerenciar a maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento.

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas, devido ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos (RODRIGUES, et al, 2006).

O início da utilização do psicofármaco é geralmente marcado por algum acontecimento na vida gerador de crise, e, com o passar do tempo, o problema passa a ser a falta desse medicamento (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Segundo Campos (2003, p. 70) “o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob o nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem”. Estimular a capacidade de enfrentamento dos problemas a partir de suas condições concretas de vida.

Entretanto, a proximidade e interação ESF/usuário “é uma faca de dois gumes: pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e reconstrução da autonomia, mas também, e facilmente, pode constituir-se em uma força medicalizadora poderosa” (TESSER, 2006a, p.74).

⁷ ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina, 4ªed., São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

Essa problemática fica evidente quando as equipes colocam o uso contínuo de medicamentos que acabam antes do prazo, com receita de origem desconhecida e tratamentos não especificados. Isso dificulta o reconhecimento dos pacientes portadores de transtorno mental e conseqüentemente o acompanhamento destes por parte das equipes.

A origem da receita e/ou prescrição nem sempre está vinculada à consulta médica. Segundo Mendonça e Carvalho (2005) o consumo de psicofármacos principalmente os benzodiazepínicos possui dimensão social e cultural e não está restrito à relação médico-paciente. Está envolvido em uma rede de relações sociais, vizinhos, parentes e amigos. Os consumidores se sentem capazes de utilizar, indicar, oferecer e emprestar esses medicamentos.

Nesse sentido, para que a prescrição e uso do psicofármaco sejam adequados às necessidades dos pacientes, é imprescindível ampliar a comunicação entre as equipes da ESF com os pacientes e com os setores e/ou profissionais especializados em saúde mental (ambulatório de saúde mental, NAPS, CAPS...), com consulta médica e devido acompanhamento, uma vez que esses medicamentos podem causar dependência com o uso contínuo.

Desse modo, percebe-se a importância da ESF no processo de “reinvenção” de uma prática clínica que valorize a subjetividade. Assim, conforme Amarante (1996) não é a doença o objetivo do trabalho, mas a pessoa doente, o que é corroborado por Campos (2003, p.55) resgatar o sujeito enfermo,

colocando a doença entre parênteses, mas sem descartar o doente e o seu contexto, “voltar o olhar também para a doença do doente concreto”.

Nesse sentido, concordamos com Perestrello (2006, p.204) de que é preciso compreender o adoecer em vez de explicá-lo. Valorizar e escutar a história da pessoa, pois, “assim como a pessoa tem um *modo-de-ser*, também possui um *modo-de-adoecer*; *seu-modo-de-ser-e-adoecer* único, que sobrevém de circunstâncias críticas”.

Assim, as equipes da ESF podem desenvolver um papel fundamental no reconhecimento e acompanhamento dos portadores de transtorno mental e das pessoas que passam por momentos de crises existenciais, no sentido de orientá-las quanto ao risco do uso indevido de medicamentos, bem como, estabelecer uma relação terapêutica no sentido de ampliar a escuta, proporcionando uma intervenção adequada às necessidades singulares.

Neste contexto, a criação de vínculo dos profissionais da ESF com os usuários é fundamental e segundo Campos (2003, p.76).

“a construção de vínculo permite avançarmos na tão almejada “desmedicalização” (...) torna possível a ampliação da clínica: valer-se de outros recursos terapêuticos que não somente os medicamentos – educação em saúde, práticas de vida saudáveis, atendimento interdisciplinar, construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a Equipe no cuidado de casos complexos (...)”

Para que haja um avanço em direção à desmedicalização e resgate da autonomia, os profissionais devem ser mais solidários, oferecer interpretação para o adoecimento que faça sentido ao usuário, tentar reorganizar seus medos, ansiedades, desejos e proporcionar tratamento adequado e não projetado

somente no poder do profissional, nos exames e nas drogas. Portanto, oferecer perspectivas de ação, manutenção da esperança, à responsabilização, aprendizado vivencial, bem como buscar terapêutica viáveis e passíveis de acesso ou desenvolvimento (TESSER, 2006b).

Desse modo, ao invés da simples troca de receitas, a equipe da ESF poderá oferecer uma assistência diferenciada, ampliando a escuta tendo em vista a responsabilização, continuidade, vínculo e humanização, e, este último, contribuindo, também, para o resgate da autonomia.

Assim, concordamos com Tesser (2006b, p.358) de que:

“O fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, centrado na situação do doente e seu sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação. É em tal investigação e intervenção que ambos, curador e doente, podem viabilizar melhora clínica e autonomização progressiva”.

O autor chama a atenção para o reconhecimento de que os sintomas são sinais de alarme de algum processo que não se manifesta, mas que está oculto ou subentendido, conhecido ou desconhecido. Desligar esse alarme com medicamentos é alienante, estimulador do consumo, da dependência e gerenciamento químico de sensações e incômodos. Reforça ainda que, quando houver necessidade de prescrição de sintomáticos químicos, que sejam por tempo estritamente necessário, com as devidas orientações quanto ao caráter da droga, seu poder de ação e efeitos indesejáveis.

Nesse sentido, a ESF muito pode colaborar para a adequação das receitas e dos tratamentos, por atuarem num território delimitado, estando mais próximos dos usuários, do seu contexto e dos seus problemas.

5.2.2.3 Internação

Além da desestrutura familiar e da renovação de receitas serem um dos motivos para a demanda psiquiátrica na ESF, constatamos, também, que é freqüente a procura por familiares solicitando a internação da pessoa em hospital psiquiátrico devido à crise com agressividade, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

P7: *O que a gente mais vê... pede uma visita: Ah! Interna tal paciente pra mim... Ah! Interna ele pra mim... porque eles querem é... senão a maioria ... eles querem é internar... (G1).*

P1: (...) *eles vêm atrás da gente pra gente internar no hospital(G2).*

P7: (...) *de vir às vezes o próprio familiar vir pra falar que o paciente ta em crise... que o paciente ta agressivo... né? tendo que... às vezes o médico... já aconteceu de ter que ir em casa e... encaminhar pro Otto[hospital psiquiátrico] pra internação né? de pacientes que já tiveram histórico de internação anterior... que às vezes surta... que fica agressivo... aí é encaminhado pra internação...(G3).*

P2: (...) *os que saem fora da nossa alçada... às vezes tem que internar em hospital psiquiátrico, entendeu? Outro dia mesmo teve um rapaz aí que... tava quebrando tudo né? alcoolista... veio aqui pedindo ajuda... se podia vir aqui consultar... o quê que fazia... então... no caso, nós encaminhamos pro pronto socorro... pela burocracia... é pronto socorro... pronto socorro... hospital. (G4).*

P1: *Os próprios pacientes psiquiátricos que já tem quadro de internação... a família mesmo às vezes já vem... pede o telefone só pra ligar... no Otto [hospital psiquiátrico] né? pra ta fazendo a internação... a*

gente orienta né? tem que passar pelo médico do pronto socorro pra ver se há vaga pra internação.(G4).

P6: (...) quantas vezes você vê que assim: Ah! Vamos internar... vamos internar... a primeira solução pensada é sempre a internação... (G4).

P1: (...) então ela vai e interna... acha mais fácil...(G5).

De acordo com as equipes entrevistadas, a internação ainda é vista como a solução mais rápida e mais fácil, não sendo relatada outra possibilidade de atenção, até mesmo um alcoolista que “pede ajuda”, este é encaminhado para internação psiquiátrica. Desse modo, fica evidente o despreparo das equipes para lidarem com necessidades específicas de saúde mental. Assim, as famílias, especialmente aquelas com história de internações anteriores, vêm nesse procedimento a única saída para o seu familiar em crise.

Para Lancetti (2000, p. 22) isso se deve ao fato de que “a velha psiquiatria pretendia ajudar a família retirando seus membros mais adoentados ou destoantes do convívio familiar e comunitário”. Assim, criou-se uma cultura de exclusão dentro da própria família.

