

RESUMO

Esta pesquisa visou investigar as representações sociais de transtornos mentais e conflitos psicossociais, que constituem-se enquanto determinantes simbólicos de condutas de promoção ou não de saúde mental em núcleos do Programa de Saúde da Família. A investigação esteve referenciada no método de análise das representações sociais, proposto por Moscovici (1978), que se baseia na análise das práticas discursivas dos profissionais envolvidos na dinâmica institucional dos núcleos do PSF. Enquanto procedimento foi realizado 7 entrevistas individuais em profundidade, com a equipe de um núcleo do PSF em Ribeirão Preto. Com intuito de conhecer as formas pelas quais a doença mental é simbolizada no PSF, neste sentido, percebeu-se que existem relevantes dificuldades e necessidades da equipe em seus vários segmentos profissionais, as quais influenciam no tratamento das famílias e nas estratégias de promoção de saúde mental.

Palavras-chave: Representações sociais, Programa de Saúde da Família, Promoção de Saúde Mental, Prevenção Primária.

ABSTRACT

The aim of this survey was investigate the social representation of mental disorders and psychosocial disturbs. The social representation is a health mental promotion symbolic determinant in Family Health Program Centers (PSF). The investigation was based on social representation analysis method proposed by Moscovici (1978). The method is due to the professional discursive practice analyses involved on institutional PSF Centers. Seven individual interviews were made by PSF Centers group on Ribeirão Preto. The objectives was knowing the ways witch the mental disease are symbolized at PSF. We realized that the several professional segment groups had important difficulties and needing witch influences on family treatments and health mental promotion strategies.

Keys – words: social representation, Family Health Program, Mental Health Promotion, Primary Prevention.

APRESENTAÇÃO

A pergunta que norteia o desenvolvimento deste estudo diz respeito às razões que levaram e levam as políticas de saúde, especificamente as políticas de saúde mental, a estabelecerem uma história de estratégias que apontam para valorização da doença em detrimento da saúde e a grande dificuldade de se modificar socialmente essa prática. A natureza desta indagação acompanha a pesquisadora por um longo período. Portanto, para a leitura deste trabalho é preciso ter em vista o fato de que a autora deste estudo, psicóloga contratada pelo Ambulatório de Saúde Mental de Serrana (Município do interior de São Paulo) e mestranda do Departamento de Medicina da USP (Ribeirão Preto), atualmente com 25 anos, desde sua adolescência começou a se questionar sobre a forma que a sociedade encontrou para lidar com portadores de perturbações mentais, neurológicas e conflitos psicossociais. Acredita-se que esta inquietação surgiu num primeiro momento pelo contato que a pesquisadora passou a ter com pacientes psiquiátricos hospitalizados e os familiares destes ou ausência deles, o que era mais comum.

No ano de 1994 começou sua atuação em pró da promoção de saúde mental, participando de um encontro regional de Movimento de Luta Antimanicomial no Juqueri, o maior hospital psiquiátrico da América Latina, tal experiência foi a primeira de uma gama de outras situações similares no qual se ouviu discursos de ex-pacientes psiquiátricos revoltados e de pacientes ainda internados, elogiarem “dopadamente” o local que oferece comida, cama, um uniforme azul e o anonimato.

Esse antecedente condicionou a opção pelo ingresso em julho de 1995, no curso de Psicologia, da Universidade Federal de Uberlândia. Motivada pelo desejo de compreensão da “loucura”, realizou um trabalho voluntário com pacientes neuróticos graves e psicóticos no Ambulatório de Saúde Mental de Uberlândia. Mediante a compreensão

de que a “loucura” traz consigo uma história de exclusão social, muito bem retratada e mantida pelos serviços de saúde mental existentes ainda hoje, a pesquisadora se propôs a investigar, enquanto projeto de iniciação científica, a dinâmica institucional dos serviços de saúde mental.

Para seu desagrado, percebeu que a reabilitação psicossocial do usuário do serviço de saúde mental “implica na mudança de todos os serviços de saúde mental, por isso ela deve englobar os trabalhadores de saúde-saúde mental e todos os trabalhadores do processo saúde – doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente, a comunidade inteira”¹. Ademais, tornou-se claro que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil, pois os principais passos para promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar².

Outrossim, detectou-se que esta é uma história carregada de preconceitos conscientes e inconscientes que perpassam pelas estratégias sócio – políticas - econômicas de um regime capitalista nascido no século XVIII nas sociedades industriais³, cuja referência de normalidade é a capacidade das pessoas estarem incluídas no jogo das trocas sociais, isto é, aderidos ao sistema produtivo⁴. Sendo as instituições criadas para seu “tratamento”, apenas uma reprodução do modo de pensar social.

No Brasil, foi na passagem do período colonial para o republicano que assistimos à inscrição da loucura enquanto objeto da medicina, este é o momento em que o louco passa a ser considerado um doente mental, portanto, merecedor de um espaço social próprio para

¹PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M.F. (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. Pp. 19-26, São Paulo, Hucitec, 1996

² COLVERO, L. A. & OLIVEIRA M.A.F. {on line} A Saúde Mental no programa de Saúde da Família, SP, 2002. disponível: www.ids-saude.org.br/enfermagem

³ ARIÈS , P. *História social da criança e da família*. 2 . ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981.

⁴ OLIVEIRA, M. A. F. & SILVA. A.L.A . *Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial*, SP,2002. disponível: www.ids-saude.org.br/enfermagem

sua reclusão e tratamento⁵, no caso, o Hospital Psiquiátrico, que obtinha como “perspectiva de cura”, o uso de terapias farmacológicas.

Nesse sentido, a forma como a sociedade interpreta e se relaciona com o sofrimento mental sucede de diversos contextos sócio-históricos, sendo a psiquiatria “governada pela visão de mundo, mentalidade e ideologia da sociedade que a pratica e patrocina”⁶.

Diante deste contexto surgem olhares críticos ao campo teórico-assistencial da psiquiatria clássica em várias partes do mundo, o que oferece margem para o surgimento do conceito de saúde mental superando a idéia de prevenção das desordens mentais da psiquiatria higienista para alcançar o projeto de promoção de saúde mental.⁷

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, organizou-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, pelo seu caráter desinstitucionalizante, que seria decompor o agir institucional por meio de estratégias que desmontam os modelos de soluções instituídos, ou seja, desconstruir o modelo manicomial, redimensionando seus contingentes.

É de nosso conhecimento que o modelo manicomial trouxe muito sofrimento a seus usuários e familiares destes, sendo a estes últimos imposta uma suposta acomodação frente ao sofrimento mental e uma autodesobrigação frente ao tratamento, no sentido que “a desobrigação era autorizada pela instituição prestadora de assistência (uma vez que a impede de acessar o intra-muros hospitalar), uma roda viciosa e viciada que tende a manutenção do estatuto da culpa e abandono”⁸.

Ademais, a carreira do usuário fica marcada por toda sua vida pela doença. Do ponto de vista popular ou naturalista, essa carreira possui três fases principais: a de pré-paciente; a de internamento e; a

⁵ AMARANTE, P. Asilos, alienado, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Pp 73-84. RJ. Fiocruz, 1994.

⁶ SERRANO, A. J. O que é psiquiatria alternativa. SP, Brasiliense, 1985.

⁷ AMARANTE, P. (org) Os Loucos pela vida - a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. RJ, SDE/ENSP, 1995

⁸ idem 4

fase de ex-doente, sendo esta, uma imagem simples se não fosse complicada pela experiência de aproximadamente um terço de antigos pacientes, que tiveram que ser readmitidos pelo hospital, onde se encontraria a fase de “reincidência ou “reinternamento”.⁹

Seguindo essa lógica é de interesse da população e também da política de saúde, cuidar para que o número de usuários diminua cada vez mais, até mesmo por uma questão do alto investimento financeiro que o serviço terciário consome. Isso posto, um trabalho na comunidade, visando a promoção, prevenção e o tratamento de casos identificados, precisa apoiar-se num conjunto de ações que visem o “melhoramento e a manutenção da saúde da população”. Estas ações se organizam dentro da “lógica extramural” e da “lógica da reconstrução da cidadania plena”.¹⁰

O modelo de assistência que predomina no Brasil tem suas práticas centradas no atendimento terciário, sendo o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde. Considerando este contexto o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu uma nova estratégia para a organização de um novo modelo de atenção à saúde da população, que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado no Programa de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família tem como premissa básica a vigilância à saúde e o enfoque de risco como metodologia que orienta os trabalhos, tendo em vista o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, procurando adequá-los às reais necessidades da população. Nesse ínterim a família foi eleita como núcleo básico de atendimento à saúde, devido seu papel sócio-cultural. Essa mudança na política de saúde do Brasil caracteriza um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas na área de

⁹ GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo Editora Perspectiva, cap.3,p.247-248, 1961: A vida íntima do hospital.

¹⁰ SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. BH/RJ, TE CORÁ,1999.

Saúde Mental. ¹¹ Mesmo porque, muito se pode fazer para evitar um futuro problema de saúde mental ou psicossocial quando se prioriza o tratamento na atenção primária.

Nesse contexto a presente investigação pretende impulsionar a consciência de que devemos trabalhar para que pessoas não cheguem no estágio de pleno entristecimento e não permissão à cidadania. Almeja ainda, adquirir saberes sobre saúde mental no Programa de Saúde da Família e estende-los às equipes de saúde e a própria comunidade, com intuito de ajudar na evolução desta nova implantação, com desejo de que atinja um número populacional cada vez maior e se torne cada vez mais adequada à necessidade populacional.

O capítulo um tem um objetivo introdutório. Visa conceituar alguns termos que constituem o objetivo a ser perseguido durante todo trabalho. No capítulo dois os objetivos desta investigação são especificados sinteticamente. O capítulo três traz a especificação metodológica e o procedimento utilizado na investigação, esta é dividida em três partes: campo de estudo, coleta de dados e análise dos dados. No capítulo seguinte, sob o título de “Perfis biográficos dos entrevistados” teve-se como intuito expor características individuais de cada membro da equipe entrevistado consideradas importantes para melhor interpretação dos discursos do ponto de vista do leitor.

A descrição dos resultados, através de recortes dos discursos dos entrevistados encontra-se no capítulo cinco. Este se divide em quatro partes que se refere à representação social de saúde e doença as diferentes formas de tratamento com relação às doenças mentais e problemas psicossociais, as representações sociais referentes a equipe do Programa de Saúde da Família e, por fim, como se encontra o Programa de Saúde da Família no seu contexto atual. No capítulo seguinte encontra-se a discussão dos resultados descrita no capítulo cinco, sendo as considerações finais reservadas para o capítulo sete. Em seguida estão as referências bibliográficas e os anexos

¹¹ Idem 2

I – Introdução

Estima-se que 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de desordens mentais, neurológicas ou de problemas psicossociais, tais como os relacionados ao abuso de álcool e drogas¹². Muitas delas sofrem em silêncio, sozinhas e muitas nunca recebem tratamento¹³. A OMS, no ano de 2001 dedicou o informe sobre a saúde no mundo, à saúde mental com a intenção de deixar nítido o demasiado tempo que esta foi ignorada e o quão importante é para o bem estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países considerá-la como universal¹⁴. Além de que, problemas na saúde mental provocam impactos econômicos nas sociedades e má qualidade de vida aos indivíduos e famílias¹⁵.

Estudos demonstram que 25% das pessoas no mundo, em algum momento em suas vidas sofrem de algum transtorno mental ou problemas psicossociais, sendo 10% desta amostra correspondente à população adulta. Cerca de 20% dos pacientes tratados por profissionais da assistência primária, em nível mundial, sofrem de transtornos mentais¹⁶. No Brasil, *“a prevalência global de transtorno mental na população brasileira esta estimada em 20% e pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) e 19% (São Paulo)”*.¹⁷

Em termos de mortalidade, problemas com saúde mental contribuem com 8,1% de *toda perda de anos de vida evitável*, comparado

¹² WHO {on line} *Mental Health and Brain Disorders*, USA, 2000- disponível: http://www.who.int/mental_health/index.html

¹³ OMS {on line} *Información para la prensa*, España, 2001- disponível: <http://www.who.int/whr/2001/main/sp/index.htm>

¹⁴ idem 6

¹⁵ WHO {on line} Burden of Mental and Behavioural. In *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, USA, Chapter 2, 2001- disponível: <http://www.who.int/2001/main/en/chapter2/index.htm>

¹⁶ idem 5 e 8

¹⁷ ALVES, D.S.N. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Pp197-204, RJ, Fiocruz, 1994

por exemplo, com 9% de doenças respiratórias e 5,8% de todas as formas de câncer¹⁸.

Em 1998, em todo o mundo, os transtornos mentais representavam aproximadamente 12% de todos os anos de vida ajustados em função da incapacidade perdidos. Em nível mundial, cinco das dez causas mais importantes de incapacidade são problemas mentais (depressão grave, esquizofrenia, transtornos bipolares, consumo de álcool e transtornos obsessivos compulsivos).¹⁹

Em face do exposto, entende-se a pertinência da apresentação de alguns aspectos relevantes que estão a nortear o campo da saúde mental. Buscando contribuir para articulação da díade proposta, Promoção de Saúde Mental e Programa de Saúde da Família, o presente estudo perpassa pelos meandros das políticas de Saúde Mental - sua história; problemáticas e; estudos e intervenções propostos na atualidade por diferentes países.

A história da doença mental é marcada pela exclusão social²⁰, fruto de uma sociedade capitalista, que através dos interesses políticos e econômicos fez da instituição²¹, Hospital Psiquiátrico, promotora de grandes desgraças e sofrimentos a muitos pacientes e famílias²².

Na atualidade, o serviço de saúde mental conta com uma assistência de prevenção terciária carregada de resquícios do antigo modelo assistencial; com uma assistência em nível secundário, faltosa e sobrecarregada; e uma recente implantação de atenção primária a saúde no Brasil que foi intensificada a partir do final da década de 80, sendo que inexistente em muitas regiões, conseqüentemente mais nova ainda é a

¹⁸ THORNICROFT, G. e TANSELLA, M. Community, mental health services and the public health. In: *The Mental Health matrix- A manual to improve services*, Cambridge, University Press, cap.2, p.9-23, 1999

¹⁹ BRUNDTLAND, G.H. La salud mental em el siglo XXI. In: *Bulletin of World Health Organization*, 2000, 78(4):411. Disponível: www.who.int/bulletin/digests/spanish/number3/editorial.pdf.

²⁰ FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

²¹ COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

²² GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo Editora Perspectiva, cap.3, p.247-248, 1961: A vida íntima do hospital.

implantação de assistência primária à saúde mental. Tais termos evidenciam três problemáticas das políticas de saúde mental, que permanecem associadas: o fato da saúde mental ser tratada separadamente da saúde geral, o que prejudica a melhoria do serviço de saúde²³; a carência de assistência primária à saúde geral e mental e; as presentes falhas no sistema de referência e contra-referência entre os serviços de saúde e sociais que constituem a atenção primária, secundária e terciária, os quais muitas vezes possuem políticas de atendimento diversificadas.