As ações de exclusão, segundo Basaglia (1994, p.18) não tem nenhum caráter técnico-terapêutico, limitando-se esta “a separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a “norma” não é conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é representante”, o que para Rotelli (2001) hospital psiquiátrico é um lugar “zero” de intercâmbios sociais.

De acordo com as equipes entrevistadas, parece haver um distanciamento destas com a proposta de desinstitucionalização/reforma psiquiátrica, a qual propõe que os pacientes portadores de transtorno mental sejam tratados e acompanhados preferencialmente por serviços alternativos na comunidade em que vivem.

Pela proximidade com as famílias, faz-se necessário um maior envolvimento das equipes da ESF com os pacientes que após o primeiro surto, segundo Motta (1997) necessitam de recursos e investimentos em seu potencial saudável para voltar à vida social. Assim, para que haja a reabilitação, é fundamental que as pessoas envolvidas no processo de cuidar (família, profissionais de saúde) acreditem no retorno do funcionamento psicossocial, seja ele "normal" ou "aceitável".

Neste contexto, a ESF se torna fundamental para que essas mudanças ocorram, por estar mais próximo das famílias e da realidade dos pacientes, faz-se, então, necessário, rever as práticas no sentido de incluir outras alternativas de atenção aos portadores de transtorno mental, pois, de acordo com Torre e Amarante (2001, p.80) não há tecnologia que resolva a cura da doença mental. Nessa direção, há que se produzir subjetividade, sociabilidade – “mudar a história dos sujeitos que passa a mudar a história da própria doença”.

Desse modo, concordamos com Campos (1992, p.53) quando enfatiza que a reinserção social dos portadores de transtorno mental, exige que a rede básica,

representada neste estudo pela ESF, “seja capaz de interromper essa ciranda infernal de crise-internação-crise”.

5.2.3 Saúde Mental na ESF

A necessidade de qualificação e treinamento, assim como apoio de setores especializados e, também, o envolvimento da família no cuidado ao paciente, são relatados como necessários para que a equipe inclua a atenção aos portadores de transtornos mentais na ESF. Esta categoria permitiu-nos as seguintes subcategorias:

5.2.3.1 Necessidade de Qualificação

Para a atenção aos portadores de transtorno mental na ESF, as equipes relatam que necessitariam passar por uma qualificação específica para lidar com esses pacientes, inclusive o médico que acredita não ter especialidade que contemple a saúde mental, conforme as seguintes falas:

P.5: eu acho que teria que ser pessoas qualificadas... o quê teria que ser feito conosco?... começando pelo médico e as agentes... treinamento... você teria que ter treinamento pra gente saber lidar com eles... porque esses doentes cada hora tá de um jeito... eu não assumiria o compromisso com nenhum doente antes de fazer um treinamento pra assumir o compromisso de tá visitando as minhas famílias com doente mental... antes do treinamento... eu acho que não teria condição pra isso... pessoas que teriam que passar por um estágio... por um aprendizado entendeu? (...) então você tem que ter um bom curso... você tem que ter uma especialização primeiro pra você ser uma seguidora de um doente mental... (G1).

P.1: (...) nem o doutor tem especialidade pra isso... Então, não tem condições... eu acho que isso aí não seria serviço do PSF. (...) cursos preparativos pra poder atender esse pessoal. (...) Pessoa especializada

pra dar os cursos e treinar os agentes de saúde pra fazer aquele atendimento... vê quem pode ou não fazer ... eu por exemplo às vezes não dou conta né de ... passar por esse teste pra depois atender esse pessoal assim ... jogar por cima de nós de uma vez não tem condição... ninguém atende ... (G1).

P2: Dentro de um período aí de uma semana a gente tentaria fazer um treinamento. (...) agora... um projeto que houve e que eu achei que foi muito importante na área de neurologia... pegaram um neurologista novo... ele começou a fazer curso com o pessoal... toda terça-feira na parte da tarde não tinha atendimento no PSF... o médico e a enfermeira tinham aula com o neurologista abordando os temas mais comuns que poderiam ser tratados no PSF mas que estavam sendo mandados para o especialista... então, ele deu esse treinamento pra gente e nós começamos a tratar e diminuiu muito o encaminhamento para neurologista. A mesma coisa poderia acontecer com a psiquiatria... (G2)

P4: Eu acho que aí complica porque o médico clínico ou um cirurgião não tem capacidade... pra avaliar um paciente mental... um paciente que tem um problema assim...(G3).

P3: Só se tivesse um treinamento... alguma coisa mais específica... (G3).

P7: nós todas... a gente não tá preparada (...) então assim a gente tem uma grande dificuldade... de lidar com esse tipo de paciente, né?... acho que cada uma das meninas aqui não tiveram nenhum treinamento né? (G3).

P1: Eu acho que pode dar certo sim, mais eu acho que precisa de um treinamento assim... mais específico também pra equipe toda. (...) então eu acho que teria que ter um curso... alguma coisa assim... mas uma orientação bem maior.... (G3).

P4: Depois também alguém... pra explicar pra gente... como lidar com essas pessoas... um curso... sei lá... alguma coisa... um treinamento, né?(G4).

P.3: (...) um treinamento... né? (G4).

P5: Teria que ter maiores orientações eu acho... pra gente saber como lidar melhor... (G5).

P4: Um curso... um treinamento... mas eu acho que pra gente não teria problema nenhum... eu acho... na minha opinião... (G5).

A necessidade de qualificação específica em saúde mental ficou muito evidente nas equipes entrevistadas, as quais demonstraram insegurança e certo distanciamento das pessoas e famílias que necessitam dessa atenção. Assim, a falta de conhecimentos em relação à saúde mental tem dificultado a melhoria da atenção ao núcleo familiar e ao portador de transtorno mental na atenção básica/ESF.

A solicitação de qualificação, a nosso ver, parece estar ligada a um mecanismo de defesa e tentativa de postergar esse tipo de atenção. Observamos, também, durante as entrevistas que, as equipes mais integradas receberam com mais otimismo a proposta de inclusão da atenção em saúde mental na ESF (G2 e G5), diferentemente das equipes menos integradas (G1, G3 e G4). Assim, o trabalho em equipe é fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF, pois, segundo Peduzzi (1998) requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social.

Para implementação de ações de saúde mental na ESF é fundamental o trabalho em equipe e também que esta seja formada por profissionais que tenham perfil adequado.

Gonçalves (2000, p.115) enfatiza que o perfil do profissional é condição essencial para colocar em prática a atenção em saúde mental na ESF. Segundo esse autor:

“o perfil do profissional, sua visão de mundo, a maneira como encara o ser humano e suas idiossincrasias, a capacidade de transitar por territórios estranhos, de lidar com a diversidade, de compor com os saberes populares, levando em conta a origem cultural e as crenças religiosas das pessoas, a disponibilidade para acolher o sofrimento humano respeitando as escolhas e limites próprios de cada um”

Com a diminuição dos leitos em hospital psiquiátrico, a atenção básica passa a receber cada vez mais pacientes egressos de internação psiquiátrica e também, pacientes em fase inicial de tratamento. Isso requer das equipes uma capacitação adequada para receber, acolher, tratar, fazer encaminhamentos e dar continuidade ao tratamento, mesmo que este esteja sendo realizado em serviço especializado. Sobre essa questão, concordamos com Lancetti (2000, p.39) que enfatiza que, mesmo que o paciente receba assistência em outro setor, ou seja, “mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou um tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da responsabilidade da equipe enquanto morar no mesmo bairro”, seja seu problema complexo ou não, físico ou mental.

A necessidade de inclusão de ações de saúde mental na ESF vem explícita na III CNSM, a qual coloca a capacitação como forma de garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade.

“Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social), e relativos à humanização das práticas, quanto aqueles relacionados à

mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico (...) capacitar médicos generalistas que atuam na atenção básica (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 77).

Segundo Vasconcelos (1998) há que se promover políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar. Assim, busca-se na ESF um modelo de assistência que promova a qualidade de vida expressa em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (Levcovitz e Garrido, 1996).

Desse modo, a qualificação bem como um maior envolvimento dos profissionais é essencial para que seja realizada uma assistência adequada e resolutiva, a fim de promover movimentos de mudanças mais efetivos e capazes de transformar as práticas em saúde mental.

5.2.3.2 Atenção em Rede

A comunicação entre os setores especializados em saúde mental e a ESF, foi colocada como uma necessidade emergente na atenção aos portadores de transtorno mental. De acordo com as equipes entrevistadas, a atenção em rede com o funcionamento do sistema de referência e contra-referência facilitaria o acompanhamento desses pacientes e, também, melhoraria o atendimento, tornando-o mais eficiente, conforme pode ser verificado nas falas:

P7: Com certeza melhoraria bastante... se tivesse uma rede com o pessoal da saúde mental... tem minhas limitações também né? De vez em quando eu encaminho para o psiquiatra, mas... depois o paciente volta para mim ... e eu pergunto: e aí? O que o psiquiatra falou? Como é que foi? Que remédio que ele passou? Ah doutor! Não sei... a gente conversa com o secretário... que tinha que ter uma comunicação ... não é só aqui... Pronto

Socorro... Saúde Mental e Santa Casa, né? Todos os níveis pra gente mandar o paciente... pra gente receber o paciente de volta aqui no PSF. (...) isso é de grande auxílio para o profissional de saúde que não conhece... que vê o paciente pela primeira vez e já ... vindo com uma carteirinha ... a possibilidade de você estar elaborando um raciocínio ... ter um diagnóstico mais correto é muito maior...(G1).

P6: Eles não mandam nada... nada, nada. (...) a gente vai marcar alguma coisa lá... é só três meses depois, então, tá faltando estrutura para dar conta desses doentes aqui fora (...) ter um centro de referência fora do PSF igual... a saúde mental é muito boa só que é pequena para o volume de pacientes... (G1).

P.1: (...) e mesmo quando vem de lá pro doutor eles não sabem falar nada pra ele... às vezes chega aí e fala assim: saiu do Otto [hospital psiquiátrico] hoje ... saiu hoje... quantos dias ficou lá? Pergunta pra mãe... pro irmão ... uai, não sei ... Ah! Nem sei que dia que ele internou. O que é que ele tá tomando? Não sei. Veio alguma receita? Não... veio nada. Uai! Como que você acompanha esse paciente? Nem a família não sabe o que é que aconteceu com ele... (G1).

P2: (...) porque não existe... de lá não existe esse feedback... eles [ambulatório de saúde mental] não avisam: olha eu aumentei a medicação... eu pelo menos justifico por que estou encaminhando e nunca me retornaram nada. (...) muitos casos a gente não sabe... em que fase do tratamento ele se encontra, se já está numa fase de manutenção... porque conhecer um paciente... só pelo bairro nosso aqui... a gente conhece porque faz tanto tempo que está usando... esse medicamento nessa dose... e ele tá bem... tá tranquilo... aí a gente tem uma noção, mas... acho que falta sim essa informação... facilitaria muito porque até daria mais oportunidade da gente às vezes conseguir também interagir no tratamento do paciente e não ficar só como expectador... se possível já implementasse a referência e contra-referência... não haveria problema nenhum... dá pra trabalhar... tranquilamente (G2).

P1: nós não temos contra-referência... nós damos a referência mas não temos ... nunca vem ... a única coisa que eu acho que nós íamos pedir é... uma referência... né?... (G2).

P7: (...) a gente também tem que ter um apoio... mas de repente um psicólogo... às vezes a gente vai né?(...) conversa até com a psicóloga lá [ambulatório de saúde mental] pra poder ver se... encaixa... mas é muito

difícil... não existe referência e contra-referência hoje... só no papel, mas não existe... não só na psiquiatria como em qualquer outra área. (...) sai do hospital... ele não sabe o que foi feito com ele lá... sabe mais ou menos... mas não sabe. (G3).

P4: Lá na saúde mental... a gente liga, pede, conversa e fala: Oh! O paciente tá aqui... tá precisando mesmo eu acho que tinha que ter uma abertura pra gente nesse lugar entendeu? (G3).

P1: Isso aí teria que funcionar né? (...) teria que funcionar... pelo menos o acesso... nessa hora assim... a gente ter um acesso: Oh! O paciente assim... assim... já passar e... já encaminhar... (G3).

P1: Eu acho até assim... que a gente precisaria... né?... saber o que é que eles tem. (...) seria uma referência... pra gente dá uma continuidade... e trabalhar em conjunto né?... trabalhar junto com a saúde mental... com os psiquiatras. (...) então acho que ta faltando apoio, né?... uma referência... (G4).

P5: Um psicólogo também... assim pra onde a doutora possa encaminhar as paciente depressiva... pra onde a doutora encaminha aqueles pacientes e sabe que ele vão ser atendidos... porque muita das vezes você encaminha... eles demoram três meses pra ser atendidos... fica lá na fila... na espera...(G5).

P6: Um psicólogo... uma referência... um psiquiatra... referenciando essa equipe... esse tratamento... esse acompanhamento. (...) porque a gente tinha também [em Campinas]... depois que o CAPS foi inaugurado... o acesso é muito mais rápido né?... a oferta é muito maior... a troca entre os PSFs e esse centro de atendimento também... tem muitos pacientes que começam o tratamento e acabam acompanhando no próprio PSF, com a própria equipe... não só com o médico... é isso que elas estão falando... não só com o médico, né?... com a equipe toda... eu acho que isso aí é importante...(G5).

De acordo com as falas das equipes entrevistadas, em relação ao acompanhamento dos portadores de transtorno mental na ESF, parece que esses se encontram totalmente desassistidos, uma vez que o serviço alternativo não responde com agilidade aos casos solicitados e os profissionais da ESF estão

despreparados para resolver essa demanda. Isso pode justificar os encaminhamentos para internação que passa a ser a única saída para os pacientes, seus familiares e também, para os profissionais que se sentem impotentes diante dessa clientela.

Neste sentido, levantamos o seguinte questionamento: em quais princípios as equipes têm se orientado para o desenvolvimento do seu trabalho? De acordo com a portaria 648, de 28 de março de 2006, a Atenção Básica “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, de responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006).

As equipes entrevistadas sentem a necessidade de comunicação com serviços alternativos em saúde mental através de um sistema de referência e contra-referência o que vem de encontro à proposta da intersetorialidade e continuidade tão recomendada na ESF, porém tão pouco implementada de fato.

A intersetorialidade de acordo com Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p.24) é:

a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social.

Para esses autores, a intersetorialidade não é um fim, não se bastando para que haja inclusão social, mas é um fator de sua viabilização.

Nesse sentido, Peduzzi (1998) enfatiza que na ESF a intersetorialidade é parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

De acordo com a III CNSM para atender ao Princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico e também, incorporar ações de saúde mental na ESF. Para que isso aconteça, é preciso que se desenvolvam ações de vigilância à saúde na área de saúde mental, localizando e atuando nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental, contribuindo dessa forma para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Acreditamos que a articulação dos setores muito contribuirá não só para a melhoria da atenção a grupos específicos como é o caso da saúde mental, mas também, poderá contribuir para o aumento da satisfação e motivação dos profissionais que muitas vezes se sentem frustrados por não perceberem resolutividade no seu trabalho.

5.2.3.3 Envolvimento Familiar

O envolvimento familiar é um dos requisitos relatados para que a equipe preste cuidado aos portadores de transtorno mental, pois, acreditam que a família deve ser orientada e apoiada para aceitar o paciente em casa, uma vez

que a maior parte do tempo esse paciente estará sob seus cuidados, conforme pode ser verificado nas falas:

P7: Elaborando uma aceitação por parte da família... o tempo todo que o paciente psiquiátrico estando em casa vai estar sob os cuidados da família ... tudo isso tem que ser muito bem trabalhado. (...) porque a aceitação acho que é primordial... porque não adianta nada um paciente psiquiátrico em casa se as famílias tiverem negando... Como é que vai chegar o agente de saúde, o pessoal do PSF... procurando inserir o paciente psiquiátrico na sociedade, alguma coisa assim, se a família não dá pra ele esse apoio? (G1).