Em 1959, a OMS dizia que a saúde mental deveria ser tratada não apenas por especialistas, mas também carecia de ser concernida na comunidade como um todo, considerando a pobreza, o sexo, a idade, o meio familiar e social como fatores associados à incidência e prevalência de transtornos mentais²⁴. Atualmente, a diretora-geral da OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland comenta o fato, ressaltando que depois de 40 anos, marcados por evoluções tecnológicas, que na saúde ajudaram e ajudam salvar milhares de mortes prematuras, o mesmo não acontece à saúde mental que continua sendo esquecida e tratada inadequadamente. Relata que as soluções para os problemas de saúde mental não são difíceis de serem encontrados e que precisamos de um foco de necessidades básicas para melhorar a vida de todos. Coloca ainda, que os mitos sobre a saúde mental precisam ser quebrados como: o fato das pessoas sofrerem sozinhas; as famílias não acompanharem o desenvolvimento das crianças, o que implica na não proporcionalidade prematura de uma assistência à suas saúdes mentais; os médicos e as famílias não obterem conhecimento suficiente para detectar sinais e fatores de riscos à saúde mental dos indivíduos; a falta de conscientização por parte da comunidade de que transtornos mentais

²³ WHO {on line} Integrating mental health care into general health services. In: *The world health report 2: Mental Health: New Understanding, New Hope*, chapter 4, 2001. disponível em <http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter4/0004b3.htm>

²⁴ idem 4

provocam sofrimentos e deficiências e; que o poder de ser saudável, muitas vezes está nas mãos dos indivíduos²⁵.

A Organização Mundial de Saúde de Genebra alerta:

“A atenção à saúde mental descentralizada deve ser parte integrante de um sistema de saúde amplo e, em seu caso devem participar também nela outros setores. As atividades dos escalões secundário e terciário devem servir de apoio as de nível primário, e o profissional de saúde mental com experiência deve desempenhar funções de supervisão”²⁶.

O serviço de saúde não é somente para tratar, mas também para remover quem está exposto a um risco para a segurança pública²⁷, nestes termos recorreremos a definição de Saúde Pública, que é:

“a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”²⁸.

No que tange a saúde mental geralmente, as patologias mentais graves e os problemas psicossociais complexos chegam ao médico já muito evoluídos e requerem um planejamento distinto. Todavia, um bom lugar e momento de contato para a abordagem de tais conflitos e

²⁵ BRUNDTLAND, G.H. (on line). *The promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders*. Georgia, Atlanta, 8 December 2000-disponível: http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001208_georgia.en.html

²⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*: informe. Ginebra,

²⁷ idem 2 e 11

²⁸ WINSLOW, C. E. A. *The Untilled Fields of public Health*, Science, n.s., 51, p.23-33, 1920.

transtornos mentais é através de estratégias de atenção primária, primeiro porque estão em contato com a escola, que é um dispositivo social profissionalizante, com a qual está em contato um grande número de cidadãos por muitos anos de suas vidas²⁹. Em segundo lugar porque diversas investigações parecem apontar que os pacientes com transtornos mentais e conflitos psicossociais crônicos somente consultam de forma repetida, nos diversos dispositivos de Atenção Primária à Saúde³⁰.

Existem evidências suficientes para afirmar que muito se pode fazer a grupos de pessoas em que se detectam fatores de risco de conflitos ou transtornos mentais futuros³¹. Experiências clínicas e investigações têm mostrado que a intervenção precoce em determinados casos, não exclusivamente médica, mas também, recursos de assistência social e institucional, podem evitar transtornos psicossociais graves no futuro, às vezes irreparáveis³².

Estas informações embasam a importância dada por esta pesquisa ao estudo de como tem sido tratadas questões referentes à saúde mental na assistência primária no Brasil, especificamente em Ribeirão Preto. Esta toma como premissas básicas para o alcance de seus objetivos, as representações sociais de doença mental pela equipe profissional do serviço de assistência primária - PSF.

A representação social é modelada pelo modo de produção ideativo típico da cotidianidade e a expressão da consciência prática, portanto transcende a mera tipicidade cognitiva do “senso comum” e se inscreve de vez na práxis social³³. As representações sociais são “modalidades de pensamento prático, orientadas para a comunicação, compreensão e interpretação do mundo social, material e

²⁹ GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS. *Prevención Salud Mental*, p. 1-9, 2001.

³⁰ TIZÓN, J.L, SPAGNOLO, E. La neuropsiquiatria de zona dentro de la asistencia primaria actual: una investigación con resultados críticos. *Revista Española de Sanidad e Higiene Pública*, 60 y 61: 46397 y 711744, 1986.

³¹ idem 21

³² TIZÓN, J.L. *Atención primaria en salud mental e salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.

³³ PERRUSI, A. *Imagens da loucura: Representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo, Cortez, 1995.

ideal”³⁴ são ainda, “construções sempre ligadas a um lugar a partir do qual sujeitos representam, estando portanto, intimamente determinadas por identidades, interesses e lugares sociais. Nessa medida, elas representam uma forma particular de construção do objeto e estão constantemente relacionadas com outras representações que representam outros sujeitos e outros lugares sociais”.³⁵

Nessas definições se baseiam a ética e o paradigma da pesquisa em ação a qual considera que as representações sociais de saúde mental pelo PSF contribuem na formação de condutas e de orientação das comunicações sociais entre a equipe e as famílias que são seu foco de atendimento. A necessidade deste estudo se justifica no fato destas representações serem fatores determinantes no atendimento despendido às famílias.

Em suma, entende-se que representação social significa absorver o novo pelo senso comum o que acaba se tornando uma realidade e se caracterizando como dinâmica³⁶, portanto mutável. Se assim não fosse, esta pesquisa não se justificaria, pois conhecer uma realidade e trazê-la à tona sem obter esperanças de provocar mudanças, não teria valor diante das necessidades de desenvolvimento da saúde na comunidade.

Esta pesquisa é, portanto uma investigação do imaginário da equipe do PSF centrada nas formas de interpretação da doença mental e do conjunto de práticas socio-político-econômicas que sustentam e dão legitimidade ao cotidiano institucional de um serviço de saúde da família em específico.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela constituição de 1988 e por leis complementares no campo da saúde, tem como premissas básicas os

³⁴ JODELET, D. La Representation Sociale – fenomenos, concepto y teoria. In MOSCOVICI, S (org) *Psicologia Social*. Madrid, Paidós, 1985.

³⁵ JOVCHELOVITCH, S. *Representações Sociais e esfera pública*. Petrópolis: Vozes, 2000.

³⁶ SÁ, C.P. O conceito e o estado atual da teoria. In. SPINK M.J *O conhecimento no cotidiano. As Representações Sociais na perspectiva social*. São Paulo, Brasiliense, 1993.

princípios da universalização da integralidade, da descentralização e a participação popular.

O fato apresentado coloca-nos diante da constatação que houve avanços na legislação do setor, porém o mesmo não pode ser evidenciado na prática efetiva dos serviços de atenção à saúde da população. O modelo de assistência à saúde que predomina no país, tem suas práticas centradas no atendimento terciário.

Considerando a realidade apresentada, o Ministério da Saúde instituiu um diferente modelo que busca a reorientação do modelo tradicional vigente. Em 1991, criou o Programa de Agentes Comunitários à Saúde (PACS) e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo que na atualidade o primeiro programa serve como fase transitória para o segundo. Diante desta lógica:

“ A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde , bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida”.³⁷

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde, existem mais de 170 mil agentes comunitários de saúde em todo o país, que são responsáveis pelo acompanhamento de 88,38 milhões de pessoas em mais de 90% dos municípios brasileiros, sendo que o PSF atende hoje 53,5 milhões de pessoas em todo país, ou seja, 31% da população brasileira. Este programa tem por volta 16.200 equipes atuando em 4.114 municípios. Cada equipe é responsável pelo atendimento de até 1000 famílias. Um número excessivo de pessoas para uma equipe de atendimento. Inclusive em outros países, como Cuba, cada equipe atende por volta de 600/700 famílias.

³⁷ COSTA NETO, M.M. *Enfoque familiar na formação do profissional de saúde*. Olho Mágico, v.6, n.º.22, pp.5-9, 2000

Apesar do PSF apontar para aparatos promotores de saúde, existem muitas contradições que limitam seu trabalho, por exemplo: a falta de esquema para o atendimento da demanda espontânea; o fato de estar muito voltado para a natureza higienista; a falta de valorização a uma rede básica de assistência integrada ao sistema de saúde; a não garantia de que haverá uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; a necessidade de construção de uma nova idéia subjetiva em relação à saúde, por parte dos profissionais e usuários; o formato e funções da equipe serem altamente normatizadas pelo Ministério da Saúde, que aborta a construção de modelos alternativos, mesmo que similares ao PSF, diante das realidades distintas do território nacional³⁸ e; a previsão de uma equipe mínima de médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde que cobre apenas uma porção da necessidade da população, desconsiderando, por exemplo, à saúde mental³⁹

O PSF considera a família como todo grupo de pessoas que coabitam e desenvolvem entre si as mais variadas formas de parentesco^{40 41}, sendo produto de um verdadeiro trabalho de instituição, ritual e técnico, que visam constituí-la como uma entidade unida, integrada e unitária⁴². Estudos demonstram que o paciente portador de transtorno mental é depositário da loucura de todos os membros familiares⁴³. Assim sendo, o PSF muito pode fazer na reabilitação destes pacientes à comunidade e na prevenção de transtornos mentais.

Em Ribeirão Preto, o PSF começou a ser implantado no final do ano 2000, quando a Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão

³⁸ FRANCO, T. & MERRHY, E. *Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios*

³⁹ FURTADO, L. Psicologia para uma Saúde Pública integral: antecipar cuidados reduz os custos e os danos. Assistência Integral à população: meta de uma saúde pública com qualidade. **Psi jornal de psicologia** CRP SP, mar/abril, 2001, p.11

⁴⁰ LANCETTI, A (coord). *Saúde Loucura: saúde Mental e saúde da família*. São Paulo Hucitec, n.7, 2000.

⁴¹ BORDIEU, P. O espírito de família. In: BORDIEU, P. *Razões Práticas*. Campinas: Papyrus, 1997.

⁴² idem 26

⁴³ PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

Preto em parceria com a Escola de Enfermagem, órgãos estaduais de saúde e Prefeitura Municipal, foi elevada a coordenadora do Pólo Norte - Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para Saúde da Família, com a preocupação em corrigir distorções na formação do médico, que deveria estar mais próximo à família, além da compreensão das causalidades sociais das doenças, junto à visão biológica.⁴⁴

Conforme o contexto da novidade implantada, o presente estudo utilizou enquanto teoria de referência à representação social, devido ao fato desta proporcionar a possibilidade de conhecer a realidade institucional dos núcleos do PSF, o que caracteriza um estudo inicial e necessário para a evolução do programa nesta cidade.

Na atualidade, em Ribeirão Preto, existem cinco equipes do PSF, cuja responsabilidade administrativa cabe à USP através do Centro de Saúde Escola (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP) e outras equipes em que a responsabilidade advém da Prefeitura Municipal. Os núcleos possuem a equipe mínima, exigida pelo Ministério da Saúde, composta; por 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 a 2 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários, sendo que os 5 núcleos, supervisionados pela USP conta ainda com 2 residentes do primeiro ano e 2 do segundo ano de medicina geral e comunitária com enfoque em saúde da família (USP- Ribeirão Preto), e, no que tange à saúde mental, existe o respaldo de 1 psiquiatra e 3 residentes de psiquiatria.

O Ministério da Saúde indica as principais atribuições de cada segmento profissional da equipe mínima⁴⁵:

O Agente Comunitário de Saúde deve ter idade mínima de 18 anos, ter disponibilidade de 8 horas diárias para exercer seu trabalho, saber ler e escrever (preferencialmente ter o 1º grau escolar) e ser

⁴⁴ http://www.usp.br/jorusp/arquivo/1998/jusp445/manchet/rep_res/rep_int/pesqui5.html

⁴⁵ Como funciona. Disponível: http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp

morador da comunidade onde ele trabalha há pelo menos dois anos⁴⁶. Tem como função fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realizam o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e vida.

O enfermeiro deve supervisionar o trabalho dos ACS e auxiliar de enfermagem, realizar consultas na unidade de saúde, bem como assistir às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem.

O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

O médico de família deve atender todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Os psiquiatras e residentes de psiquiatria trabalham como equipe secundária de saúde mental de referência pra área de abrangência destes cinco núcleos de saúde da família. Participam uma vez por semana de reuniões com as equipes destes núcleos, supervisionam os casos mais importantes. O psiquiatra é ainda, responsável pelo estágio integrado dos quinto anistas do curso de medicina da USP, realizado no PSF e pela parte psiquiátrica da residência de saúde da família desta mesma Universidade, a qual é freqüentada pelos residentes e a maioria dos enfermeiros dos cinco núcleos, estes últimos, através do convite do psiquiatra.

Através dos discursos dos diferentes segmentos profissionais pode-se perceber que diante de algumas questões referentes à saúde mental eles apresentam dificuldades, geram necessidades e representações diversificadas⁴⁷.

⁴⁶ <http://www.datasus.gov.br/catalogo/acs.htm>

⁴⁷ PEDROSA, J.I.S & TELES, J.B.M . Consenso e diferenças em equipes do Programa. Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

II- Objetivos

Investigar as representações sociais da doença mental e da promoção de saúde mental pela equipe do PSF – Ribeirão Preto e quais os sentidos atribuídos às manifestações de doença mental.

Analisar as representações sociais da doença e saúde mental nos vários segmentos profissionais da equipe do PSF (médico de família, residente, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário e psiquiatra responsável pelos casos de Doença Mental).

III- Metodologia e procedimento

Campo de estudo

A investigação foi realizada em um núcleo do PSF localizado na área de abrangência do Centro de Saúde Escola, em Ribeirão Preto, que iniciou suas atividades no ano de 2001. A escolha deste núcleo teve como critérios o seu grau de abertura para o estudo, a possibilidade de acesso aos dados e ao fato de atender uma região mais pobre a qual abrange uma favela⁴⁸, considerando que características como estas são fatores que podem contribuir no desenvolvimento de doenças mentais e problemas psicossociais.

A pesquisa utilizou para sua coleta de dados, a aplicação de entrevistas semi-dirigidas em profundidade com 7 membros da equipe sendo; 1 médico de família, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 residente de medicina de família, 2 agentes comunitários de saúde e o psiquiatra responsável por todos os núcleos.

Coleta de Dados

Quando se elegem as representações sociais como objeto, a pesquisa define-se por um método qualitativo.

Diante desta problemática, foi utilizado como técnica de pesquisa a chamada entrevista em profundidade, que se enquadra nas seguintes utilidades para o nosso trabalho: 1) a amostra é pequena e a entrevista em profundidade é uma técnica adequada para suprir a ausência quantitativa de dados, permitindo uma apreensão qualitativa destes últimos; 2) oferece liberdade para o entrevistado aprofundar o tema proposto; 3) facilita a coleta do material, adequando-o ao processo interpretativo; 4) permite a reconstituição de modelos cultural-simbólicos, interiorizados pelo entrevistado; 5) o material colhido do entrevistado

⁴⁸ Cabe informar que este não é o único núcleo do PSF que abrange uma região pobre, no entanto é o núcleo onde se encontrou maior facilidade para se obterem os dados.

abrange não só proposições de verdade, como também conteúdos normativos e expressivos; 6) e enfim, esta é uma técnica de pesquisa viável para o estudo das representações sociais, principalmente porque permite dar conta de pensamentos ou verbalizações, condicionados à oralidade e produzidos como comunicações informais⁴⁹. Entende-se que relato oral é “a maior fonte humana de conservação e difusão do saber, o que equivale a dizer a maior fonte de dados para as ciências em geral”⁵⁰, no qual “ ‘a espontaneidade discursiva’ revela justamente, o estilo expressivo da representação social”⁵¹.

A entrevista foi dirigida pela pesquisadora com um roteiro previamente estabelecido (ANEXO I e II), ou operou aparentemente sem roteiro, porém, na verdade, a entrevista desenrolou conforme uma sistematização de assuntos que a pesquisadora planejou⁵².

As entrevistas foram gravadas “pois este mecanismo permite apanhar com fidelidade os monólogos do informante”⁵³. Cabe informar que todos os entrevistados permitiram a gravação.

A pesquisa teve como proposta aplicar duas entrevistas piloto com profissionais da equipe de outro núcleo do PSF, escolhidos aleatoriamente, com o intuito de corrigir o roteiro de entrevista e aperfeiçoar o método de entrevistar. Uma entrevista piloto foi dispensada devido à consciência por parte da pesquisadora de que a aplicação desta obteve falhas que prejudicaria a investigação, mas em contrapartida, a outra entrevista aplicada em uma agente comunitária trouxe informações que não poderiam ser deixadas de fora, portanto esta foi considerada como uma das entrevistadas e o fato desta ser de outro núcleo do PSF não diminuíram o grau de fidedignidade da pesquisa.

⁴⁹ idem 22

⁵⁰ QUEIROZ, M. Relatos orais: do ‘indizível’ ao ‘dizível’. In: SIMSON, O. de M. Von (org.) **Experimentos com histórias de vida**. São Paulo: Vértice, p.14-44, 1988.

¹⁴⁵¹ QUEIROZ, M. Relatos orais: do ‘indizível’ ao ‘dizível’. In: SIMSON, O. de M. Von (org.) **Experimentos com histórias de vida**. São Paulo: Vértice, p.14-44, 1988.

⁵² idem 39

⁵³ QUEIROZ, M. *Variações sobre técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo, CERU E FFLCH/USP (coleção textos,4), 1983.

Do ponto de vista ético, os entrevistados assinaram um termo de consentimento, cujo modelo está apresentado em anexo (ANEXO III).

Análise de dados

O método de análise dos dados utilizados nesta pesquisa qualitativa foi à chamada *Análise de Conteúdo* que tem como intuito realizar uma interpretação das entrevistas que ultrapasse o nível do senso comum e do subjetivismo, alcançando uma vigilância crítica frente a esse material. Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos, onde articula-se aos textos descritos e analisados, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.⁵⁴

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes na material qualitativo utilizou-se a análise temática que é uma das técnicas utilizadas para atingir a análise de conteúdo e consiste em:

“Descobrir os núcleos de sentido que signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.”⁵⁵

Uma técnica que tem sido favorecida especialmente por se prestar à análise multiflexível do conteúdo do discurso é o método de

⁵⁴ MINAYO, M.C.S, *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

⁵⁵ idem 54

Associação de Idéias⁵⁶. Seguindo este método propôs-se como análise, os mapas de associação de idéias, que tem por objetivo “sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção lingüística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos”⁵⁷. “Apenas uma descrição cuidadosa das Representações Sociais, sua estrutura e sua evolução em vários campos, poderá possibilitar sua compreensão e uma explicação válida só poderá emanar de um estudo compreensivo destas descrições”⁵⁸.

Para a análise das entrevistas, foram utilizadas as etapas consolidadas pelas pesquisas nessa área que são sistematizadas da seguinte forma:

- 1) Registro sistemático e rigoroso das anotações, das observações e das fitas gravadas;
- 2) Leitura e escuta flutuante do material, destacando: a) os temas emergentes, b) a construção do discurso em suas contradições, lapsos, silêncios, pausas, indícios da dinâmica afetiva;
- 3) Definir as dimensões da análise através dos temas emergentes em torno dos quais circulam os conteúdos das entrevistas;
- 4) A partir das dimensões, construir mapas que transcrevam toda a entrevista, respeitando a ordem que os conteúdos aparecerem no discurso, ou enquadrando-os dentro de tais dimensões. Estes mapas permitem a visualização da associação de idéias entre as dimensões e também entre as múltiplas idéias e imagens presentes em uma dimensão;
- 5) Discriminar unidades de significado na perspectiva psicológica, tendo como foco o fenômeno pesquisado;

⁵⁶ idem 31

⁵⁷ idem 33

⁵⁸ MOSCOVICI, S. The Phenomenon of Social Representations In FARR, R. & MOSCOVICI, S. (orgs) Social Representations. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

6) Síntese das associações denominadas 'núcleos temáticos', estabelecendo relações entre elementos cognitivos, comportamentais e investimentos afetivos;

7) Síntese das unidades de significado e das representações sociais ⁵⁹.

Foram analisadas as demandas e contradições da equipe, as relações de poder estabelecidas na equipe, as relações entre os membros da equipe e as famílias atendidas, o treinamento da equipe, a atitude do núcleo do PSF e de seus agentes diante da pesquisa, os episódios de Doença Mental e suas conseqüências e, as percepções da equipe em relação à promoção de saúde mental.

⁵⁹ GUARESCHI, N. A criança e a Representação social de poder e autoridade: negação da infância e afirmação da vida adulta. In: SPINK, M (org.) *O conhecimento do cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

IV - Perfis biográficos dos entrevistados

Entrevistada A: entrevista realizada em 03 de abril de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

Na ocasião em que A foi entrevistada tinha 36 anos, era casada, tinha três filhos, trabalhava como Agente Comunitária de Saúde (ACS) há nove meses e residia num bairro de periferia de Ribeirão Preto, onde se encontrava o núcleo. Estudou até o terceiro colegial e gostaria de prestar vestibular para odontologia e se especializar na parte pediátrica, mas por motivos particulares desistiu do vestibular e passou a trabalhar. A posteriori, casou-se e teve filhos. Diz sempre ter gostado das áreas médicas, optando por empregos em hospitais ou aqueles que lidavam com a população, relaciona o termo saúde com solidariedade.

Entrevistada B: entrevista realizada em 04 de julho de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

A entrevistada B é casada, do sexo feminino, 53 anos, nascida e criada na roça até seu casamento. Na ocasião em que concedeu a entrevista, B trabalhava como agente comunitária de saúde (ACS) no núcleo do PSF há três meses.

Aos vinte e oito anos de idade, B começou a trabalhar no Hospital das Clínicas como auxiliar de serviço, depois de cozinheira e em seguida de atendente de berçário. Nos últimos tempos trabalhou como faxineira e prestou concurso para cozinheira e para ACS, neste último conseguiu a quinta colocação. Devido à disponibilidade de apenas quatro vagas, B foi contratada quando uma das ACS desistiu do cargo, no entanto B continua prestando concurso para cozinheira e relata que a atual profissão traz lembranças ruins de sua vida, pois identifica -se com as histórias que escuta das famílias que visita.

Entrevistada C: entrevista realizada em 26 de junho de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

A entrevistada C é casada e tem dois filhos. No momento em que foi entrevistada tinha 39 anos e trabalhava como enfermeira no Núcleo do PSF em Ribeirão Preto, desde o início de sua implantação.

C fez faculdade de enfermagem na USP de Ribeirão Preto e relatou que no segundo ano, desistiu do curso por um ano, devido o fato da “pressão” advinda por parte de seus professores ao mencionarem insistentemente o não-perfil de encaixe a esta profissão apresentado pela entrevistada, no entanto, percebendo que estas características não passavam de comportamentos que nada influenciavam na forma de tratamento dos pacientes, C voltou ao curso, concluindo-o no mesmo local.

Em seguida, C trabalhou na Santa Casa de Sertãozinho, no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, e desistiu da enfermagem por sete anos, pois não se identificou com o trabalho desempenhado nestes lugares, pois tinha que lidar com questões administrativas e para ela “Aquilo não era enfermagem”. Posteriormente C teve a oportunidade de estudar à respeito do PSF e concordou com sua forma de trabalho, o que a fez voltar à exercer sua profissão novamente.

Entrevistada D: entrevista realizada em 26 de junho de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

A entrevistada D, na ocasião que concedeu a entrevista, tinha 24 anos e trabalhava como auxiliar de enfermagem há um ano no núcleo do PSF, sendo seu primeiro emprego nesta profissão. D trabalhou dois meses como agente comunitária antes de prestar o concurso para auxiliar, pois se encontrava desempregada.

D relata sempre ter gostado da área de saúde e até ter prestado vestibular para enfermagem, mas não se classificou. Quando fez

o curso de um ano e meio para auxiliar de enfermagem diz ter encontrado muita dificuldade na parte prática, pois se deparava com situações desconhecidas com relação aos pacientes que atendia e sentia uma certa “insegurança” ao atendê-los, atualmente encontra dificuldades, mas diz se “controlar melhor”.

Entrevistada E: entrevista realizada em 26 de junho de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

No momento em que E foi entrevistada encontrava-se grávida de seu terceiro filho e era a médica de família no Núcleo do PSF, onde foi realizada a pesquisa. A opção pela medicina foi apoiada pelos pais e a faculdade foi realizada em Pelotas, quando terminou o curso e chegara o momento de prestar residência pensou em Ginecologia, mas desistiu em prol de seu casamento e dois filhos. Posteriormente trabalhou oito meses como médica de família em Curitiba e começou a se interessar por esta área. Quando residia em São Paulo viu um anúncio sobre a residência em saúde da família na USP de Ribeirão Preto e acabou cursando o primeiro ano que esta era oferecida. Diz sempre ter feito muito plantão médico e ter como segunda opção profissional a psicologia e/ou medicina psiquiátrica.

Entrevistada F: entrevista realizada em 16 de julho de 2002 em um Núcleo do Programa de Saúde da Família

A entrevistada F, no momento em que foi entrevistada, fazia residência em medicina generalista e comunitária com enfoque em saúde da família, pela Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto). A profissão, medicina, foi escolhida pela entrevistada por “ideal”, pois acreditava que poderia ser “muito útil” à população. Realizou seu curso em Catanduva, onde percebeu que poderia optar por áreas que poderiam lhe proporcionar uma renda financeira maior do que a medicina de

família, mas acabou escolhendo por esta última, devido o fato de sentir mais “prazer”; de unir muitas áreas da medicina que gosta na prática da medicina de família; e por ser casada com um médico de família que lhe proporcionou um melhor conhecimento sobre esta área.

Entrevistado G: Entrevista realizada em 26 de novembro de 2002 no setor da enfermagem psiquiátrica do Hospital das Clínicas

O entrevistado G é médico psiquiatra, nascido em 31 de dezembro de 1965. No momento em concedeu a entrevista estava casado com uma psiquiatra e fazia parte de uma equipe secundária de saúde mental de referência pra área de abrangência dos núcleos de saúde da família. G cursou a faculdade de medicina na USP de Ribeirão Preto e a opção pela psiquiatria sofreu influencia de seus pais, também médicos. G já trabalhou em Clínicas multiprofissionais de psiquiatria, em consultório particular, em Hospitais Psiquiátricos, em serviços de Urgência Psiquiátrica e foi coordenador do Programa de Saúde Mental da Prefeitura de Ribeirão Preto, onde percebeu a importância de uma assistência primária à saúde.

V - Resultados

Seguindo a metodologia proposta, este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor os temas emergentes em torno dos quais circulam os conteúdos das entrevistas, as quais foram recortadas em depoimentos que se assemelham e/ou se contrapõe, com intuito de discriminar unidades de significado na perspectiva psicológica e representações sociais, tendo como foco o fenômeno pesquisado.

Os resultados se caracterizam pela exposição da divisão dos depoimentos dos entrevistados em núcleos temáticos, os quais possuem títulos, e quando necessários subtítulos. Este capítulo não tem a intenção de discutir os temas ou interpreta-los, o que acontecerá no capítulo seguinte, de forma a suscitar a livre interiorização e interpretação dos diversos discursos selecionados, por parte do leitor.

1.Representação Social de Saúde e Doença

1.1. Representação Social da pessoa “diferente” pela equipe do PSF

Este subtítulo refere-se aos depoimentos dos entrevistados quando durante as entrevistas foi-lhes perguntado sobre suas experiências com pessoas que consideravam “diferentes”. Esta foi uma indagação pré-estabelecida, pois não se tinha a intenção de estipular aos entrevistados que a doença mental caracteriza a diferença, e sim detectar se eles pensavam desta forma, o que acabou aparecendo nos relatos.

A “pessoa diferente” esteve relacionada a problema neurológico, a deficiência mental, a comportamento social retraído, a sofrimento e tristeza, e a própria doença mental, sendo este último especificado no próximo tópico.

“Meu irmão teve um trauma, não me lembro direito, sei que ele teve que passar por um neurologista achavam que ele tinha ataque, crises, ele viajou... mas eu não vi nada nele”.(Entrevistada E)

“Eu tive na minha família uma tia que tinha síndrome de down. Ela morou um tempo grande com a gente, então eu tive bastante contato com ela e eu tinha até medo dela. Porque ela era muito agressiva, eu já cheguei, quando criança, a levar uns ‘tabefes’ dela... então eu tinha muito medo”. (Entrevistada F)

“... teve uma doença quando nasceu e ela tem algum distúrbio aí que deixa ela um pouco diferente da gente... ela não tem síndrome de down... ela nasceu assim, foi no parto... a mãe fala que ela tem uma idade mental... de uns 12 anos”. (Entrevistada D)

“Eu era tímida... me separava... eu mesma me excluía... era o resto... a professora me excluía... eu era mais calada... me sentia sempre menor que as pessoas”. (Entrevistada A)

“Eu sempre sofri... porque não conseguia se integrar com o resto do pessoal”. (Entrevistada A)

“... ela tem uma personalidade já triste”.
(Entrevistada A)

Nos depoimentos surgiu também que o rótulo social faz com que a “pessoa diferente” se sinta diferente, a final de contas à função e o valor de uma norma nasce apenas do fato de existir algo estranho a ela, portanto o “anormal” só existe, na e pela relação com o

“normal”. Entretanto quando a sociedade dita que a diferença existe, pois realmente ela existe, passa a ser regra e assim é internalizada por aquele que recebe esta distinção.

“... quando uma pessoa te faz se sentir assim [diferente]... eu me sentia diferente, então me sentia mais ainda, eu me sentia lá embaixo”. (Entrevistada A)

“Ela mesma [irmã com problemas mentais] fala que ela é uma pessoa diferente da gente”. (Entrevistada E)

1.2. Representação social de doença mental

Cabe aqui explicitar como os entrevistados representam as doenças mentais, citando algumas causas desencadeadoras:

“É algum desequilíbrio causado por muitos motivos familiar... uma pessoa que não se enquadra na sociedade... não se aceita consigo mesma, e o desequilíbrio da personalidade também... pode levar até a morte, meu vizinho... ele tava em depressão... ele se enforcou”. (Entrevistada A)

A entrevistada A num certo momento da entrevista comenta o fato da miséria, fome e dificuldades de relacionamento contribuírem para o desencadeamento de uma doença mental ou problema psicossocial, com a possibilidade de mudança pela religião.

“As dificuldades é você ver a miséria e não poder fazer nada, você vê uma criança passando fome e também não poder fazer nada, a única palavra que você leva é Deus, fé em Deus... as pessoas que tão muita em depressão... elas desabafam...”

às vezes é porque perdeu o marido, às vezes é porque o marido está traindo ela, aí elas já querem tomar uma atitude mais drástica”.

(Entrevistada A)

A entrevistada B rela alguns fatores desencadeadores de problemas mentais

“... eu acredito que seja assim: um problema que pessoa vem com ele desde criança, uma desilusão, um... desafeto... Algum problema que a pessoa tinha e chega uma certa época e a pessoa se sente agredida por alguma coisa então ela sempre... recai, tem uma recaída”.