P6: (...) e a família está mal preparada para conviver com seus doentes... (G1).

P1: Eu acho que o mais importante aí é a ajuda da família (...) a família é o caso mais importante... não é nem o Programa Saúde da Família... é a própria família do paciente aceitar ele e deixar ele ter uma vida normal dentro de casa. (...) a própria família não vai fazer uma visita... Se você acha que ta internado... a família não vai fazer uma visita... essa família vai pegar essa pessoa e vai cuidar direitinho em casa? Vai ter total desprezo, então... o primeiro trabalho que tem que ser feito é conscientizar as próprias famílias, sabe?(...) é a conscientização das famílias em aceitar o paciente... (G2).

P.2: (...) a gente vai ter que começar primeiro dentro da casa pra depois... conseguir realmente uma reintegração completa né? (G2).

P7: (...) trabalhar a família também né?... porque quem tá ali vinte e quatro horas com o paciente é a família né? (G3).

P1: (...) a princípio a família tem que estar ciente do problema que ela vai assumir... (...) a família vai ter que acolher... se a família não acolher, não assumir... eles vão ficar na rua... então a família vai ter que trabalhar acho que... com o pai... a mãe... uma irmã... com quem for cuidar... vai ter que acompanhar tanto a família tanto quanto o paciente... (G4).

P6: (...) é ta ajudando essa família a se estruturar pra ter esse paciente de volta... porque a própria família não ta estruturada pra isso. (...)

ajudando essa família a se estruturar pra ter esse paciente em casa novamente... (G5).

De acordo com as equipes entrevistadas todas são unânimes quanto à necessidade de envolvimento das famílias no tratamento ao portador de transtorno mental. Corroborando com Koga (1997) a qual enfatiza que não é possível haver (re)inserção social do portador de transtorno mental com a família desassistida.

Com o processo de desinstitucionalização, a família e a comunidade são envolvidas num “processo contínuo de novas formas de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano” (AMARANTE, 1997, p.184).

A ESF como estratégia que visa promover a saúde da família, com ênfase na assistência humanizada, criação de vínculo objetivando a melhoria da qualidade de vida, tem implícita a promoção de saúde mental e acompanhamento de pacientes e de suas famílias em suas ações. Assim, a família é fundamental para a (re)inserção do doente mental, pois, “sua principal tarefa que é de apoiar seus membros, torna-se aqui mais importante do que nunca”. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família, favorece o envolvimento desta no tratamento, e ao mesmo tempo poderá atendê-la e apoiá-la em suas dificuldades, isto porque a doença não traz sofrimento somente ao indivíduo, mas também para a própria família. Portanto ambos precisam de apoio e acompanhamento (ROSA, 2002, p.109).

Neste sentido, Taylor (1992) enfatiza que o domicílio é um local favorável para a atenção em saúde, uma vez que se pode perceber a realidade familiar e adaptar orientações tendo em vista suas dificuldades, promovendo dessa forma a saúde e qualidade de vida.

Assim, a família já não pode ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em consideração e é fundamental que seja incentivada a participar do processo de cura e cuidado do seu membro adoecido (ELSEN 1994).

Cabe aos profissionais da ESF criar estratégias de intervenção junto às famílias, possibilitando uma parceria equipe/família/portador de transtorno mental com troca de informações, criando vínculos de confiança, ampliando a escuta, apoiando e orientando a família em suas necessidades específicas, viabilizando, dessa forma, a permanência do portador de transtorno mental na família e comunidade.

5.2.4 Adoecimento Psíquico

O adoecimento psíquico nas comunidades é percebido pelas equipes como sendo causado pelo desemprego, carência financeira gerada pela desigualdade social, uso de álcool, drogas, violência, condições de trabalho, qualidade de vida

precária, violência, conflitos familiares, carência afetiva, falta de atenção, entre outras. A análise desta categoria permitiu-nos as seguintes subcategorias:

5.2.4.1 Conflitos sócio-econômicos

Segundo os relatos das equipes, a carência financeira gerada pela desigualdade social leva a conflitos que geram outros tantos fatores de risco para a saúde mental, tais como: o tráfico, uso abusivo de álcool e drogas, falta de acesso à educação com conseqüente dificuldade de emprego, falta de dinheiro para atender às necessidades básicas, gerando violência e outras desordens sociais, conforme as seguintes falas:

P5: (...) *pai alcoólatra... que tem filhos que trafica ... se droga ... eu acho que tem uma influência muito grande. (...) uma causa séria é financeira né? São tudo carente... além de carência financeira ... carência de espírito, são pobres de espírito... às vezes você vai querer levar uma palavra amiga, não aceitam ... então ... influi muito... (G1).*

P7: *A raiz acho... que de tudo isso aí ... vem da desigualdade social ... o nosso bairro aqui é um bairro de classe pobre... então, onde o pessoal não tem acesso à educação, conseqüentemente, depois não tem emprego. (...) aí vem drogas... violência... tudo isso faz parte mesmo para que haja um grande número de pacientes com distúrbios né? (G1).*

P5: *Ou senão na própria família mesmo... usuários de drogas... (G2).*

P2: (...) *alcoolismo também... : tem vários casos... que já vem também por falta de trabalho... começa por aí. (...) mas eu ainda acredito que a principal causa é... financeira também, não tem dinheiro... fica ocioso... aí vão se envolver com vícios e ... também aqueles que ficam em casa né? não tem condições... não tem um amparo pra eles terem nada. (...) as condições de trabalho de alguns pacientes, que eu tenho percebido que estão adoecendo mentalmente no emprego, principalmente depois da proliferação dessas fábricas... eles são muito exigidos... tem vários casos de costureiras que chega aqui e chora porque não ta conseguindo mais*

trabalhar... levanta e ta em pânico... não consegue mais ir pro trabalho... (G2).

P1: (...) o pontinho de referência... de encontro deles (...) é um barzinho e eles fazem um ponto... eles ficam debaixo de uma garagem... não é nem no bar... o bar é na esquina eles compram a pinguinha e sentam lá debaixo da garagem.. (G2).

P6: A qualidade de vida precária. (...) aí eles comentam: Ah! ta tudo custoso... não tem dinheiro pra isso... não tem pra aquilo... é a água, a luz que tá cortando... (G3).

P4: (...) não tem dinheiro pra comida... (G3).

P3: (...) a falta de emprego mesmo... porque a pessoa fica em casa... sem ter ocupação nenhuma... perturba... (G3).

P1: Acho que é a questão social... a questão do desemprego né?(...) a pessoa vê que... ta sem emprego... vê um filho passando fome... a mulher em casa... quer comprar isso... não tem. (...) aí vem roubo, vem assalto, vem tudo... (G4).

P5: Primeiramente a falta de emprego né? O desemprego ta muito grande... falta de alimentação... às vezes um pai ou a mãe vê um filho? pedindo alguma coisa... falando que ta com fome... e não tem emprego... não tem comida pra dar pra aquela criança... aí vai acarretando tudo... (G5).

P1: (...) drogas... bebida...(G5).

P4: (...) na nossa área tem muito alcoólatra... inclusive muitas mulheres... na minha área tem muito... (G5).

O adoecimento psíquico é percebido pelas equipes como fruto de fatores sociais desfavoráveis. A ampliação do conceito de saúde, não mais sobre o enfoque da doença, mas visto enquanto resultante de condições de vida dignas. Isso exige dos profissionais que atuam nas comunidades uma nova forma de agir.

Além das diferentes condições desfavoráveis de vida, o sistema capitalista, também, contribui para a produção de doença quando o trabalhador não consegue se adequar ao ritmo e/ou às propostas do trabalho. Na relação homem-organização do trabalho, segundo Dejours (1992, p.122) deve-se levar em consideração três componentes:

a fadiga que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade; o sistema frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a organização do trabalho como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações.

Para o mesmo autor acima citado, o defeito crônico de uma vida mental sem saída mantida pela organização do trabalho, tem provavelmente um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas.

Para Birman (2000), influi, também, no sofrimento psíquico a condição pós-moderna do sujeito, a não fixidez, a instabilidade e a globalização, onde se cultua o “ter” em detrimento do “ser”.

Nesse sentido, concordamos com Gonçalves (2000, p.115) para o qual o ESF, “imprime novo sentido à saúde pública e exige uma práxis oportuna e afinada com seus objetivos maiores”. Assim, é imprescindível que os profissionais construam uma linguagem comum, que funcione como elemento de transformação social, considerando a realidade socioeconômica, a história das pessoas e de suas famílias, uma vez que estas têm muito a dizer sobre seu modo de adoecer e de viver.

Para Lancetti (2000) as pessoas não padecem física e mentalmente de forma separada. Assim, é produzindo mudanças nas esferas ambientais, sociais e mentais que se poderá alcançar impacto desejado por um programa que visa atenção em saúde mental na comunidade.

5.2.4.2 Conflitos sócio-afetivos

De acordo com as equipes entrevistadas, o desequilíbrio afetivo entre os membros das famílias desencadeia brigas, discussões, solidão, abandono e são percebidos como fatores que contribuem para o adoecimento psíquico, conforme pode ser verificado nas falas:

P5: (...) *família que vive desequilibrada, marido, mulher, entendeu? Que o pai briga... eu acho também que é a correria que a gente vive. (...) você trabalha, chega em casa ... tem preocupação familiar. (...) com isso aí vai acarretando muitas vezes o quê? Você vai cansando... físico e mental entendeu? (G1).*

P7: (...) *aí depois onde vem os problemas familiares, grande número de filhos... sem condição... brigas, discussões, depressão né? (...) com relação aos quadros depressivos... acho que é uma coisa que está em ascensão mesmo no mundo moderno... o quadro depressivo... tanto para a população de baixa renda quanto para a população de classe média ou classe alta também... a gente vê muito em grande quantidade também. Com tendência até de piorar... (G1).*

P1: (...) *aqui mais é a carência... carência afetiva mesmo... eles são muito só... a solidão... (G2).*

P1: (...) *aí entra em depressão... vão surgindo vários problemas né? (...) acho que solidão também nossa!... (G3).*

P5: *Outra coisa também que acontece com a maioria das mulheres... a depressão... quando descobre que o marido ta traindo... elas entram totalmente em depressão... mais depressão assim profunda... de*

emagrecer vinte a trinta quilos... (...) tipo o idoso que os filhos abandonam... vai morar fora não escreve uma carta... não dá uma notícia, então aquilo vai acarretando o emocional... aí a pressão sobe... falta de atenção e de carinho. (G5).

P1: Abandono... tem muito né? o paciente confia tanto na gente... que tá ali todo mês né? falando com eles... porque assim... eles desabafam mesmo... a gente sabe quem que apanha do marido... a gente sabe quem não vem fazer um preventivo porque o marido não deixa... (G5).

P2: (...) essa idade da depressão na mulher quando os filhos começam a sair pra fora pra estudar né? a mãe começa a ficar só em casa... aí junta tudo com a menopausa... e vai... causa uma depressão... (G5).

De acordo com as equipes entrevistadas, os conflitos observados no contexto familiar são muitas vezes os responsáveis pelo adoecimento psíquico. Foram relatadas crises do ciclo de vida familiar como a saída dos filhos de casa, desencadeando depressão nas mães; idosos passando pela experiência de solidão e também, crises acidentais como a pobreza, traição e abandono, sendo estes fatores, segundo as equipes, desencadeadores de depressão.

Nesse sentido, Mc Whinney (1994) coloca que a família é uma organização ou sistema social definido como várias partes ou processos que constantemente se inter-relacionam e se alteram com o decorrer do tempo à medida que os seus membros envelhecem. Desse modo, qualquer alteração no sistema familiar tem repercussões em toda a família.

O autor enfatiza ainda que, algumas alterações referentes ao nascimento, morte, casamento, divórcio, incapacidade e perda de emprego, têm consequências profundas. Os profissionais que atuam na família devem estar atentos, também, às necessidades de seus membros afetados pelos infortúnios

dos seus familiares como, por exemplo, os filhos de casais divorciados, os irmãos e irmãs de adolescentes deficientes, doentes crônicos, viúvos e viúvas, os que dependem de um chefe de família desempregado, os que abusam de álcool e drogas, violência, conflitos entre outros.

Assim, os profissionais devem ter a consciência dos desafios enfrentados por uma família ao adaptar-se a estas alterações. Neste contexto, as equipes da ESF são fundamentais para trabalharem na prevenção da saúde mental, uma vez que conhecem a realidade da população atendida, podendo dessa forma atuar nos momentos de crise, oferecendo intervenção adequada diminuindo o sofrimento.

5.2.4.3 Falta de Atenção

A necessidade de atenção, principalmente ser ouvido pelo outro, aparece nos relatos como um indicativo para o surgimento do adoecimento psíquico. Nesse caso, é a própria pessoa quem busca a ESF para conversar e desabafar no sentido de ter atenção e se sentir menos sozinho, conforme as falas:

P1: Tem dia que fica na sala dele meia hora, quarenta minutos, conversando com o paciente, então esse paciente não tá doente ele quer conversar né? Tem paciente que fica lá meia hora dentro da sala. (...) ele quer contato... ele tá sofrendo... ele tá sentindo... enquanto isso a gente não pode reclamar né? que o paciente tá lá dentro demorando demais, mais é porque? Porque ele quer conversar e ele encontrou quem? Encontrou o doutor, uma pessoa que tá atendendo né? Tá ouvindo ele... aí ele vai falando não é isso? Então precisa de quê aqui? (G1).

P5: (...) tem uma que adora conversar com o doutor... fica uma hora lá... (G1).

P7: (...) *precisa de atenção... tem paciente que procura uma atenção mesmo. (G1).*

P3: (...) *e hoje eles não tem vergonha de chegar mais e falar o que realmente eles estão sentindo... então eles sabem se eles chegarem aqui, eles vão ser bem recebidos e eles vão ter um retorno... foi o que aconteceu a semana passada ... (G2).*

P2: (...) *também aqueles que ficam em casa né? não tem condições... não tem um amparo pra eles terem nada, então muitos vem procurar a unidade aqui também simplesmente porque aqui enquanto ta no intervalo... tem quatro ou cinco sentados aqui e estão batendo papo... eles estão conversando... e entra lá... não, eu vim aqui só para você colocar o aparelho e ver como é que ta... aí você fala: Ah! Ta tudo bom! Então ta jóia... e eles vão pra casa... (G2).*

P5: *Tem uns que vem aqui só pra conversar com você um pouquinho... (G2).*

P1: (...) *eles chegam e te dão um abraço, você vê que é um abraço com tanto carinho, sabe aquele de... de saudade mesmo, que eles chegam: aí que saudade que eu tava... vem me abraçam... abraçam as meninas [ACS], então, eu digo: Nossa! Que coisa boa!... o vínculo que nós conseguimos fazer entre a equipe e a própria comunidade! (...)... tem uns casos que eu acho que é mais até carência entendeu? Falta de ter alguém pra conversar... (G2).*

P1: *Acho que o acolhimento é muito importante... na hora que a pessoa já chega né? o acolhimento é... é tudo né? (G4).*

P4: (...) *às vezes você chega numa casa... a pessoa só ta depressiva... você chega, conversa... porque não tem jeito de chegar numa casa assim... porque nem eles não deixam você sair se você quiser entendeu? eles querem conversar... (G4).*

P3: (...) *mais é porque aqui ele encontrou atenção, ele encontrou carinho... outro dia mesmo ele veio, sentou aqui e bateu o maior papo. (...) deficiente ele já é carente né? porque ele se sente discriminado e... realmente tem uma discriminação... ainda tem... infelizmente ainda tem né? (...) então, eu acho que deve trabalhar com o paciente deficiente com mais carinho... (G5).*

P5: (...) *muitas às vezes nem precisa tomar o medicamento... às vezes com o papo, com o carinho, com o entendimento... as vezes você vai curar o paciente... (G5).*

De acordo com as equipes entrevistadas, os usuários têm procurado com frequência a Unidade de Saúde da Família para satisfazerem carências de comunicação de sentimentos e de atenção, isso faz com que a dimensão subjetiva assim como problemas de saúde mental venha à tona.