“A droga, principalmente, é uma coisa que... influi demais. A situação financeira influi demais nas condições da pessoa”. (Entrevistada B)

“O que provocava a doença... eu acho que é exatamente a burrice, a revolta, uma série de coisas, aí entra a burrice e acaba ficando pior”. (Entrevistada B)

“Eu acho que o componente orgânico existe, aquela história, de que não é pra quem quer é pra quem pode! Mas o meio em que se vive, pra mim é o que desencadeia tudo... se você já tem aquela probabilidade de desenvolver isso, algumas pessoas acabam desenvolvendo, outras não, talvez tenha uma ligação aí entre a história do orgânico e o meio”. (Entrevistada C)

A entrevistada C continua, relatando um caso no qual o motivo do primeiro surto pode ter sido a frustração junto ao excesso de estudo e/ou conhecimento:

“Então, pelo que entendo da doença mental, alguma coisa realmente desencadeia o primeiro surto, dizem que ele estudava muito, que ele queria fazer medicina e que o pai não deixou, então, ele até hoje fala isso, que devia ser médico, e ele repete isso num meio de uma conversa que não tem nada a ver... ele se frustrou muito com o domínio do pai e ele tinha mesmo esse como modelo da vida dele, eu tenho impressão que foi uma das coisas que ajudou ele ter esse surto”. (Entrevistada C)

“Os fatores de risco [risos] sempre vem à questão da família, a estrutura familiar, tem a questão da história familiar, tem a própria personalidade da pessoa, se ela tem recursos para lidar com o dia-a-dia, tem as intercorrências da vida que tem a ver de como as pessoas lidam, os recursos que elas têm para lidar com o luto, desemprego... dificuldade de relacionamento no casamento temos alguns casos de violência... violência doméstica... violência sexual... nós temos idosos... um paciente que ficou acamado em casa e ficou deprimido, temos as doenças”.(Entrevistada E)

A entrevistada E cita o exemplo de sua irmã que desde criança teve crises relacionadas a problemas mentais e alerta que sua mãe excluiu-a no episódio em que engravidou de um namorado proibido, sendo este um hábito comum quando não se aceita as condutas de um membro familiar.

“Eu culpo a minha mãe... ela não dava muita opção para gente e quando minha irmã estava grávida, castigou fisicamente minha irmã, mandou ela para uma casa de freira e eu acho que tudo isso foi sendo pior para minha irmã, ela não tem um apoio”. (Entrevistada E)

“Eu acho que fator de risco para doença mental é um pouco o ambiente familiar, a falta de recursos financeiros mesmo, pouco acesso a escola, pouco acesso ao lazer, pouco acesso à saúde mesmo...”. (Entrevistada F)

A representação do doente mental como agressivo, de quem as pessoas sentem medo, misturado com um sentimento de dó é descrita com riqueza de detalhes pela entrevistada C:

“... a primeira pessoa é que eu me lembro de um diagnóstico de esquizofrenia que eu tive contato é um primo do meu marido... o desconhecido, você não sabe como lidar, não sabe qual vai ser a reação da pessoa, não sabe se você pode chegar perto, se você não pode... Quando dava os tiques nele, que ele chegava e abordava com tudo, de repente, sempre falava muito alto, então talvez seja uma reação de medo mesmo”. (Entrevistada C)

“... quando a gente tivesse de branco, pra... nem chegar muito perto dele, porque ele também podia reagir dum jeito que ninguém esperava... Ele fez isso várias vezes com a família... a mãe chegou a machucar, meio sério, algumas vezes... Por que ele reagia e ela ia tentar segurar e ele, ele acabava machucando mesmo, porque ele é muito grande...”. (Entrevistada C)

“Pensando nessa família eu acho que é uma situação muito difícil, principalmente quando ele tinha essas crises... esses ataques aí de agressividade... eu tinha muita pena da mãe, porque a mãe tinha um carinho muito grande com ele...”. (Entrevistada C)

“A família sempre cuidou muito bem dele, ele sempre andou muito bem vestido, ele não é uma pessoa assim que ficava

presa em casa, a família podia até ter uma certa vergonha dele, mas ele andava com a família sempre... agora, onde ele tá é um lugar mais fechado... não é uma casa que faz internação de pessoas que têm doenças mentais, é uma casa de repouso”.

(Entrevistada C)

Neste momento fala de uma paciente que apareceu no Núcleo do PSF:

“Ela teve um surto... ela começou a ficar muito agitada... e aí eu morro de pena...”. (Entrevistada C)

As entrevistadas E e F também relatam suas experiências e demonstram a necessidade de capacitação específica para lidarem com pacientes doentes mentais :

“Quem chegava meio agitado [no hospital]... eu [médica] tinha medo de lidar, eu geralmente assim, acabava dando calmante passava o plantão pra outro e não sabia o que tinha dado, quê a maioria dos meus empregos foi caso de que não fazia seguimento comigo, quando eu comecei a fazer isso, que foi quando eu trabalhei como médica de família que eu vi o tanto que é difícil, não adiantava nada eu dar calmante... foi quando eu percebi que eu precisava fazer uma formação para poder trabalhar”.

(Entrevistada E)

“Eu achava que toda pessoa que tinha problema mental... eu sempre ficava meio de receio, nunca chegava muito perto [riso], ficava olhando assim... Aí mesmo depois que eu entrei na residência de medicina de família, quando falaram para mim que tinha que fazer essa parte eu já falei: ‘Ah... não vai dar certo’ ”.

(Entrevistada F)

Assim como a entrevistada C, F também comenta o fato da família ter vergonha do membro portador de doença mental.

“A criança tinha problema mental... não era retardada... e a mãe não sabia e tinha vergonha de levar a criança na rua porque não queria ser motivo de chacota “.

(Entrevistada F)

Aparece também, nos relatos dos entrevistados, a representação social do Doente Mental como incapaz de exercer atividades cotidianas, intelectuais e a maternidade.

A entrevistada B comenta o caso de uma amiga que tinha uma doença mental:

“... ela tinha acho que cinco filhos. Quando ela entrava em crise... parece que deixava os filhos de lado aí ela começava a fantasiar, a elaborar... No momento em que ela não está... em crise, ela era uma pessoa normal, muito normal: cuidava da casa, cuidava dos filhos...” (Entrevistada B)

As entrevistadas C e E também se posicionam:

“Você não imagina que um dia um filho seu possa vir a desenvolver uma doença dessa e acabar ficando, muitas vezes, improdutivo, porque não é tudo que ele pode fazer, ele tem os impulsos dele, então de repente não dá para colocar ele para trabalhar em determinado lugar porque ele pode abandonar tudo ou... sei lá, ter um ataque e ter a necessidade de quebrar tudo...”.

(Entrevistada C)

“Ela é diferente de mim... ela é mais dependente das outras pessoas do que eu, eu saí cedo de casa, fui embora para outro país, então, eu acho que ela não conseguiria isso... e ela está tendo dificuldade de levar a vida dela só, sem a ajuda da minha mãe, ela também não conseguiu criar a primeira filha... e também ela não conseguiu fazer faculdade, ela queria odontologia, não conseguiu porque engravidou solteira...”. (Entrevistada E)

1.3. Depressão

Primeiramente aparecem os depoimentos dos entrevistados sobre as causas que levaram as pessoas ficarem deprimidas.

A relata sobre uma fase difícil de sua vida:

“Fiquei grávida... aí eu perdi o nenê... com 24 anos... período difícil... hoje vindo do lado de fora, eu entrei em depressão... eu não tinha mais nada... poxa vida num posso nem ter um filho... eu ficava dentro de casa”.

(Entrevistada A)

As entrevistadas B e C discorrem sobre os problemas relacionados aos filhos e a perda destes:

“... é amargo perder um filho, mas é muito mais amargo você ver ele nessa situação [drogado]. A droga na família é terrível. Terrível, terrível, terrível... fiz um tratamento... eu acho que se não fosse o tratamento eu tinha pirado... foi uma época deprimente... ele começou a usar drogas sem parar”. (Entrevistada B)

“A história dessa pessoa, é uma grande amiga... que perdeu uma filha de dezoito anos está fazendo dois anos agora num acidente... E essa mãe... sofreu muito com essa situação e prolongou o luto, como a gente aprendeu aí [riso] recentemente, a história de prolongar o luto”.

(Entrevistada C)

E F discorre sobre a situação de vestibulando e a dificuldade da não aprovação não apenas para faculdade, como pelos pais:

“... quando eu estava prestando prova, que eu queria muito passar na medicina... eu sofri muito, chorava todo dia, depois que eu fazia a prova era uma choradeira, era um nervoso, era uma crise em casa”. (Entrevistada F)

Os entrevistados comentam como acabam ficando as pessoas que ficam deprimidas.

A entrevistada A primeiro discorre sobre como ficou quando seus pais se separaram e em seguida quando teve um aborto involuntário:

“Eu fiquei muito baqueada, na escola eu fiquei muito mau... acabei não fazendo vestibular... fui procurar qualquer tipo de serviço”. (Entrevistada A)

“... eu ficava só deitada no sofá... e chorava, ficava com minha cachorrinha do meu lado... num arrumava a casa, não tinha ânimo nem pra comer, virei um palito”.

(Entrevistada A)

A entrevistada D comenta o que as pessoas falam:

“Geralmente a pessoa fala que está triste demais”.

(Entrevistada D)

E relata uma das incapacidades que a doença gera:

“Ela precisou que minha mãe cuidasse da filha [neta] até os oito anos por causa da depressão”. (Entrevistada E)

O fragmento do relato de F mostra sua vivência:

“Agora que a gente entende, eu acho que eu tinha depressão, sabe. Eu não queria mais sair na rua porque eu achava que todo mundo ia... ficar tirando sarro... Então eu tentava ficar o máximo em casa, coisa que eu não fazia porque eu tinha amizade com bastante gente, saía, passeava... era um jovem normal. E essa fase foi bem horrível sim”. (Entrevistada F)

As entrevistadas A e F falam sobre o desconhecimento das pessoas sobre a depressão:

“Acho que pelo fato dela ter desconhecimento do que está acontecendo, elas vão tentando levar (...) quem tem depressão não sabe”. (Entrevistada A)

“A gente vê que são pessoas que têm problemas... nem sabem o que tem, fica aquele sofrimento... e a família também sofre bastante...”. (Entrevistada F)

A depressão é representada pela equipe como doença comum na sociedade:

“E também as pessoas que têm muita em depressão... elas desabafam... às vezes é porque perdeu o marido, às vezes é porque o marido está traindo”. (Entrevistada A)

“A gente, ao menos na minha área, a gente vê bastante problema que você tem que... parar, ouvir muitas pessoas com depressão...”. (Entrevistada B)

“... Histórias de depressões, de ansiedades, dessas coisas assim a gente tem muito. Já passei sim por situações até com amigo muito próximo, que a gente percebe que tem uma depressão, que precisava de ajuda e que acaba não procurando essa ajuda porque acha que pode lidar com aquilo sozinho”. (Entrevistada C)

“Depressão é o que a gente mais vê”. (Entrevistada D)

“... e nós [equipe do núcleo] temos feito seguimento, por exemplo, de depressão, que é o mais comum...”. (Entrevistada E)

A entrevistada E, assim como C relata sobre a dificuldade destas pessoas irem atrás de tratamento:

“As pessoas pensam que é coisa de louco, então é coisa que não precisa de tratamento, conseguem se tratar sozinha...”. (Entrevistada E)

1.4. Relação de doenças mentais e problemas psicossociais com o suicídio

A entrevistada B passou por esse tipo experiência e conta emocionada sobre o que ocorreu:

“Ele começou a usar drogas sem parar, usar droga... Eu sei que com isso ele rodou para cá e para lá... um dia... cheguei lá tinha um carro de polícia... ‘A cinta arrebentou’, eu li na boca dele... Quê é que meu filho fez? Foi ele que se enforcou? Ele só fez assim. [silêncio]”. (Entrevistada B)

A entrevistada E relata alguns fatores que contribuíram com que sua irmã tentasse o suicídio, por três vezes:

“Ela teve episódio de depressão... ele [marido da irmã] era alcoolista, não trazia dinheiro para casa, não paga aluguel, um monte de coisa, ela tava longe da minha casa, minha mãe morava em outra cidade, então com dois filhos, assim, que já estavam passando pela adolescência, então chegou um ponto que ela não tava mais agüentando... então ela tentou suicídio”. (Entrevistada E)

As entrevistadas A e E depõem sobre as formas com as quais as pessoas tentam o suicídio, percebe-se que existem tentativas que a pessoa toma uma determinada atitude, em relação ao ato de se matar, que negam a si mesmo à vontade de que isto aconteça realmente:

“Eu tentei suicídio... eu cortei os pulsos... com uma gilete de barbear... não chegou a dar ponto... eu acho que era de raiva”. (Entrevistada A)

“A última vez que ela tentou suicídio foi grave, ela ficou em coma, tomou vinte comprimidos, aí ela precisou ficar internada, mas eu também não vi”. (Entrevistada E)

2. Tratamento

O Serviço de Saúde Mental é marcado pela existência de Hospitais Psiquiátricos, em seu modelo clássico, o que retrata a exclusão e o não direito a cidadania, o quê pode ser ricamente exemplificado pelos discursos de B e C.

“... todo mundo com uma sacola amarrada na cintura, um mexe nas coisas do outro... Eu fique apavorada vendo aquilo... Seria o hospital em si ou seria verdade, aquele pessoal, as pessoas quando estão assim um mexe nas coisas do outro, cada um pega... não tem limite?”.(Entrevistada B)

“... a mãe dele [pessoa esquizofrênica] também sempre... fazia recomendações... que a gente não fosse lá de branco, até porque é uma época que o tratamento... do doente mental era uma coisa pesada, né!?...na época dos eletrochoques... então ele tinha mesmo reação diferente quando via pessoas de branco, muitas vezes ...as pessoas que iam buscar, que amarravam, que prendiam, usavam branco...”. (Entrevistada C)

A mesma entrevistada C vê uma luz para mudança deste esquema, quando discorre sobre o Movimento de Luta Antimanicomial, no entanto através da análise do conteúdo de sua entrevista não se consegue perceber essas mudanças em sua prática:

“...você ter oportunidade de ver a luta antimanicomial muito de perto... Vamos tirar, vamos desocupar, lá não é lugar, lá não é depósito, não é assim... Então essa coisa ... eu consegui assistir... Então eu vi isso e a visão da gente muda ... eu tinha muito mais medo antigamente”.

A entrevistada C continua seu depoimento e relata a possibilidade de uma melhora, não a ponto da pessoa que teve um surto voltar a ficar igual antes.

“Ela teve um surto... talvez ela volte aí a ter uma vida normal, entre aspas, não esquece das aspas na palavra “normal” [risos]... mas para o pai, caiu tudo naquele momento, para ele a filha enlouqueceu e pronto”.

A entrevistada fala sobre os fatores que ajudaram as pessoas com problemas psicossociais e doenças mentais melhorarem.

“... aí passou a fase ... eu tive a ajuda da minha mãe, das minhas irmãs, da minha sogra... aí eu voltei a trabalhar... tinha me recuperado, mas eu fiquei desanimada, aí eu pedi demissão...”.
(Entrevistada A)

E traz sua experiência de vida e profissional, no seguinte relato:

“Para ela, faltou muito apoio da família, no caso muito da mãe, do pai também... talvez se ela tivesse tido um apoio, talvez ela não tivesse tido crises tão fortes e tão repetidas...”.
(Entrevistada E)

“... eu segui... uma menina que tava com depressão grave, com alucinação, a gente conseguiu com que ela não fosse internada, nós entramos em contato com a família... e ela logo sarou”. (Entrevistada E)

A fala sobre a possibilidade de melhora pela religião:

“A única coisa que eu levo é Deus, porque às vezes tem certas coisas que você vê que não tem jeito, você num vai conseguir ajudar, e eu tenho fé em Deus e eu acho que essas pessoas também têm que ter...”.

E C coloca a religião como cura de uma outra forma, quando relata a respeito de sua amiga com depressão por ter perdido sua filha:

“Às vezes eu comento com o pessoal que a melhor coisa que podia acontecer para ela é a menina fazer um contato e dizer: ‘Mãe, me deixa em paz, eu preciso ir para o meu canto’... só isso botaria um ponto final ...”.

As entrevistadas A,B,C e F discorrem sobre a terapia enquanto método de tratamento:

“Tinha que ser alguém da área, como psiquiatra, psicólogo... fazendo uma terapia em grupo, às vezes podia ajudar !?”. (Entrevistada A)

“Na época eu consegui um psicólogo muito bom... Eu acho que se não fosse o tratamento eu tinha pirado... Foi uma época deprimente demais para mim”.

(Entrevistada B)

“Eu fiz terapia uma época também... e a minha terapeuta me ajudou muito... Eu acredito muito. Eu não faço hoje porque vocês são profissionais muito caros. [risos]”.(Entrevistada C)

“Se eu tivesse ido numa psicóloga...eu acho que eu teria enfrentado a coisa diferente e minha família também”.(Entrevistada F)

A entrevistada E fala sobre o costume que as pessoas têm de sofrerem sozinhas e F aponta o preconceito como causa contribuinte:

“A gente sempre tenta conversar com eles que não é vergonha precisar de um Serviço de Saúde Mental, que as pessoas têm muito preconceito ainda...tem uma moça que demorou a concordar em se tratar, mais de oito anos, uma depressão que ela falava que ia conseguir sozinha”.(Entrevistada E)

“No caso, as pessoas têm muito preconceito. Por exemplo, eu tinha muito preconceito sobre pessoas que tinham problemas de saúde mental...”. (Entrevistada F)

Os fragmentos dos discursos das entrevistadas relatam sobre o tratamento medicamentoso:

“Às vezes ela saía à noite e ninguém conseguia medicar ela... Ela imaginava um namorado... perseguia a pessoa... Era uma coisa bem estranha”. (Entrevistada B)

“...tomei medicação um bom tempo, tinha uma dor de cabeça terrível, terrível. Eu tinha que apagar... Eu acho que se não fosse o tratamento eu tinha pirado...”. (Entrevistada B)

“Ela teve um surto...ela começou a ficar muito agitada o pai levou para o hospital-escola e o pessoal lá deu uma injeção...de valium nela, derrubou a moça e mandou embora...”. (Entrevistada C)

“...ela tem um diagnóstico de pânico, mas que melhorou bem com a medicação”. (Entrevistada E)

“... têm medicações, a gente vê melhora mesmo, e antes nem em remédio, só que também a gente tem que conversar muito com os pacientes, estimular muito eles a tomar decisões para a saúde deles. Então tem essa parte também”. (Entrevistada F)

G discorre sobre a medicalização de um ponto de vista diferente:

“Quando você fala de trabalhar na área de saúde mental, a gente tem que ter cuidado para não medicalizar excessivamente as coisas... não é só no sentido de dar remédio, mas sindicalizar ...que só e somente só... profissionais da saúde podem lidar [com estas questões]...todo mundo que trabalhar em assistência primária à saúde tem que ter uma capacidade mínima...no sentido de conseguir ajudar as pessoas a refletirem e a tomarem suas decisões”.

3. Representação social da equipe do PSF

3.1.Representação do Agente Comunitário de Saúde

G fala sobre a importância do papel do ACS:

“O Brasil é um país extremamente heterogêneo do ponto de vista de condições sócio-econômicos...e os profissionais de nível superior...dificilmente vão morar na área onde mora a população, onde eles vão atender, então o ACS ser morador da área, ter essa condição para eles trabalharem e ao mesmo tempo fazer parte dessa equipe de saúde ...facilita muito essa ponte, entre a comunidade e a equipe de assistência Primária à Saúde”.

Nas falas das próprias agentes comunitárias, percebe-se que estas se deparam com situações onde as famílias vêm nelas a possibilidade de ajuda para problemas psicossociais e mentais. Os fragmentos de seus discursos a seguir demonstram suas dificuldades perante esses casos, onde seus instrumentos de atendimento se resumem na conversa, na palavra positiva, na fé em Deus, na reza, no choro, na identificação e na própria vivência.

“O problema é quando você se apega...você cria um elo com as pessoas... questões até delas se desabafarem com a gente”.

“Quando você vai na casa de uma pessoa que está com muitos problemas, vai preparada, vai com uma palavra na boca porque você vai usar”.

“A gente sempre leva uma palavra assim positiva, né”.

“ Levar Deus, eu acho muito importante à gente ter fé em Deus...”.

“Eu acho, que às vezes a pessoa...não tem nem com quem desabafar, desabafa com você, você dá uma palavra de esperança pra ela, você coloca sempre ao dispor dela...”.

“Às vezes você pára, conversa, conversa, conversa, conversa, conversa, porque essa pessoa não está precisando de tratamento. Às vezes só precisa de carinho... Às vezes a gente acaba até chorando... Junto com a pessoa...”.

“...eu só tentei mostrar para ela um pouquinho daquilo que eu já vivi, coisas muito tristes. Eu não consigo ouvir outra pessoa, me recordando de uma coisa que eu sei como tentar ajudar”.

“...se eu tiver que rezar por uma pessoa eu vou rezar...já aconteceu de rezar em visitas. Só que uma reza não tem religião. [risos]”.

Interessante notar, através do fragmento do discurso acima, que as agentes comunitárias de saúde utilizam a reza como forma de tranquilizarem não só a pessoa que estão atendendo, como a si mesmos. Caso consigam proporcionar essa tranquilidade ao paciente, não apenas momentaneamente, através da reza, esse torna-se um método eficaz criado pelo senso comum, no entanto, não temos dados para afirmar que isto realmente acontece.

As ACS têm como função “estranhar” as situações com as quais se deparam quando realizam visitas domiciliares, contudo faltam-lhes capacitação para conseguirem estranhar questões referentes à saúde mental, o que pode ser averiguado pelo depoimento de E:

“... tem pessoas que vêm aqui [no núcleo] e acabam abrindo coisas que não abrem para elas [ACS]... tenho certeza que

têm vários casos que a gente não está sabendo, talvez não saiba nunca". (Entrevistada E)

Através deste discurso pode-se perceber que há falta de conhecimento técnico por parte da equipe do PSF, ressaltando os médicos de família com relação a doenças mentais.

As ACS A e B acabam relatando a falta de preparação para lidar com estes tipos de casos:

"Quando num to num dia legal, eu não vou, porque eu sei que não vou poder ajudar... às vezes você vai e é melhor você não falar nada, que falar uma coisa errada, a única coisa que você fala: é... vamos esquecer, vai mudar, conversa, só". (Entrevistada A)

"Tem dias que você sai para fazer dez visitas e você acaba fazendo duas, três. Porque, ao menos para mim, quando eu encontro um caso destes, aí eu me perco".

(Entrevistada B)

E a entrevistada A continua seu relato expondo seu sentimento enquanto depositária de angústias e problemas:

"Você sente a mesma coisa que a pessoa está sentindo... então você acaba absorvendo os problemas da pessoa".

As entrevistadas a seguir confirmam as dificuldades das ACS e alertam a necessidade de treinamento:

"As agentes comunitárias ... têm uma certa experiência de vida, mas acabam não tendo experiência

profissional, são pessoas leigas que foram tiradas da comunidade agora”.(Entrevistada C)

“Elas ainda não tem um bom treinamento... nós queremos que elas entendam que não é ir lá e falar oi, tudo bem? Tudo bem? Tchau e pronto”. (Entrevistada E)

“Têm algumas coisas que talvez elas deveriam ter noção e aprender mais. A gente tenta passar um pouquinho... Mas aquele medo de não querer se comprometer, não é!? aí joga a responsabilidade para o médico”. (Entrevistada F)

D relata como a equipe lida com as dificuldades das ACS e de si mesma:

“Os agentes comunitários identificam alguma coisa que eles está tendo dificuldade... aí a equipe monta tipo um seminário, explica... E isso é muito importante para nós”.(Entrevistada D)

G relata os quatros princípios que tenta passar para os ACS como forma de conscientizá-los sobre a necessidade de aumentar o coeficiente de autonomia das pessoas, proporcionando-lhes a qualificação da vida através da conquista ou reconquista de direitos básicos de cidadania:

“... a não maleficência, quer dizer, primeiro não prejudica-lo, depois beneficência, depois autonomia e justiça, quer dizer, os quatro princípios a gente tenta passar para os ACS...e depois a gente trabalha muito a questão do relacionamento interpessoal, quer dizer, como que você atende seu cliente”. (Entrevistada G)

O mesmo entrevistado continua seu relato e demonstra sua preocupação em treinar os ACS no sentido de melhorar o “estranhamento” de casos referentes a problemas psicossociais e transtornos mentais:

“Eu to começando junto com restante da equipe dos núcleos a trabalhar com os ACS, a avaliação de alguns instrumentos de transtornos mentais, e problemas psicossociais que são de fácil aplicação e que o próprio agente poderia aplicar”.
(Entrevistado G)

3.2. Representação do residente em medicina de família

F discorre sobre a sua mudança de pensamento com relação à doença mental e sua preparação após a residência:

“A gente tem a capacidade de estar acompanhando, de estar dando a atenção inicial a esses pacientes e conseguir detectar aqueles que são mais graves, que precisam de um acompanhamento mais especializado. Então para mim, nessa parte, mudou bastante o meu conceito”. (Entrevistada F)

F relata também sobre as dificuldades existentes na residência em medicina generalista e comunitária com enfoque em saúde da família, proposta pela Medicina da USP de Ribeirão Preto. Interessante pensar que assim como um doente mental, a residente experimenta, em um nível mais ameno a sensação de ser excluída.

“A gente tem um representante de clínica, um representante na GO, um representante da pediatria, o da psiquiatria, neuro não tem... E aí a gente vai passando nos vários estágios. Só que a gente nunca é residente deles. A gente

acompanha, tanto que tem preconceito que eles falam que a gente é “café-com-leite”, que a gente é sexto-anista aluno-plus, a mais, porque na verdade os alunos só acompanham, a gente não atende... Tudo que a gente quer falar, que a gente quer melhorar, que a gente quer fazer, eles falam assim: “... A gente só está colaborando com vocês, a gente não é responsável pela residência de medicina de família, a gente só colabora.” (Entrevistada F)

“A gente tem que ter um chefe e uma cadeira... um chefe com uma visão ampla e um bom relacionamento com as outras clínicas porque a gente precisa delas. Porque na pediatria tem um pouco de preconceito e resistência da parte dos ‘cabeças’...falam também que quem passa é porque é residente fraco”. (Entrevistada F)

G fala sobre as dificuldades corporativas, retratadas no seguinte fragmento:

“A Sociedade Brasileira de Pediatria, coloca a saúde da família... como incompleta... ineficaz, porque deveria ter um pediatra na equipe...a minha interpretação disto é que esta é uma questão corporativa... conforme você vai criando esses profissionais, a necessidade de profissionais pediatras vai diminuindo... vai assumindo uma característica, mais de especialidade de nível secundário... isso traz conflitos, que é o que aconteceu, por exemplo, em Portugal, Espanha”. (Entrevistado G)

G continua seu depoimento falando sobre a formação de médicos especialistas:

“... a Universidade... segue as demandas do país... as demandas do mercado, que até pouco tempo atrás era formar os profissionais altamente especializados”. (Entrevistado G)

3.3. Representação do médico de família

G discorre a respeito da importância do profissional generalista no sistema de saúde:

“um profissional generalista seja um médico, ou um enfermeiro é uma coisa fundamental para você organizar um bom sistema de saúde, e quando a gente fala ser generalista...quer dizer atender todas as faixas etárias e ambos os sexos”. (Entrevistado G)

E fala sobre suas dificuldades relacionadas à Saúde Mental:

“... tem alguns casos que é bem difícil da gente conduzir que as pessoas ainda não aceitam muito essa questão de saúde mental...”. (Entrevistada E)

“Teve uma paciente com síndrome do pânico que eu tive muita dificuldade, eu não queria mais atendê-la, porque nada do que eu oferecia para ela, servia.. o G [psiquiatra] precisou sentar e conversar com ela ... às vezes a gente pede ajuda dele”.(Entrevistada E)

A confirma as dificuldades dos médicos:

“Eles sempre têm uma resposta pra gente, mas eu acho que eles têm dificuldades em relação às pessoas que desabafam”.

D representa a médica como quem trabalha em equipe:

“...numa UBS normal, você não vê a relação de médico... deles estarem dispostos a trabalhar com outras pessoas... e aqui acontece. E a gente consegue trabalhar melhor assim”.
(Entrevistada D)

O discurso acima retrata a importância de buscar estratégias de articulação entre a equipe para o desenvolvimento do trabalho no serviço de saúde da família. Nota-se que há uma necessidade maior de um bom trabalho em grupo por parte das equipes da medicina de família do que de outros serviços de saúde, devido suas diferentes proposta de tratamento. Os primeiros, diferentes dos últimos preconizam o tratamento contínuo do paciente, que no caso é a família, onde obrigatoriamente devem se comunicar, pois atendem famílias em comum e em um mesmo equipamento de serviço de saúde.

Por exemplo: um clínico geral atende um paciente em um Pronto Socorro em um dia que está fazendo plantão, o paciente conta sobre os diversos exames que fez, pedidos por diferentes médicos, dos quais não lembra os nomes, nem especialidades, nem ao menos onde foi atendido, o paciente decepcionado fala que “não deu nada”. O paciente relata sobre suas angústias, chora muito, fala que não consegue dormir e irrita-se com uma dor “parece que é no estômago”, motivo de ter realizado seus infinitos exames. Tais sintomas fazem o médico pensar em uma suposta depressão e imediatamente diagnostica: “Você está com depressão, vou te encaminhar para um psiquiatra”. O paciente já frustrado e talvez com uma pontinha de esperança, depois de alguns meses de espera consegue ser consultado no Ambulatório de Saúde Mental, então aparece outro médico na sua frente, agora um médico psiquiatra e a história é contada mais uma vez pelo paciente, talvez de uma forma diferente, talvez não possa falar mais sobre suas tristezas e choros, porque vai que falam que ele é “louco” e aí começa um longo trabalho deste

serviço, se primeiro conseguir fazer com que o paciente adere ao tratamento. Este é um caso muito comum ocorrido no serviço de saúde mental e sua descrição teve como intuito demonstrar a desnecessidade de um trabalho em equipe quando a proposta é apenas atender o paciente em um específico momento, diferente do PSF que têm como proposta acompanhar continuamente as famílias que se propõem atender.

3.4. Representação da auxiliar de enfermagem

D relata seu sentimento de depositária de angústias e sensação de impotência com relação às famílias que atende:

“A gente tem que estar preparada para ouvir tudo quanto é tipo de coisa. E eu acho que essa é a parte mais difícil... Porque às vezes você vai embora pensando... se você consegue fazer alguma coisa, ainda melhora um pouco, mas tem coisas que a gente não consegue fazer”. (Entrevistada D)

C e E relatam sobre a inexperiência das duas auxiliares de enfermagem do Núcleo :

“As auxiliares, estão no primeiro emprego... então talvez para elas, as coisas fiquem um pouco mais chocantes. Mas também tem uma formação, de outro jeito de olhar... com o tempo a gente vai conseguindo olhar de uma outra maneira”. (Entrevistada C)

“Nós [equipe] temos tentado... dar mais capacitação para as auxiliares, as duas é o primeiro emprego, as duas meninas que tão com a gente”. (Entrevistada E)

Esses relatos demonstram a falta de conhecimento técnico por parte das auxiliares de enfermagem com relação a doenças mentais.