Por sua proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da ESF, apesar de nem sempre estarem qualificadas, são um recurso estratégico para o enfrentamento de diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Concordamos com a idéia de que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e que todo problema de saúde é também, mental, e que toda saúde mental é também, produção de saúde (BRASIL, 2003).

A carência do usuário por atenção, pode ser suprida por um processo de trabalho diferenciado proposto pelo ‘acolhimento’. “Nesses atendimentos escuta-se a demanda e se intervém prontamente com o objetivo de resolver o máximo de problemas no local e de singularizar a relação, superando os tradicionais atendimentos eventuais despersonalizados” (LANCETTI, 2000, p.17).

Nesse sentido, a humanização da assistência, criação de vínculo, assim como a compreensão do adoecer dos usuários da ESF, traduzidos em forma de

acolhimento será sempre uma importante estratégia para a atenção à saúde mental.

5.2.5 Promoção de Saúde Mental na ESF

Para a promoção da saúde mental na ESF, as equipes relatam a necessidade de realizar atividades de sociabilização, além de ter um atendimento psicológico na unidade, como uma das prioridades que deveriam ser implantadas na ESF. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias:

5.2.5.1 Atividades de Sociabilização

As equipes entrevistadas percebem as atividades de sociabilização como promotoras de saúde mental, embora algumas relatam, também, que sentem dificuldade de conseguir adesão da comunidade à essas atividades por falta de interesse ou estímulo, conforme pode ser verificado nas seguintes falas:

P6: *Nós já tentamos fazer atividades recreativas... artesanato... o povo não tem um pingão de interesse ... caminhada aqui não vai pra frente... eles não tem interesse ...eles acomodaram desse jeito de uma tal maneira que... (G1).*

P1: *(...) um grupinho de apoio... a gente fazer assim um artesanato com eles... né?(...) a própria caminhada porque a gente pára... conversa, faz alongamento, faz uma ginástica sabe? Então, eu acho que é isso... (G2).*

P7: *Acho que é incentivar a participação comunitária né? Que é a coisa mais difícil né? Porque tudo que faz aqui... se chama pra alguma atividade... eles não têm muito interesse. (...) tem as caminhadas né? Lazer tem o grupo da caminhada aqui de idosos que vem duas vezes por semana. (...) as pessoas estão ociosas né? dentro de casa... mas as meninas convidam... e não sai, não participa... porque pelo menos é um lazer que eles iam ter de vez ou outra né? Programa um passeio,*

programa uma festinha, programa um bingo, né? já é uma forma de lazer pra eles... (G3).

P1: (...) por exemplo... a inscrição pro bordado... o pessoal fazia aquela lista... quando vê aparecia cinco, aí ia mingando né? Treis..., dois... até acabar... não tinha gasto, a prefeitura mandava tudo, todo o material pra gente... todinho... depois: Ah! Não vamos fazer de bordado... vamos fazer de boneca pra ver se anima... sabonete... até que sabonete a gente aprendeu né? a gente teve uma aula pra passar né? Pro pessoal... vinha cinco, na outra semana vinha quatro e assim ia... quando vê parava... não vinham mais... desanimavam... (G3).

P6: (...) a gente também tentou montar uma horta comunitária... a gente tem um espaço muito grande aqui... só um idoso se disponibilizou a vir... (G3).

P1: (...) a gente trouxe muitas mulheres pro artesanato né? tem foto aí com vinte e cinco mulheres fazendo bordados... então, elas saem, conversam uma com a outra... passeio de ônibus sabe?(...) uma conversa com a outra e ali vai... acho que vai aliviando...(G5).

P4: Tem o bingo que eles adoram, sabe? ? Então, só de ta em contato com o outro, de conversar com o outro, eles já sente bem... nossas atividades é na sexta-feira... aí quando chega na sexta... o que vai ter na outra sexta?(...) todo mundo quer vir... eles participam de tudo... baile, eles adoram dançar... carnaval... festa junina... ensaio da quadrilha com eles... precisa de ver o tanto que eles gostam... (G5).

P5: (...) porque a gente tem vários pacientes que foi curado com as nossas atividades... (G5).

P6: (...) eu acho que assim: é uma entrega muito grande dessa equipe... promover as atividades pra essa comunidade... portadores ou não de deficiência mental... né? (...) então, isso acaba aproximando muito essa população dessa equipe... eu acho que isso é um ganho muito grande... (G5).

De acordo com as falas das equipes entrevistadas, algumas conseguem desenvolver atividades de promoção de saúde mental com resultados favoráveis e outras, parece existir uma desmotivação por parte da população e também, dos

próprios profissionais, levando ao seguinte questionamento: o que é saúde mental? promoção de saúde mental se faz apenas com entretenimento? Será que as equipes que não estão conseguindo a adesão programaram as atividades de acordo com as necessidades dessa população? Ou foram atividades impostas?

Para Saraceno (1999, p.144) saúde mental é “o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da Saúde Mental de uma população”. Inclui dessa forma tanto o tratamento da doença mental quanto a promoção da saúde mental.

Um método para melhorar a auto-estima e desenvolver a socialização, é estimular as pessoas a participarem de atividades. No entanto, essas atividades devem ser compatíveis com a capacidade de cada um em realizá-las. Desse modo, na programação e escolha das atividades a participação dos sujeitos envolvidos é fundamental, não esquecendo, também, que as atividades deverão ter um caráter terapêutico e não apenas para preencher o tempo ocioso (COSTA, 2005).

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia dos sujeitos, assim, “um dado projeto de cuidado terapêutico pode ser elemento decisivo na cesta de necessidades básicas de certo cidadão, em certa época, e não ser para um outro conjunto de sujeitos” (CAMPOS, 1992, p.17).

Assim, nas atividades terapêuticas a serem desenvolvidas na ESF, deve se levar em conta a necessidade da população a ser beneficiada com essa atividade e não o que a equipe supõe ou impõe que seja realizado.

A equipe deve aproveitar o momento das atividades para conhecer as pessoas e ajudá-las a serem mais independentes. Segundo Costa (2005) estas medidas tem por objetivo proporcionar ao indivíduo uma oportunidade de crescimento e amadurecimento pessoais e restabelecer o controle emocional.

Portanto, concordamos com Campos (2000; 2003) quando enfatiza que é necessário qualificar as equipes a incorporarem em suas ações, outras dimensões do sujeito além da biológica, valorizando sua subjetividade e o conjunto de relações sociais que determinam desejos, interesses e necessidades.

Acreditamos desse modo, que a ESF tem potencial para trabalhar na promoção e prevenção da saúde mental, pois, tem na assistência humanizada e no vínculo com a população seu maior trunfo.

5.2.5.2 Atendimento Psicológico

Para a promoção da saúde mental na ESF, as equipes relatam que a inclusão de um psicólogo na equipe seria muito importante e de grande ajuda, tanto para os pacientes quanto para as famílias e, também, para a própria equipe que sente dificuldade em conseguir atendimento psicológico para esta população em ambulatorios de saúde mental, conforme pode ser verificado nas seguintes falas:

P1: Se tivesse um psicólogo que conversasse com ele pelo menos uma vez por semana... uma vez de 15 em 15 dias... e o psicólogo ajudaria muito porque eles querem contar tudo pra gente o que tá acontecendo na casa deles e ninguém melhor que um psicólogo não acha? (G1).