3.5. Representação social da enfermeira

C faz uma comparação entre a sua profissão e a medicina, onde a enfermagem é representada como mais humanista:

“O enfermeiro ele é uma pessoa que... tem um olhar diferente para as outras pessoas ... ele dá mais apoio do que o próprio médico...o enfermeiro cuida mais”. (Entrevistada C)

A enfermeira continua seu depoimento mostrando suas dificuldades em lidar com a visão médico centrada da população, na qual apenas o médico é capaz de curar:

“Eu acho que a maior dificuldade que eu tenho hoje é com as pessoas que dizem: ‘Não, eu não vou tomar um remédio sem ser receitado, eu quero é passar no médico’”. (Entrevistada C)

O fragmento do relato de E confirma o histórico relacionamento entre enfermeiro e médico:

“Nós tivemos dificuldades de relacionamento... médico e enfermeira, aquela briga eterna [risos]. De vez em quando aparece nas reuniões, uma vez por mês, pelo menos, alguém chora, alguém se ofende”.(Entrevistada E)

Observando o relato de F percebe-se que esse conflito histórico entre estas duas profissões continua no Núcleo do PSF:

“Não existe residência em saúde da família para as enfermeiras... isso está errado. Tanto que... elas acham que é só trabalho burocrático... que elas são ... o coringa: resolve um negocinho aqui, ali...a formação delas é muito boa na parte técnica para elas ficarem só na parte administrativa...é gastar um profissional à toa”. (Entrevistada F)

Interessante notar que justamente os encargos administrativos fizeram C desistir de sua profissão, retornando a exercê-la apenas quando teve a possibilidade de trabalhar no PSF, onde estaria livre destas funções:

“Para mim aquilo não era enfermagem, essa história de tomar conta de funcionário, de olhar cartão de ponto, de fazer escala, de conferir material, fazer limpeza...eu queria era estar perto das pessoas, eu queria era cuidar das pessoas”. (Entrevistada C)

“Eu me lembro que a primeira vez que eu li um texto sobre Saúde da Família eu já falei : ‘Isso aqui é ser enfermeiro’...essa história de você...ter essa proximidade com as pessoas de quem você está cuidando, eu acho que isso é fazer enfermagem”. (Entrevistada C)

Na continuação de seu relato, pode-se perceber que mesmo no PSF, ela não se coloca totalmente à parte das funções administrativas:

“Então eu estou aqui dentro, estou dando um apoio na recepção, faço alguns atendimentos das pessoas que procuram a unidade e faço algumas visitas”. (Entrevistada C)

Fazendo uma sucinta análise histórica entre a relação da enfermagem com a medicina percebe-se que os conflitos surgem pela disputa de poder, sendo as funções voltadas à burocracia administrativa carregadas de símbolos de status e poder, característica criticada tanto por parte da residente com relação à enfermagem praticada no núcleo do PSF, quanto da enfermeira do núcleo com relação à enfermagem praticada em hospitais.

Com relação à Saúde Mental C esboça a necessidade de um melhor preparo e evidencia a importância de realizar a formação oferecida pelo supervisor da área de saúde mental G aos residentes de medicina de família, sendo esta uma forma de adquirir conhecimentos técnicos necessários para o desempenho de suas funções. Cabe informar que G convidou as enfermeiras dos cinco Núcleos supervisionados pela USP, de forma a contribuir com sua evolução profissional. Ilustrado pelo seguinte relato:

“Eu acho que a gente precisa de uma formação melhor. Para mim tem sido muito bom essa coisa de estar na formação junto com os residentes... é interessante porque a gente começa a ver os diagnósticos, como é que você faz para identificar”.
(Entrevistada C)

3.6. Representação do psiquiatra

Uma frase ouvida de uma das ACS ilustra a representação do conhecimento psiquiátrico como algo inatingível:

“A gente tem o aval do doutor G [psiquiatra] que é uma pessoa de outro mundo”.

C e F demonstram a falta de conhecimento técnico, com relação a diagnosticar uma doença mental e mencionam a segurança

sentida com o apoio de um psiquiatra, o que pode ser demonstrado pelos fragmentos a seguir:

“... tive um problema com um parentesco de um ACS... precisei pedir para o H. [residente em psiquiatria] conversar com os pais de uma das ACS, que eu fiquei perdida... ele conversou... fez avaliação e descartou alguma doença, ficou mais fácil eu me senti mais tranqüila”. (Entrevistada C)

“Tem o G, ele deu bastantes livros para a gente, ele deu questionários para a gente poder estar perguntando para a gente poder estar detectando... dá um pouco de tranqüilidade, porque a gente pode estar discutindo com ele”. (Entrevistada F)

E relata sobre sua dificuldade e também dos médicos psiquiatras em lidar com problemas sociais, os quais estão intrinsecamente ligados à promoção de saúde mental:

“... nós temos um caso de violência infantil... que acho que nós dois [médica de família e residente em psiquiatria] ficamos perdidos”.

4. Programa de Saúde da Família no seu contexto atual

Diz-se que a recente implantação do PSF no Brasil tem como molde à assistência à saúde da família de países como Inglaterra, Canadá, Espanha, entre outros. No entanto o número de famílias atendidas

por uma equipe mínima estipulada pelo Ministério da Saúde, no Brasil é maior do que em outros países, o que prejudica a realização do trabalho desenvolvido. O que pode ser confirmado discurso de G e B:

“... eu acho que é muita, assim, a experiência que a gente tem, olha que é 4.500 pessoas, 1000 famílias, eu acho que é muito, eu acho inclusive que a gente vê internacionalmente, na maioria dos lugares onde funciona bem e tal , eu acho que a gente deveria pensar no máximo em 3000 pessoas, talvez 2500, 2700 pessoas, 600/700 famílias”. (Entrevistado G)

“A cobertura que a gente tem que dar... em relação à população... é bastante volumosa e a gente tem vontade de dar uma cobertura total e é impossível”.

(Entrevistada B)

No momento em que F sofre o boicote por parte das diferentes clínicas especializadas durante sua formação, relata as críticas ao PSF advindas de médicos especialistas:

“Eles [chefes de outras clínicas] pensam que é uma coisa propagandística, só do governo federal... vêem só a visão de especialidade... se fosse uma porcaria ... porque é que a Inglaterra tem e funciona muito bem! Então eu acho que é muito preconceito mesmo”. (Entrevistada F)

A entrevistada A fala sobre as necessidades da população relacionada à saúde mental:

“Eu acho que tudo aquilo que elas falam pra gente é acumulado de muito tempo, o que a gente pode fazer no momento é

conversar, mas eu acho que elas precisam de muito mais do que isso”. (Entrevistada A)

As entrevistadas A, B, C, E e F continuam seus discursos chamando atenção para necessidade de atendimento psicoterapêutico nos núcleos, no sentido de atender a população e a própria equipe:

“Tinha que ser alguém da área, como psiquiatra, psicólogo...pelo menos umas duas, três vezes por semana, fazendo uma terapia em grupo, às vezes podia ajudar né!?...eu acho que precisava de uma assessoria além pra população, uma assessoria pra a gente, nós, agente comunitário...psicológica, né!?”. (Entrevistada A)

“Um atendimento psicológico é bom. Isso é seríssimo. Isso ajudaria várias pessoas ...todos os lugares deveriam ter um psicólogo... pra nós eu acho que precisaria mesmo é o... psicólogo, que não temos” (Entrevistada B)

“ precisaria de um psicólogo em cada equipe mínima...não só para atender a população, mas também para atender a própria equipe, para ajudar a lidar com essas questões e para lidar com outras questões também”. (Entrevistada C)

“...pra cada quatro, cinco núcleos de PSF deveria ter uma equipe de Saúde Mental...eu acho importante a terapia e só não fiz por falta de grana, não que eu acho que eu não precise...”. (Entrevistada E)

“Faltam algumas coisinhas, igual eu te falei, umas terapias, alguma coisa mais junto, que pudesse estar estimulando mais.” (Entrevistada F)

E e F discorrem a respeito da demora no atendimento do Serviço de Saúde Mental

“Eu acho que aqui em Ribeirão a gente está precisando mais de profissionais da área da Saúde Mental... na verdade o serviço funciona só que é demorado, nós temos grande demanda só que como demora dois meses no mínimo...as pessoas acabam retornando antes pra gente”. (Entrevistada E)

“Eu acho que [o Serviço de Saúde Mental] funciona, só que a demanda é muito grande...se organizar bem, a atenção primária... porque a gente pode evitar que muitos pacientes precisem ir para o nível secundário...então reduziria muito para a saúde mental, como especialidade, e até para o hospital mesmo”. (Entrevistada F)

C fala sobre a conduta ineficaz dos médicos das Unidades Básicas de Saúde com relação a portadores de doença mental:

“Nós temos um caso aí de uma menina... ela teve um surto...o pai levou para o hospital-escola e o pessoal lá deu uma injeção...de valium nela, derrubou a moça e mandou embora”. (Entrevistada c)

E confirma o discurso de C com sua própria vivência:

“Eu sempre fiz muito plantão... mas aquela questão assim que chegava meio agitado... eu tinha medo de lidar, eu geralmente, assim, acabava dando calmante... passava o plantão para outro [riso] e não sabia o que tinha dado”.(Entrevistada E)

F alerta para a necessidade de treinamento destes médicos:

“Precisa ter uma maior orientação para os médicos...nessas UBDS [Unidade Básica de Saúde]...nem fazem diagnóstico direito já dão diazepam, diazepam, diazepam...”
(Entrevistada F)

As entrevistadas D, E e F falam sobre as dificuldades com relação a serviços da área social:

“Tem muita gente aqui que precisa... Vou citar um: cesta básica...a gente sabe que não tem esse dinheiro aqui, às vezes não tem esse dinheiro na assistente social... Não é só mandar para lá que às vezes ela não tem.” (Entrevistada D)

“... temos um... que nós fizemos uma denúncia de uma adolescente de quinze anos, grávida... que estava amarrada na cama... a gente entrou em contato com o conselho tutor... tentamos voltar a entrar em contato... mas não conseguimos...” (Entrevistada E)

“... o Conselho Tutelar ou a Delegacia da Mulher... esses órgãos têm que estar bem entrosados... porque eu acho que violência, essas coisas, fazem parte de saúde mental... e não estão... A gente teve uma denúncia de agressão e... não sei se levaram muito... Sabe, muito distante, muito sem interesse. Ainda falaram que da primeira vez a gente fez uma suspeita infundada e não foi. Então não tem aquela coisa, aquele entrosamento”.(Entrevistada F)

O fragmento do discurso de G a seguir, sugere uma forma ideal de trabalho entre os serviços de saúde e social:

“eu acho em termos de serviço social, o ideal realmente seria o serviço social ter uma área de abrangência comum ao serviço de saúde em assistência primária e você trabalhar conjuntamente”. (Entrevistada G)

VI – Discussão dos resultados

A importância da análise sobre as representações sociais de questões referentes à saúde mental pela equipe do PSF se dá, pelo fato destas representações estarem inscritas na práxis social⁶⁰ e determinarem condutas e orientações de comunicações sociais⁶¹ entre a equipe e as famílias atendidas. O PSF é um programa de assistência primária à saúde e utiliza os grupos de risco enquanto foco de estratégias de prevenção de doenças. Nesse sentido, esta investigação se apóia no fato de que muito se pode fazer a grupos de pessoas em que se detectam fatores de risco de conflitos ou transtornos mentais futuros.

A pesquisa demonstra as diversas representações de doença mental que circulam no imaginário da equipe do PSF. Na realidade, esta equipe é uma porção da sociedade como um todo, e suas representações são frutos de sua cultura, vivências pessoais e conhecimentos técnicos. Nesse sentido, a forma como a sociedade interpreta e se relaciona com o sofrimento mental sucede de diversos contextos-históricos.

Tendo como referência os depoimentos descritos no capítulo anterior percebe-se que os entrevistados fazem uma relação do *ser diferente* com a exclusão social o que pode ser exemplificado pelo caso da pessoa tímida que era excluída pela professora e da tia com síndrome de Down que provocava medo e conseqüentemente afastava as pessoas de seu contato.

Os entrevistados fazem ainda uma relação do *ser diferente* com a pessoa que sofre alguma doença mental ou problema psicossocial, nestes casos a exclusão social são vivenciadas com maior intensidade que é o caso da irmã de um dos entrevistados que foi expulsa de casa e futuramente internada em Hospitais Psiquiátricos, o primo de meia idade que depois de muitas internações em Hospitais Psiquiátricos se encontra

⁶⁰ PERRUSI, A. *Imagens da loucura: Representação social da doença mental na psiquiatria*. São Paulo, Cortez, 1995.

⁶¹ MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978

internado em um estabelecimento onde a maioria de seus usuários é idosa e o filho que fora internado em uma Clínica de Drogaditos.

Através dos depoimentos observa-se também a relação feita entre doença mental e o suicídio, onde o ato de se suicidar evidencia a exclusão proporcionada pelo próprio indivíduo, sendo esta gerada, ou pressionada por fatores sociais e interpessoais.

A equipe concebe como causas contribuintes para o desenvolvimento de uma doença mental e problemas psicossociais, características orgânicas, a própria personalidade, as frustrações sofridas durante a vida, a influência do meio social, a miséria, a fome, a drogadição, a violência, a falta de apoio familiar, entre outros.

Através da análise do conteúdo dos discursos percebe-se que o doente mental é representado como uma pessoa incapaz, dependente, agressiva e desencadeador de medo, dó e vergonha, sendo este último atributo comumente despertado aos familiares.

Informações como estas confirmam as idéias defendidas na apresentação e introdução deste projeto quando se discorre sobre uma história da doença mental carregada de preconceitos e exclusão social, características ainda presente consciente ou inconscientemente no imaginário da população, cujos entrevistados fazem parte.

Interessante notar que os entrevistados falam sobre doenças mentais, principalmente depressão, não necessariamente utilizando esses termos, como algo bastante comum, citam histórias de amigos, parentes ou até de si mesmos que passam ou passaram por situações que hoje reconhecem que é ou era uma doença mental. Não poderia ser diferente considerando que 25% da população mundial em algum momento de suas vidas sofrem de alguma doença mental ou problema psicossocial.⁶²

Os entrevistados relatam sobre o desconhecimento das doenças mentais por parte dos usuários, principalmente quando estas não se manifestam através de surtos, característica facilmente relacionada ao conceito de “loucura” prevalente no imaginário do senso comum. Um

⁶² idem 16

exemplo é a depressão, que é trazida pelos entrevistados como doença mental mais atendida pelo núcleo do PSF.

Os depoimentos demonstram ainda que faltam conhecimentos técnicos sobre doenças mentais à equipe do PSF, os quais estão arraigados apenas no conhecimento do senso comum. Tal interpretação surge do fato dos entrevistados demonstrarem não conhecer as diferentes doenças mentais e suas respectivas fases, relatarem sobre as dificuldades que têm de identificar uma doença mental, mencionarem o fato de certamente existirem casos de doenças mentais que nunca serão descobertos pela equipe e o fato de não terem a consciência de que é ponto primordial para o tratamento do doente mental, o trabalho para recuperação de sua cidadania.

Diante do exposto, apreende-se a necessidade de reformulação do conceito de cura por parte da equipe do PSF que não consideram *o curar alguém* no sentido de lutar para ampliação do coeficiente de sua autonomia. Assim sendo, a equipe não proporciona um processo terapêutico voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, portanto não oferecem a oportunidade do paciente melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, conseqüentemente, não capacitam o indivíduo de instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida.⁶³

O Hospital Psiquiátrico é mencionado enquanto forma de tratamento dos doentes mentais e representado em seu modelo clássico enquanto um lugar onde as pessoas não tinham direito a individualidade, onde eram amarradas, presas e recebiam eletrochoques. O Movimento de Luta Antimanicomial aparece como possibilidade de mudança no discurso da entrevistada C quando diz: “Vamos tirar, vamos desocupar... lá não é depósito”, no entanto não se verificam na continuidade de seu depoimento tais atitudes em sua práxis social, quando, por exemplo, não vê alternativa

⁶³ CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas . O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O (org) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo. Hucitec, 1994

para o primo “esquizofrênico e agressivo” de seu marido, a não ser a internação.

A religião é representada de duas formas, por diferentes entrevistados. Primeiramente a enfermeira cita a religião enquanto processo de fuga, quando conta sobre sua amiga que busca incessantemente um contato com sua filha falecida. Posteriormente a religião é trazida pelos discursos das agentes comunitárias de saúde enquanto método de tratamento da doença, onde a possibilidade da cura acontece pela transcendência, tal representação traz à tona a falta de capacitação e de conhecimento científico por parte destas profissionais em lidar com questões referentes à doença mental.

Segundo os entrevistados uma forma eficaz de tratamento da doença mental é adquirida através da realização de terapias individuais ou em grupos. A terapia é vista pela equipe como método de promoção de saúde mental que pode ser desenvolvida pela assistência primária, no entanto esta é uma técnica utilizada pela assistência secundária à saúde mental, onde se encontram profissionais especializados para o seu adequado desenvolvimento. Observa-se que a equipe desconhece alternativas de assistência primária em saúde mental e chegam a sugerir que deveriam ser desenvolvidas sessões de terapias no próprio núcleo de medicina de família, sendo esta uma forma de conseguirem atender a demanda por assistência à saúde mental. Essa sugestão também tem como causa a demora por conseguir uma consulta à saúde mental em nível secundário, onde o paciente encaminhado acabava voltando a ser atendido pela assistência primária, que acaba não tendo recursos técnicos para um adequado atendimento.

Os resultados demonstram a representação da utilização de medicamentos enquanto método eficaz de tratamento, inclusive esse tipo de tratamento parece ser a estratégia mais utilizada pelo núcleo, cabe informar que um dos entrevistados fala sobre a necessidade de estímulo através de conversas, no entanto a equipe não se mostra capacitada para isso. Cabe aqui uma ressalva em defesa do movimento progressivo de

busca em descentralizar e ampliar as responsabilidades do olhar clínico da equipe de saúde que devem ter consigo o conceito de cura ou promoção de saúde relacionados ao meio social e a história psíquica de cada indivíduo, onde as ações clínicas pretenderem ser eficazes não poderão nunca se restringir à mera utilização de drogas, ou seja, além desse clássico padrão de intervenção terapêutica, urge trazer para o rotineiro espaço de assistência à saúde a valorização da fala e da escuta. A afirmação já dita anteriormente vem a calhar enquanto uma consideração dessa investigação: “Sem a renovação dos modos como vem se exercendo a comunicação profissional / paciente, ou serviço de saúde / comunidade, nunca diminuiremos a dependência do homem moderno da instituição médica.”⁶⁴

Desta forma imagina-se que uma prática de assistência renovada poderia contribuir para que os indivíduos tivessem relações mais produtivas e maduras com relação à doença, à prevenção de saúde, com os profissionais e com as próprias instituições de saúde. As equipes de saúde, no caso a equipe do PSF, poderia trocar com seus clientes noções sobre as maneiras que eles próprios poderiam acionar os recursos médicos, sociais e individuais - familiares, existentes em cada situação específica⁶⁵.

A estratégia de temas como Vínculo, Acolhimento, Contrato, Auto-cuidado, entre outros, são componentes essenciais ao repensar o exercício da assistência à saúde. Inclusive a capacitação da equipe do PSF para desenvolverem essas estratégias muito ajudaria seus clientes e a si mesma. Os depoimentos dos entrevistados demonstram suas dificuldades nesse sentido quando estabelecem vínculos onde acabam se sentindo angustiados, com desejo de desistir de determinados casos, que é o exemplo da médica que gostaria de não precisar atender mais a mulher com diagnóstico de síndrome do pânico, a qual não aceita nenhum tipo de estratégia de tratamento oferecida. Nesse sentido, a demonstração de passividade por parte do paciente ou da comunidade é um empecilho à

⁶⁴ idem 63

⁶⁵ idem 63

cura, à prevenção e à promoção de saúde, portanto não há forma mais contundente de combate à medicalização do que a introdução no discurso da saúde e, por decorrência, nas práticas de assistência à saúde, do tema *Auto –cuidado*.

Um dado obtido através dos discursos dos entrevistados que denuncia o excesso da utilização de medicamentos e o conseqüente descontrole dos pacientes sobre esta atividade acontece quando relatam sobre as inadequadas prescrições de calmantes por parte de médicos plantonistas, prática também desempenhada pela médica entrevistada quando fazia plantões, o que acaba denunciando a inexperiência e medo por parte destes médicos com relação aos portadores de doença mental. Exercícios como esses trazem à tona, falhas existentes nas formações de profissionais voltados à saúde, principalmente no que tange aos problemas de ordens mentais.

A construção do contrato entre profissional e paciente e também entre uma equipe profissional, somente é estabelecida quando há sujeitos com grau relativo de autonomia, pois em relações de poder desequilibradas, não há contrato mas apenas imposição de fatos consumados. Cabe informar que um contrato não elimina as diferenças de poder nem as diferenças de papéis, muitas vezes importantes para o adequado funcionamento do Coletivo. Daí a importância de selecionar procedimentos metodológicos necessários para que esse efeito se cumpra.

Um procedimento é o próprio reconhecimento de que as relações interpessoais sofrem a influência de processos inconscientes de circulação de afeto, sendo de extrema importância considerar a existência de transferência e contra-referência entre profissional e paciente e entre a própria equipe profissional. O conceito de transferência é originário da psicanálise e “designa um processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida...”⁶⁶. A utilização desse conceito exige o cuidado de estar sendo utilizado fora do quadro da relação analítica tradicional, não

⁶⁶ LAPLANCHE & PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. 2ª ed. Trad. de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992

que isto não tenha sido feito antes. Pois bem, a utilização deste conceito se faz necessária para indicar que há fluxo de afeto e emoção nas relações que se estabelecem entre os membros da equipe do PSF e seus clientes e entre os membros da própria equipe.

Tomando-se como pauta a relação entre os membros da equipe e os usuários do serviço constata-se o fluxo de afeto e emoções quando os entrevistados trazem em seus discursos, por exemplo, seus sentimentos de dó com relação a um paciente ou de angústia quando “levam o problema do paciente para casa”, aonde vem à tona o sentimento de incapacidade de ajudar. O sentimento de ser depositário de angústias prevalece nos agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem. Acredita-se que isso acontece devido o fato de suas funções, como fazer visitas domiciliares mensais, lhes proporcionarem um contato mais intenso com as famílias, além de não serem capacitados para lidar com estas questões. Informações como estas denunciam a inexperiência destes profissionais e suas necessidades de treinamentos, principalmente no que diz respeito às questões referentes à saúde mental da população e de si mesmos. Aproveitando a problemática já inserida cabe ressaltar que esse tipo de treinamento aparece nos depoimentos como necessidade também dos outros profissionais, quando discorrem sobre as dificuldades em, por exemplo, atender um determinado caso de doença mental.

Como já foi dito no capítulo anterior, a equipe do PSF diferente de outras equipes de saúde têm como método de tratamento o acompanhamento contínuo das famílias que são de responsabilidade de toda a equipe. Diante do trabalho em grupo, a equipe demonstra suas dificuldades e pede por suporte técnico com intuito dos membros conseguirem lidar melhor com seus próprios sentimentos e manter um bom relacionamento entre os membros da equipe.

Existem dois modelos polares para a organização dos processos de trabalho em saúde. De um lado, em contextos mais tradicionais, observa-se uma agregação vertical dos profissionais, onde o trabalho tende-se a burocratizar devido o fato de cada membro sentir-se

responsável apenas por fazer apenas aquilo que está estritamente ligado a sua própria área técnica ou especialidade.

Por outro lado, há experiências mais radicais de horizontalização dos organogramas, onde todos os profissionais fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em particular. Diretivas como essas encontram resistência natural da maioria dos trabalhadores, que quando trabalham desta forma acabam se tornando agentes promotores de saúde, mas com um menor grau de capacitação em executarem procedimentos de sua especialidade quando fossem supostamente necessários.

Considerando os pontos negativos de ambos modelos o desafio seria combinar características polares antagônicas, inventando um modelo organizacional que mais potencializasse a produção de saúde pela equipe do PSF. Assim como Gastão (1997) sugere-se o trabalho com os conceitos de Campo de Competência e Núcleo de Competência.

Entende-se por Núcleo o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade, o que marcaria a diferença entre os membros da equipe.

Por Campo entender-se - ía os saberes e responsabilidades comuns as várias profissões. Todo saber básico, por exemplo, sobre saúde-doença, sobre regras gerais de promoção de saúde, inclusive saúde mental e sobre relação profissional / paciente.

Mesmo reconhecendo a superioridade do trabalho em equipe torna-se necessário a definição precisa e inequívoca de responsabilidade individuais diante de cada caso, onde o profissional responsável pelo caso deveria, inclusive, solicitar apoio de outros membros da equipe e de outros serviços de saúde.⁶⁷

Percebe-se que para atingir este modelo de organização a equipe do PSF precisaria de um apoiador institucional que

⁶⁷ CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY,É.E & ONOCKO,R (org) *Agir em saúde , um desafio para o público*. São Paulo,1997.

tem como função ajudar na gestão e organização do processo de trabalho.⁶⁸

Na realidade, os entrevistados sentem necessidade de um tratamento psicoterápico consigo mesmos e acreditam na importância deste trabalho quando inserem seus filhos, indicam para um amigo, relatam que fizeram num momento difícil de suas vidas ou deveriam ter feito e quando apontam a demanda da população para esse atendimento. Poucas pessoas procuram o atendimento psicoterápico oferecido pela assistência secundária, pois ainda hoje existe uma cultura preconceituosa, na qual as pessoas têm o hábito de sofrerem sozinhas, nesse sentido a assistência primária à saúde mental muito pode fazer nestes casos.

A relação entre os membros da equipe é traduzida através das referências discursivas enquanto conflituosa, chegando a provocar pelo menos uma vez por mês choros nos diferentes profissionais quando se encontram nas reuniões de equipe que ocorrem semanalmente. Aparece também nos discursos da enfermeira, da médica e da residente, o histórico conflito entre a medicina e enfermagem, onde a enfermeira se coloca enquanto profissional mais “humanista” e com dificuldade de lidar com o paciente que só aceita ser atendido por médico e em contrapartida o parecer médico critica a enfermagem por se voltar às funções burocráticas. Interessante notar que a enfermeira também critica essa posição da enfermagem enquanto profissão voltada às funções administrativas, inclusive foi isto que a fez desistir da profissão por vários anos, no entanto a residente não vê mudanças na conduta da enfermagem dentro do núcleo do PSF.

Conflitos como o relatado acima, assim como o excesso de medicalização no tratamento de doenças, a utilização do hospital como meio e o fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde e a responsabilidade pela cura estar nas mãos do médico faz parte da lógica médica centrada vigente no Brasil, onde o sistema de saúde como resposta a demanda do mercado se concentrou na especialidade médica. Esta lógica

⁶⁸ CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000

dificulta a propagação do PSF na comunidade, que para sua implantação, antes deve conscientizar a população sobre o significado de assistência primária e alertá-la a respeito da responsabilidade que possui sobre seu próprio estado de saúde que está diretamente ligado ao seu bem estar social. Bom seria se este trabalho de conscientização proviesse de todas as pessoas voltadas ao campo da saúde. No entanto, a histórica visão médica centrada é praticada em maior proporção tanto pelos profissionais da área, quanto pela própria comunidade.

Neste contexto, assim como aponta o psiquiatra entrevistado, a Universidade atende a demanda do mercado, onde o sistema de assistência à saúde até então era voltado apenas para medicina especializada. Na atualidade, as limitações científicas dessas especialidades são reconhecidas, além da preocupação por parte da administração pública com seu alto custo. Assim sendo, a demanda pela assistência primária começa aparecer, a procura por médicos generalistas e médicos de famílias demonstram seu valor e as necessidades de mudanças na formação dos profissionais da saúde começam emergir

As necessidades de mudanças nos currículos de cursos de graduações de áreas voltadas à saúde e assistência social aparecem nos discursos dos entrevistados quando relatam a inexperiência dos profissionais formados com relação aos problemas de saúde mental e também quando desconhecem alternativas de promoção de assistência primária saúde.

A residência em medicina generalista e comunitária com enfoque na saúde da família oferecida pela USP de Ribeirão Preto recebe suas críticas por parte da residente entrevistada quando cita o fato de não existir um chefe e uma cadeira responsável por esta residência, por encontrar resistência e preconceito por parte de outras clínicas médicas e por profissionais destas clínicas comentarem sobre a falta de competência dos residentes em medicina generalista e colocarem o PSF enquanto apenas uma estratégia de propaganda do Governo Federal. Essa última fundação tem seu embasamento se pensamos que no Brasil as equipes de

medicina de família atendem uma demanda bem maior do que as de outros países considerados como modelos nesta prática.

Em contrapartida percebe-se que os médicos de família defendem sua opção de escolha e acreditam que muito pode ser feito à saúde da população, apesar de sentirem muitas dificuldades com relação à nova e faltosa implantação da assistência primária no Brasil, que conseqüentemente geram um tratamento debilitado, na proporção que promover saúde depende do contexto sócio-político-econômico da população.

Referências discursivas da residente entrevistada demonstram que a escolha pela medicina generalista necessita de um ideal, pois em termos de finanças, outras especialidades proporcionam maiores lucros. Interessante perceber que o residente se vê como excluído, como um diferente, como alguém sem competência. Tais sentimentos no remete as sensações dos próprios portadores de doença mental.

Importante ressaltar a implantação do agente comunitário de saúde (ACS) como proposta inovadora no sistema de serviço de saúde, onde suas condutas são de essencial importância para o bom desenvolvimento do PSF. Com intenção de fazer do PSF uma estratégia de promoção de saúde mental torna-se relevante o bom treinamento dos ACS, pois a forma como hoje exercem suas funções pouco se usa no sentido da prevenção de doença mental. Entende-se que um ACS estará bem treinado quando estiver capacitado para estranhar situações de risco para o surgimento ou piora de uma doença mental ou problema psicossocial e também, como foi bem colocado G, quando estiverem conscientes de um conceito de tratamento fundamentado na não maleficência, beneficência, autonomia e justiça.

Os ACS atendem famílias com problemas psicossociais e transtorno mentais e sentem debilidade em seu atendimento quando, por exemplo, escolhem não atender estas famílias num dia que não estão se sentindo muito bem, quando pensam numa palavra positiva para levar a essa casa antes de visitá-la, quando recorrem à religião como forma de

cura pela transcendência, quando rezam com o paciente em prol de melhorias e quando vão embora de seu trabalho pensando nas famílias atendidas. Na verdade, as ACS entrevistadas se sentem depositárias de angústias e problemas das famílias que atendem, e de forma simplória pedem ajuda quando cobram mais disponibilidade de tempo da equipe para discussões de casos e quando sugerem que seria bom ter um psicólogo para conversar, inclusive a ACS A representou a entrevista como um momento em que pode se abrir e que poderia acontecer freqüentemente.

O psiquiatra é representado pela equipe enquanto o profissional que dá um respaldo para os casos referentes à doença mental. Ademais a médica entrevistada cita um caso de violência infantil onde o residente em psiquiatria se sentiu perdido.

Isso posto, nota-se que profissionais da área de saúde mental têm suas limitações quando tratam pessoas com problemas psicossociais, nos quais padecem de violência, violência doméstica, desemprego, prostituição de menores, miséria, fome, entre outros. Nesse ínterim, torna-se de extrema importância o bom entrosamento entre os diversos equipamentos de Assistências Sociais, Educacionais e Saúde, como Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar, Escolas, Hospitais, Serviços de Saúde Mental, Núcleos do PSF, entre outros.

Segundo o discurso dos entrevistados não há um bom entrosamento entre o PSF e o Serviço de Assistência Social, no sentido de que se faz o encaminhamento e não se recebe retorno das providências tomadas, quando são tomadas. Com relação aos serviços de Saúde Mental, a equipe informa que faltam profissionais, e os pacientes encaminhados acabam voltando ao atendimento no PSF antes de serem consultados, devido a grande fila de espera. Esta problemática confirma a idéia defendida na introdução deste trabalho, onde a melhoria da assistência à saúde como um todo e também à saúde mental decorre do bom entrosamento entre assistência social e à saúde em nível primário, secundário e terciário.