P5: *Eu acho que seria importantíssimo [psicólogo]... eu acho que seria tão importante tanto pro doente quanto pra família. (G1).*

P1: (...) *precisa ter um psicólogo... seria uma grande ajuda... (G2).*

P4: *Eu acho que um psicólogo... uma pessoa que possa ficar aqui 24 horas então pra... atender essa pessoa... (G3).*

P1: (...) *um psicólogo no PSF por conta... acho que seria muito melhor pro trabalho. (...) a primeira coisa eu acho que um psicólogo. (G4).*

P4: (...) *olha pra você ver... Você vai num lugar não tem... vai em outro não tem. (...) mas se ele tivesse o acompanhamento do PSF com o psicólogo... (G5).*

A necessidade de inclusão de um psicólogo na equipe é enfatizada por todas as equipes entrevistadas como se fosse uma solução para os problemas de saúde mental de sua população.

Concordamos com Ramos (2003, p.78) de que “promoção de saúde mental não se limita ao oferecimento de atendimento psicoterápico, sendo que muito se pode fazer através da assistência primária para que as pessoas não desenvolvam doenças mentais e problemas psicossociais futuros”.

Para dar suporte às equipes da atenção básica e incluir a saúde mental, foi desenvolvido o documento “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” pela Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propondo as seguintes diretrizes: apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica; formação como estratégia para inclusão da saúde mental (por meio dos Pólos de

Educação Permanente) e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (BRASIL, 2003).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe responsável pelo apoio compartilha alguns casos com a equipe local, no caso, a ESF. Esse compartilhamento põe em prática uma forma de coresponsabilização pelos casos, efetivados através de discussões e intervenções conjuntas, junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. “A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003, p.4).

Para a organização das ações de Apoio Matricial é recomendado que, onde houver CAPS, seus membros farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando um encontro semanal e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. Onde os CAPS forem insuficientes para atender a todas as equipes da ESF, é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial (composta por no mínimo um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em saúde mental); dois profissionais de nível superior (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, etc); auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis e no máximo nove equipes da ESF, ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes.

(BRASIL, 2003).

Acreditamos na importância da atuação conjunta do psicólogo com a equipe, mas reconhecemos que isoladamente não é suficiente para trabalhar a saúde mental na ESF. A inclusão da saúde mental demanda, também, um trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar e atenção em rede, onde os diferentes profissionais através de um objetivo comum, realmente estejam envolvidos com a assistência integral e resolutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificamos que a Estratégia de Saúde da Família e os serviços substitutivos em saúde mental, marcam um progresso da política do SUS, embora essas propostas necessitem ainda, ser implementadas, melhor estruturadas e inter-relacionadas.

Nesse sentido se faz urgente estimular ativamente nas políticas da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários, bem como, os problemas de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilizar-se com a produção de saúde, com a eficácia das práticas e a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo. (BRASIL, 2003).

O processo de reforma da assistência psiquiátrica corrobora com a substituição da concepção de doença pela de existência-sofrimento, com atitude terapêutica baseada no cuidado e no acolhimento (Rotelli, 2001).

Entrar em contato com a existência-sofrimento do usuário colocando a doença entre parênteses é uma abordagem complexa e exige entre outros recursos, a disponibilidade do profissional. Luzio (2003, p. 349) enfatiza ainda que:

“Entrar em contato com a existência-sofrimento do usuário exige acolhê-lo em sua crise, aproximar-se o mais possível de toda a situação que estrutura e organiza a vida do usuário e de seu grupo social. Responsabilizar-se pelo usuário é uma tarefa que ultrapassa as possibilidades do diagnóstico sintomatológico, do tratamento medicamentoso e da reinserção social, por intermédio apenas do

trabalho. É necessário conceber o usuário como um ser social e histórico”.

Neste estudo, que teve como objetivo discutir junto às equipes da ESF os limites e possibilidades da inserção da ESF no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental, verificamos que muito ainda pode ser feito em relação à mudança do modelo de assistência, e também, que o modelo biomédico ainda é predominante, principalmente no que se refere à saúde mental.

O estudo possibilitou através das discussões com as equipes, perceber a forma como vem sendo desenvolvida a atenção aos portadores de sofrimento psíquico bem como os limites e possibilidades para a implementação dessa prática na ESF.

Assim, podemos destacar algumas considerações:

- O ACS tem um papel fundamental na assistência à saúde mental, uma vez que é o elo das famílias com a equipe. Desse modo, faz-se necessário qualificá-lo de acordo com as propostas da reforma psiquiátrica;
- Capacitar os profissionais para o trabalho em equipe é fundamental para a atenção em saúde mental;
- A equipe deve ampliar a assistência à família, aprender a trabalhar com ela, tê-la como aliada, envolvê-la no tratamento do seu familiar adoecido, apoiá-la em suas dificuldades, escutar suas queixas e frustrações,

construindo vínculo através de uma assistência humanizada, integral e participativa, não mais perseguindo a cura, mas a reabilitação possível;

- Os profissionais necessitam conhecer e valorizar a cultura da população no lidar com o processo saúde/doença, para que esta não perca a autonomia;
- É necessário capacitar as equipes para um processo de “reinvenção” da prática clínica que valorize a subjetividade, tendo como objetivo do trabalho não a doença, mas a pessoa doente;
- É fundamental que os profissionais ofereçam interpretação para a doença que faça sentido ao usuário, estimulando a capacidade de enfrentamento dos problemas;
- Ao invés da simples troca de receitas, a equipe da ESF poderá oferecer uma assistência diferenciada, isso implica em ampliar a escuta, intervir nos momentos de crise e evitar a medicalização excessiva, tendo em vista a responsabilização, continuidade, vínculo e humanização, este último contribuindo, também para o resgate da autonomia;
- Há que se fazer também a ampliação da comunicação das equipes da ESF com os serviços alternativos (ambulatório de saúde mental, CAPS) através de uma atenção em rede de cuidados, baseados no diálogo não só em simples encaminhamentos;
- Ampliar ações de promoção de saúde mental mais adequadas às necessidades da população, visando não somente ao preenchimento de

tempo ocioso, mas com propostas terapêuticas com a finalidade de ampliar a autonomia e de ajudar as pessoas a se ajudarem;

- Incorporar à ESF a educação permanente e a equipe de apoio matricial, visando fortalecer os profissionais da ESF discutindo e planejando ações para o atendimento de usuários e familiares, ampliando as discussões em torno da saúde mental.

Enfim, acreditamos que é possível incluir a assistência à saúde mental com qualidade na ESF. Entretanto, é necessário que haja mudanças mais efetivas na formação e na prática, para não correremos o risco do velho provérbio chinês que diz: *Se você não mudar a direção, terminará exatamente onde partiu.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, p.39-52, set 2004/fev. 2005.

AMARANTE, P. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. (org) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

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 do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.163-85.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (org). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. P. 47-56

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre a experiência Comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 18.

BECK, C. L. C; GONZALES, R. M. B; LEOPARDI, M. T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/pós-Graduação em Enfermagem, 2002, p. 223-244.

BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental: textos básicos do CBAD**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar, 1998.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, 304p.

BIZETTO, M. S. F.; COUTINHO, R. P. M. Técnicas educativas: uma experiência no PSF/Casa de Saúde Santa Marcelina. In: **Dinâmicas Pedagógicas** – uma experiência do núcleo de capacitação do PSF/CSSM vol. I, BOURGET, M. M. M. (org), São Paulo: Martinari, 2005, p.17-9.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa Em Educação.** Porto: Editora Porto, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS.** 2ª ed., Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial, Brasília/MS, 1997. 36p.

BRASIL. Redação final do substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n.8, de 1991 (n. 3657, de 1989, na Casa de origem). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Transformado na Lei n. 10.216. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios através da Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS-NOAS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2001>> . Acesso em: 20 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental.** 3.ed., Brasília: Ministério da Saúde, p.11-12, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Inclusão das

ações de saúde mental na atenção básica. Circular conjunta n.01/03, de 13/11/03.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Legislações**. Portaria n. 648 de março de 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/>. Acesso em 02 maio 2007.