VII – Considerações Finais

Considera-se que esta pesquisa atinge seus objetivos quando proporciona o acesso às representações sociais de doença mental e de promoção de saúde mental pelos diferentes profissionais de equipe do PSF de Ribeirão Preto.

Essa investigação evidenciou através das representações sociais convertidas em práticas de atendimento pela equipe do PSF, o quão novas e ineficazes são as poucas estratégias de assistência primária à saúde mental desenvolvidas por um Núcleo do PSF em Ribeirão Preto. Isso considerando que o Núcleo onde foi realizada a pesquisa dispõe de um respaldo de uma equipe de Saúde Mental, composta por um psiquiatra e residentes de psiquiatria. Nesse sentido, imagina-se menor eficácia por parte dos Núcleos coordenados pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, onde não existe esse apoio.

Sabe-se que os motivos que proporcionam um tratamento faltoso desempenhado pelo núcleo do PSF com relação à promoção de saúde mental, advêm de uma lógica política-econômica-social, na qual os membros da equipe estão inseridos sem propósito, ou seja, o sistema de assistência à saúde voltada à valorização da doença e prevenção terciária esta instituída na sociedade brasileira, bem como a necessidade de implantação e evolução de técnicas voltadas à assistência primária.

Espera-se que esse seja apenas um momento de transição no sistema de serviços de saúde e que cada vez mais haja possibilidades de aperfeiçoar o tratamento oferecido pelo PSF e criar novas alternativas de promoção de saúde. Acredita-se que as necessidades de execução de práticas em assistência primárias à saúde são emergentes, seja através do PSF ou outras alternativas.

O investimento na assistência primária à saúde por parte do governo acaba atingindo as Universidades, que inevitavelmente atende a demanda do mercado. Nesse ínterim, às modificações nos currículos de cursos centrados na área de saúde e assistência social é

um fator importante para evolução da assistência primária à saúde, pois através da forma de atendimento, da valorização da saúde, é possível mudar os valores que circulam na comunidade.

No que se refere à saúde mental, tais práticas são essenciais para quebrar os mitos cultivados na sociedade que muito prejudicam o bem estar da população como: o fato das pessoas sofrerem sozinhas; as famílias não acompanharem o desenvolvimento das crianças, o que implica na não proporcionalidade prematura de uma assistência à suas saúdes mentais; os médicos e as famílias não obterem conhecimento suficiente para detectar sinais e fatores de riscos à saúde mental dos indivíduos; a falta de conscientização por parte da comunidade de que transtornos mentais provocam sofrimentos e deficiências e; que o poder de ser saudável, muitas vezes está nas mãos dos indivíduos⁶⁹.

Cabe informar que a formação do agente comunitário de saúde está dentro da lógica descrita acima e como estes têm a função de fazer a ponte entre a comunidade e a equipe do PSF, torna-se de extrema importância o cuidado com suas seleções e treinamentos.

A Organização Mundial de Saúde ressalta que a saúde mental deve ser concernida na comunidade como um todo, considerando a pobreza, o sexo, a idade, o meio familiar e social como fatores associados à incidência e prevalência de doenças mentais⁷⁰. Nesse sentido a equipe ressalva a ineficácia do esquema de referência e contra-referência entre os serviços de assistência à saúde, social e educacional. O psiquiatra entrevistado propõe a organização destes setores por áreas iguais de atendimento o que traria bons resultados no atendimento da população.

Através de seu discurso percebe-se que essa mudança compete a ordens de poderes maiores, como se esta não fosse acessível

⁶⁹ BRUNDTLAND, G.H. (on line). *The promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders*. Georgia, Atlanta, 8 December 2000-disponível: http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001208_georgia.en.html

⁷⁰ idem 4

à equipe do PSF, no entanto seria de grande valor para o desenvolvimento do tratamento oferecido pela equipe do PSF se esta equipe procurasse desenvolver estratégias que promovessem um bom entrosamento entre os equipamentos de assistência social e à saúde.

A equipe declara explicitamente, a necessidade de atendimento psicoterápico à própria equipe e à população, sugerindo que este tipo de atendimento deveria ser desenvolvido nos Núcleos do PSF. Essa demanda retrata a ineficácia do serviço de saúde mental em nível secundário e as dificuldades pessoais de cada um, os quais são membros de uma sociedade traumática, onde não estão ilesos de desenvolver problemas psicossociais e transtornos mentais. Estas representações indicam a falta de conhecimento de alternativas de promoção de saúde mental por parte da equipe que se fixam na idéia de que promoção de saúde mental se limita ao oferecimento de atendimento psicoterápico, sendo que muito se pode fazer através da assistência primária para que pessoas não desenvolvam doenças mentais e problemas psicossociais futuros.

Diante do exposto, percebe-se que os núcleos do PSF em Ribeirão Preto almejam um respaldo de uma equipe de Saúde Mental. Acredita-se que muito ajudaria no desenvolvimento do tratamento à saúde mental da população no Brasil se seguissemos a estratégia desenvolvida na Espanha, onde existem equipes “volantes” de saúde mental responsável por um número determinado de equipes mínimas de saúde da família.

Por fim, cabe pensar na citação da Organização Mundial de Genebra a respeito do tema desta pesquisa:

“A atenção à saúde mental descentralizada deve ser parte integrante de um sistema de saúde amplo e, em seu caso devem participar também nela outros setores. As atividades dos escalões secundário e terciário devem servir de apoio as de nível primário, e o profissional de saúde mental com experiência deve desempenhar funções de supervisão”⁷¹.

⁷¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*: informe. Ginebra,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **DSM IV- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. trad. Dayse Batista; - 4. ed.- Porto alegre: Artes Médicas, 1995.
- BLEGER, J. **Psico- higiene e Psicologia Institucional**. Rio de Janeiro: Francis Alves, 1988.
- BORDIEU, P. O espírito de família. In: BORDIEU, P. **Razões Práticas**. **Campinas**: Papyrus, 1997.
- BRUNDTLAND, G.H (on line). **The promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders**. Georgia, Atlanta, 8 December 2000-disponível: http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001208_georgia.en.html
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas . O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo. Hucitec, 1994
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E & ONOCKO, R (org) **Agir em saúde , um desafio para o público**. São Paulo, 1997.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, Hucitec, 2000.
- CASÉ, V. et al. Saúde Mental e sua interface com o Programa da Saúde da Família: Quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (ed) **Saúde loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. Hucitec, 2000. p.121-35.
- CLARK, E.G. e LEAVELL, H. **Medicina Preventiva**, ed .Rio de Janeiro, Editora Mcgraw- Hill do Brasil, 1965.

- CLARK HG, LEAVELL HR. **Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach**, 3rd edition. New York, McGraw-Hill Book Co, 1965.
- COOPER, D. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- DURAND, G. **A Imaginação Simbólica**. São Paulo, Cultrix, 1988.
- ERICKSON M.F. The STEEP Programme: helping young families alone at risk. **Family Resource Coalition Report**, 3: 14-15, 1989.
- FOUCALT, m. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FRANCO, T. & MERLY, E. **Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios**.
- FURTADO, L. Psicologia para uma Saúde Pública integral: antecipar cuidados reduz os custos e os danos. Assistência Integral à população: meta de uma saúde pública com qualidade. **Psi jornal de psicologia**. CRP SP, mar/abril, 2001, p.11.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo Editora Perspectiva, cap.3, p.247-248, 1961: A vida íntima do hospital.
- GOLDBERG D.P, LEBRUBIER, Y. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Ü: Sartorius N, eds. **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester, John W. Sons on behalf of the World Health Organization: 323- 334, 1995.
- GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS. Prevención Salud Mental, p. 1-9, 2001.

- GUARESCHI, N. A criança e a Representação social de poder e autoridade: negação da infância e afirmação da vida adulta. In: SPINK, M (org.) **O conhecimento do cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- JODELET, D. La Representation Sociale – fenomenos, concepto y teoria. In MOSCOVICI, S (org.) **Psicologia Social**. Madrid, Paidós, 1985.
- JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais e esfera pública**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- LANCETTI, A (coord). **Saúde Loucura: saúde Mental e saúde da família**. São Paulo Hucitec ,n.7, 2000.
- LAPLANCHE & PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise**. 2ª ed. Trad. de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1992
- MANGUENEU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.
- MINAYO, M.C.S, **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.
- MOSCOVICI, S. The Phenomenon of Social Representations In FARR, R. & MOSCOVICI, S. (orgs) **Social Representations**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
- MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La intrducción de un componente de salud mental en la atención primária**: informe. Ginebra.OMS {on line} **Información para la prensa**, España, 2001- disponível: <http://www.who.int/whr/2001/main/sp/index.htm>

- PEDROSA, J.I.S & TELES, J.B.M . Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-311, 2001.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995. cap.3, p.30-37: Doença e saúde.
- PERRUSI, A .**Imagens da loucura: Representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo, Cortez, 1995.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- REYNOLDS, A, THORNICROFT, G. Step 5 Delivering the service components. In: **Magazine Mental Health Services**. Open University Press ,1999.
- SARACENO B, BARBUI C. Poverty and mental illness. **Canadian Journal of Psychiatry**, 42: 285-290, 1997.
- SPINK, M (org.) **O conhecimento no cotidiano. As Representações Sociais na perspectiva social**. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- SPINK, M. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In S. JOVCHELOVITCH & P. GUARESCHI (orgs.), **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- QUEIROZ, M. Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível'. In: SIMSON, O. de M. Von (org.) **Experimentos com histórias de vida**. São Paulo: Vértice, p. 14-44, 1988.
- QUEIROZ, M. **Variações sobre técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo, CERU E FFLCH/USP (coleção textos,4),1983.

- THORNICROFT, G. e TANSELLA, M. Community, mental health services and the public health. In: **The Mental Health matrix- A manual to improve services**, Cambridge University Press, cap.2,p.9-23, 1999.
- THORNICROFT G, TANSELLA M. **Common mental disorders in primary care**. London, Routledge, 1999.
- THORNICROFT G, TANSELLA M. **Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda**. Geneva, World Health Organization (unpublished document), 2000.
- TIZÓN, J.L, SPAGNOLO, E. La neuropsiquiatria de zona dentro de la asistencia primaria actual: una investigación con resultados críticos . **Revista Española de Sanidad e Higiene Pública**, 60 y 61: 46397 y 711744, 1986.
- TIZÓN, J.L. **Atención primaria en salud mental e salud mental en atención primaria**. Barcelona: Doyma, 1992.
- THOMPSON, E.P. **Miséria da teoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION {on line} Burden of Mental and Behavioural. In **The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope**, USA, Chapter 2,2001- diponível: <http://www.who.int/2001/main/en/chapter2/index.htm>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas**. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, April 2001).

WORLD HEALTH ORGANIZATION {on line} **Mental Health and Brain**

Desorders, USA, 2000- disponível:

http://www.who.int/mental_health/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION {on line} Integrating mental health care

intogeneral health services. In: **The world health report 2: Mental**

Health: New Understanding ,New Hope, chapter 4,2001. disponível -

<http://www.who.int/whr/2001/main/en/chapter4/0004b3.htm>

WINSLOW, C. E. A. **The Untilled Fieldas of public Health,** Science,n.s.,

51,p.23-33, 1920.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Profissão:

Há quanto tempo está trabalhando no PSF?

Porque começou a trabalhar no PSF?

Quais foram suas primeiras experiências com saúde?

Trabalhou em algum serviço de saúde anteriormente? Quais? Por quanto tempo? Porque se desvinculou deles?

Você teve contato com pessoas portadoras de transtornos mentais nos seus serviços? Como você os via, o que sentia, que atitudes tomava?

Você tem alguma pessoa próxima que em algum momento de sua vida sofreu de algum transtorno mental? O que ela ou ele teve (tem)? O que você acredita ter causado estes transtornos? Como você se envolveu?

O que você acha que melhoraria as condições de vidas de pessoas portadoras de transtornos mentais?

Você já passou por algum momento em sua vida que achou que poderia estar sofrendo de algum transtorno mental ou conflito psicossocial? O que você achava que era? O que o/a deixou daquele jeito? Como você se sentia? Continuo igualmente seu cotidiano? Você procurou ajuda? Que tipo de ajuda? Pensando hoje, o quê você acha que te ajudaria naquele momento? Qual foi o papel da sua família nesse momento? (esta seqüência de perguntas pode acontecer em outro momento, não necessariamente

sobre ela mesmas, mas sobre alguma outra experiência que teve com pessoas portadoras de transtornos mentais)

Em relação ao PSF, que tipos de dificuldades você tem em lidar com as famílias que atende? As dificuldades são as mesmas quando as famílias têm algum membro portador de transtorno mental ou problemas psicossociais? Quais são as diferenças?

Que tipo de transtorno mental mais aparece no PSF? Como geralmente a pessoa com transtorno mental vive seu cotidiano? O que você sente em relação a esse tipo de pessoa?

Você acha que há divergências entre os diferentes segmentos profissionais da equipe do PSF com relação a pessoas que são portadoras de transtorno mental? Qual segmento profissional você acha que tem menos dificuldades em lidar com estas questões?

Para você o que é transtorno mental? O que é ser uma pessoa que tem transtorno mental?

O que você acha que o PSF poderia fazer para a equipe lidar melhor com estas questões?

O que você acha que a equipe poderia fazer para melhorar suas condições em lidar com questões referentes à doença mental?

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PSQUIATRA

Qual a data do seu nascimento?

Onde nasceu?

Quando se mudou para Ribeirão Preto?

Quando entrou na Faculdade? Qual?

Casou-se ? Quando? Tem filhos? Quantos?

Atualmente, onde trabalha?

Antes destes trabalhos, onde você trabalhou?

Quando surgiu a idéia de psiquiatria?

Quando surgiu a idéia de assistência primária em Saúde Mental?

Como aconteceu de trabalhar no PSF?

Qual é seu papel no PSF?

Como você vê o PSF?

Como você vê a equipe do PSF?

Como você vê o trabalho dos ACS?

Em relação a saúde mental, como você vê:

- os médicos de família
- os residentes
- os enfermeiros
- os auxiliares de enfermagem
- e os ACS

Como é o quadro epidemiológico dos núcleos do PSF?

O que você acha que poderia ser feito para melhorar a condição de trabalho da equipe?

Especificamente sobre a saúde mental, o que você acha que poderia ser feito para melhorar as condições de trabalho da equipe?

Para melhorar as suas condições de trabalho o que você acha que poderia ser feito?

Como você vê os serviços de Saúde Mental em Ribeirão Preto? E no Brasil?

Você acha que o PSF em Ribeirão Preto tem investido nesta área?

Sua concepção sobre doença mental se modificou, quando passou a trabalhar no PSF? (Investigar as modificações de concepções durante sua vida)

Você acredita que seus colegas de trabalho pensam e trabalham como você? (Se não investigar porque)

Você acha que a graduação de profissionais ligadas a saúde deveria ser modificada? (investigar como e por que)

O que você considera fator de risco para doença mental?

Como você acredita que estará as questões referentes a saúde mental no futuro?

Qual foi a primeira vez que você entrou em contato com a Doença Mental?

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO DOS SUJEITOS
ENTREVISTADOS**

Eu _____,
do segmento profissional _____ do Programa de
Saúde da Família estou de acordo em ser entrevistado pela pesquisadora
Carolina de Carvalho Ramos (mestranda do Departamento de Medicina
Social-USP), que possui como título de seu trabalho projeto:
Representações Sociais da doença mental no Programa de Saúde da
Família.

Assinatura do entrevistado