BRÊDA, M. Z. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. 2001 125f. Dissertação (Mestrado) - NESC/FIOCRUZ, 2001.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M. C. M. Duas Estratégias e Desafios Comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.3. maio-junho; 2005.

CABRAL et al. Estação Comunidade. In: LANCETTI, A. (Dir) **Saúde Loucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar e trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 1997. P. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000, 236p.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abusos de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.3, p.285-93, jun. 1996.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (**CID-10**) V.1, 1997. EDUSP.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.38, n.2, 2004, p.197-204.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO, 1991.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**: construindo um novo modelo. Ministério da Saúde, v.1, n.1, Jan./Jun. 1996, p. 10-5.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: SCLiar, M. [et al.] **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Coordenação Paulo Amarante. RJ: NAU Editora, 2003.

COSTA, E. **Manual de enfermagem psiquiátrica**: gerenciamento e cuidado. Florianópolis:IPQ/SC, 2005.

COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia, Brasília: Izídio da Costa, 2003.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 2ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1983.

DANESE, M. C. F. **O usuário de psicofármacos num Programa Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos**. 1998, 103f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 1998.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for International Development, 1994.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ªed., São Paulo: Cortez, 1992.

ELSEN, I. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**, BUB, L.I.R. (coord). Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994, p.19-53.

FORTES, P. A.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.especial, p.31-3, dez. 2000.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On Line, 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 01/07/2002.

FUNARO, M. B. O. et al. **Diretrizes para a apresentação de dissertação e teses da usp**: documentos eletrônicos ou impressos, Vânia M. B de Oliveira Funaro (coord), São Paulo: SIBI-USP, 2003.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir** – história da violência nas prisões. 11^a ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A. (org) **Saúde Loucura 7** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000. p.109-16.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, 2001, p. 48-55.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família**. 2002. 209f. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2002.

GUATARI, F. **Caosmosis**. Buenos Aires: Manantial, 1992.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, posibilidades y limitaciones”**. Caracas, 1997. Disponível em <http://upnan1.un.org/introdoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>. acesso em : 08 abril 2007.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. 1997. 90f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1997.

KRUEGER, R. A. **Focus group**: a practical guide for applied research. Newbury Park, Sage Publications, 1988.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org) **Saúde Loucura 7** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. Ano 1, n.º,1 Janeiro/Junho, 1996, p.3-8.

LÚDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUIZ, M. A. V.; NASCIMENTO, E.; ROSA, W. A. G. Mulheres: responsabilidades e participação na saúde em geral e na higiene mental segundo o discurso do enfermeiro na década de 20-30. In: **Cuidar tão perto... tão longe...** Trabalhos apresentados no VII Encontro em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, SP: EERP-USP-FIERP/CNPq, 2002. 298p.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Demográfica” – Anos 80. **Rev. Saúde em Debate**, n.32, p.27-31, 1991.

LUZIO, C. A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes**: ressonâncias da reforma psiquiátrica. 2003. 379f. Tese (Doutorado): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas, 2003.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma** – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.2, n.12, p.335-42, 2007.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia - Fundamentos e recursos básicos**. SP Ed. Moraes e Editora da PUC - SP, 1989.

MARCON, S. S.; ELSEEN, I. A. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser difundidos. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001, p.39-64.

Mc.WHINNEY, I. R. **Manual de Medicina Familiar**. Lisboa: Salus, 1994.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDES, E. V. A implantação dos sistemas integrados de serviço de saúde. In: VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MENDES, E. V.; MAMEDE, S. **Apostila da disciplina modelos de atenção à saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)**. Ribeirão Preto, 2001. p. 41-60 /mimeo.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. V.1, n.2, 2005, p.1-13.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Minas Gerais, 1997, 42p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F., NETO, O. C., GOMES, R., MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14^a edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. Cap.1, p.9-29.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6^a edição. São Paulo: Hucitec, RJ: Abrasco, 1999. 269p.

MORIN, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina - 10^a edição – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128 p.

MOTTA, A. **A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.108p.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 224f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas, 2003.

NOGARE, R. D. **Humanismo e anti humanismo**: introdução a antropologia filosófica. Rio de Janeiro: Vozes, 1977. 385p.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em Família**: uma proposta de assistência de enfermagem. 1991. 269f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1991.

NITSCHKE, R. G.; ELSSEN, I. Saúde da Família na pós-graduação: um compromisso ético interdisciplinar na pós-modernidade. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.especial, p.35-48, dez. 2000.

OGATA, M. N. **Concepções de saúde e doença**: estudo das representações sociais de profissionais de saúde, 2000. 280f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**, Conferência de Alma-Ata, 1978.

OSINAGA, V. L. M. **Saúde e Doença Mental**: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. 1999. 161f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1999.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1998.

PENNA, C.M.M. **Repensando o Pensar**: Análise crítica de um referencial teórico de enfermagem a família. 1992. 100f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

PEREIRA, M. J. B. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do Núcleo de Aleitamento Materno – um despertar profissional**. 1996. 116f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, W. A. B. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: LANCETTI, A. (org) **Saúde Loucura 7** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000, p.95-102.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 5ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

RAMOS, C. C. **Representação social da saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF)** – Estudo em um núcleo do PSF coordenado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). 2003. 90f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Modificações no consumo de psicofármacos. **Rev. Saúde Pública**, n.40, v.1, 2006. p.107-14.

ROSA, W.A.G. **A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2002.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via - A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: NICÁCIO, F. (org). **Desinstitucionalização**. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Cap.1, p.17-49.

SALLES, V.; TUIRÁN, R. Mitos y creencias sobre la vida familiar. **Revista Mexicana de Sociologia**, v.59, n.2, p.117-44, 1996.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.9, n.1, jan/abr., 1998, p.26-31.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 1, p.29-47.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-am de Enfermagem**, v, 13, n.4, 2005, p.591-5.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.25-30, dez/2000.

SOUZA, R. C. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. 2004. 182f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde atendido como rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003, p.89-111.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.61-76, jan/jun 2006a.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006b.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

VALLES, M. S. **Técnicas qualitativas de investigação social: reflexão metodológica y práctica profesional**. Madrid: Ed. Sintesis Sociologia, 1997.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org). **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A.L.D. A; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil: informe final**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Centro de Estudos em Saúde Coletiva, 1998. 39p.

YASUI. A. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. 1999. Assis. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual Paulista.

ANEXOS

ANEXO I

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0128/2004

Ribeirão Preto, 26 de novembro de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 68ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de novembro de 2004.

Protocolo: nº 0491/ 2004

Projeto: INSERINDO A SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisadores: Renata Curi Labate (Orientadora)
Walisete De Almeida Godinho Rosa (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Renata Curi Labate (Orientadora)

DepartamentodDe Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *"Limites e possibilidades da inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental"* que tem como objetivo discutir junto às equipes da ESF os limites e possibilidades da inserção da ESF no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental, buscando alternativas para sua viabilização, visando gerar melhorias na assistência à saúde.

Sua participação acontecerá através de entrevista em grupo, realizada com a equipe da ESF, gravada em fita K-7 e você participará se estiver de acordo. Não haverá gastos de qualquer natureza. Poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade e, se quiser interromper sua participação não terá qualquer prejuízo. Suas informações serão respeitosamente utilizadas em publicações científicas, mas, seu nome e dados pessoais não serão conhecidos por ninguém além da pesquisadora responsável.

Se estiver de acordo assine esta autorização. Muito obrigada por sua participação.

Walisete de Almeida Godinho Rosa.

Doutoranda EERP/USP
Pesquisadora responsável
Contato: (35)35211071
Rua Dr Manoel Patti 339/301, Passos - MG.
e-mail: walisete@terra.com.br

Assinatura do entrevistado.

HAN - Hanseníase
MAL - Malária
TB - Tuberculose

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo / Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / Peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES