

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MELISSA DOS SANTOS PASCHOALATO FRANCO

Equipe atuante no Programa Saúde da Família: conceitos e
possibilidades de assistência em Saúde Mental

Ribeirão Preto
2006

MELISSA DOS SANTOS PASCHOALATO FRANCO

Equipe atuante no Programa Saúde da Família: conceitos e possibilidades de assistência em Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, vinculada à linha de pesquisa “Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira

Ribeirão Preto
2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Franco, Melissa dos Santos Paschoalato

Equipe atuante no Programa Saúde da Família: conceitos e possibilidades de assistência em Saúde Mental. Ribeirão Preto, 2006.

98 p.: il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Pereira, Maria Alice Ornellas.

1. Assistência. 2. Saúde Mental. 3. Programa Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Melissa dos Santos Paschoalato Franco
Equipe atuante no Programa Saúde da Família:
conceitos e possibilidades de assistência em Saúde
Mental.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem
Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Renata Curi Labate

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

Instituição: _____ Assinatura: _____

Ao meu pai Carlos,

Agradeço o amor, a dedicação e a orientação para seguir pelos caminhos corretos da vida. Onde quer que esteja, tenho certeza que está muito orgulhoso por este momento.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira, orientadora e amiga que se tornou no decorrer deste trabalho. Agradeço pelo incentivo, pela compreensão e motivação para que este trabalho pudesse ser concluído.

Às Professoras Doutoras Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza e Renata Curi Labate pelas valiosas contribuições e sugestões.

À Profa. Dra. Jaira Lopes Brandão Crepschi e aos docentes do Curso de Enfermagem da UNIARARAS pela contribuição e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar do trabalho.

Aos profissionais da equipe do PSF do município de Araras que participaram deste estudo, pelo acolhimento e abertura para a realização deste trabalho.

Ao Fábio por compreender os momentos que precisei me dedicar a esta pesquisa.

À minha mãe Cidinha que fez o que pode para me auxiliar nos momentos finais deste trabalho.

Ao pequeno Guilherme, “você chegou e me trouxe muita alegria, seu sorriso me estimulou a continuar esta caminhada até concluí-la”.

RESUMO

FRANCO, M.S.P. **Equipe atuante no Programa Saúde da Família: conceitos e possibilidades de assistência em Saúde Mental.** Ribeirão Preto, 2006. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Em decorrência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a assistência à pessoa em sofrimento vem apresentando modificações. A assistência que anteriormente era oferecida pelos hospitais psiquiátricos, hoje deve ser realizada por serviços abertos, de modo que as pessoas não sejam afastadas de seu convívio familiar e social, durante o período de tratamento. O Ministério da Saúde tem como diretriz que as ações de saúde mental sejam também realizadas na rede básica de saúde, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades do Programa Saúde da Família (PSF), este representando uma importante estratégia de assistência, pois visa a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde física e mental da população, com a conseqüente melhora da qualidade de vida das pessoas. O presente trabalho teve como objetivo conhecer o que pensam os profissionais que atuam em uma unidade do PSF sobre a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico, bem como identificar as dificuldades encontradas por eles na assistência a essa clientela na comunidade. A metodologia utilizada foi a qualitativa e, como estratégia metodológica, utilizou-se o estudo de caso. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, sendo dez os profissionais participantes deste estudo, no PSF pesquisado. Das entrevistas emergiram os seguintes temas, com suas respectivas categorias: 1º tema: Sofrimento Psíquico, categorias: carências; preconceitos; dificuldades na família; 2º tema: dificuldades sentidas, categorias: ausência de preparo adequado; intersetorialidade precária. A análise evidencia que os profissionais alvo percebem os acometidos pelo sofrimento psíquico como seres carentes, tanto nos aspectos afetivo e familiar, como no sócio-econômico, sofrendo preconceito tanto por parte dos profissionais como da sociedade, evidenciado por situações de exclusão e isolamento. Os entrevistados relataram também o sofrimento e a dificuldade das famílias em relação à convivência com a pessoa em sofrimento psíquico, e os entraves que encontram para prestar assistência a essas pessoas, por não se sentirem preparados para lidar com este sofrimento. A integração não satisfatória com os outros serviços de nível secundário de assistência também interfere na atenção prestada. Dessa maneira, fica evidente a necessidade de investimento e de valorização dos aspectos inerentes à saúde mental, por parte dos gestores de saúde e da universidade, como órgão formador.

Palavras-chave: Assistência; Saúde Mental; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

FRANCO, M.S.P. **Professionals actuating in the Family Health Program: conceptions and possibilities in Mental Health Assistance.** Ribeirão Preto, 2006. Master's degree Dissertation - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

As a result of the Psychiatric Reformation in Brazil, the assistance to the person in psychic suffering, previously carried through by psychiatric hospitals, now must be offered by open services, in a way that people are not moved away from their families and social environment during the period of treatment. Brazilian legislation concerning health assistance has established that the actions concerning mental health should be taken in the basic level, that is, in the Basic Units of Health and Units of the Family Health Program (PSF), this representing an important strategy of assistance, once it aims at preventive attention, promotion and recovery of physical and mental health, consequently improving the persons' quality of life. The present work had as objective to know what the professionals actuating in a unit of the PSF think on the person presenting psychic suffering, as well as to identify their difficulties within the community. The qualitative approach was used, having as methodologic strategy the case study. For the data collection, open-closed interviews were carried out. Ten professionals from a PSF unit participated in the study. The following themes and their respective categories have emerged from the interviews: 1º: Psychic suffering - categories: lacks; preconceptions; difficulties in the family, 2º: difficulties apprehended - categories: absence of adequate preparation; precarious communication among the existing units for health assistance. The analysis evidences that the professionals who actuate in such a unit of the PSF perceive the person with psychic suffering as one lacking affective, social, economic and familiar support; the discrimination they suffer from caregivers and the society was evidenced by situations of exclusion and isolation, together with the families' suffering and difficulty to live with their member in psychic suffering. The respondents mentioned their difficulty in assisting these people, relating that they need to be well prepared to deal with the psychic suffering, and that there is not a good integration with the other health services of secondary level, providing a negative reflection on the assistance offered. So, it is evident the necessity of investment in issues concerning Mental Health on the part of the institutions involved as well as of the universities responsible for the these professionals' graduation .

Key words: Assistance; Mental Health; Family Health Program.

RESUMEN

FRANCO, M.S.P. **Equipo actuante en Programa de Salud de la Familia: conceptos y posibilidades de asistencia en la Salud Mental.** Ribeirão Preto, 2006. Disertación (Mestrado) – Escuela de Enfermagen de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

En el transcurso de la Reforma Psiquiátrica en Brasil la asistencia a personas en sufrimiento viene y a sufriendo modificaciones. La asistencia que anteriormente era ofrecida por los hospitales psiquiátricos, hoy tiene que ser realizada por servicios abiertos, de modo que las personas no seán separadas de su convivência familiar y social durante el período del tratamiento. El Ministério de la Salud tiene como diretriz que las acciones de Salud Mental sean también realizadas en la red básica de la salud, o sea, en las Unidades Básicas de Salud y Unidades del Programa Salud en Família (PSF), este órgano esta representando una importante estratégia de asistencia en la salud, pues tiene como objetivo la promoción, prevención y recuperación de la salud física y mental de la población con una consecuente mejoría de la cualidad de vida de las personas. El presente trabajo tuvo como objetivo conocer lo que los profisionales que actuan en una unidad del PSF piensan sobre la persona atacada por el sufrimiento psíquico e indentifica las dificultades encontradas por estos profisionales en la asistencia ha esas personas en la comunidad. La metodología utilizada fue la cualitativa y como estratégia metodológica utilizamos el estudio del caso individual. Para recoger datos fueron realizadas entrevistas semi- estructuradas. Participaron de este estudio diez profisionales que actuaban en la unidad del PSF analizado. De las entrevistas emergirón los siguientes temas y sus respectivas categorías: 1° Tema: Sufrimiento Psíquico, categorías: carência, preconceitos, dificultades em la família, 2° Tema: Dificultades Sentidas, categorías: ausência de preparo adecuado, intersectorialidad precária. El análisis evidencia que los profisionales que actuan en la unidad del PSF perciben que las personas atacadas por el sufrimiento psíquico como una persona con diversas carências sean en el campo afectivo, social, econômico o familiar, el preconceito en relación a esas personas tanto por parte de los profisionales como de la sociedad, es evidenciado por situaciones de exclusión y aislamiento fue relatado por los entrevistados, como también el sufrimiento y la dificultad de las familias en relación a la convivência con lãs personas en sufrimiento psíquico. Los entrevistados relatarón también la dificultad que tienen en prestar asistencia a esas personas, se refieren que no se sienten preparados para tratar con el sufrimiento psíquico, en que la dificultad de integración con los otros servicios de nível secundário de asistencia también interfiere en la atención prestada. De esa manera, queda evidente la necesidad de inversión y de valorización de los aspectos inherentes a la Salud Mental por parte de los gestores de salud así como la responsabilidad de la Universidad como órgano formador.

Palabras-Clave: Asistencia; Salud Mental; Programa Salud de la Família.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTARCT

RESUMEN

1-	INTRODUÇÃO	10
2-	OBJETIVOS	22
3-	A EDIFICAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA	24
4-	METODOLOGIA	36
4.1	Sujeitos.....	38
4.2	Contexto da pesquisa.....	38
4.3	Caracterização do município.....	40
4.4	O sistema de saúde do município.....	42
4.5	A assistência em saúde mental no município.....	43
4.6	Coleta de dados.....	45
4.7	Procedimentos para análise dos dados.....	47
5-	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
5.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	50
5.2	Primeiro tema emergente - Sufrimento Psíquico	51
5.2.1	Carências.....	51
5.2.2	Preconceitos.....	57
5.2.3	Dificuldades na família.....	63
5.3	Segundo tema emergente - Dificuldades sentidas	67
5.3.1	Ausência de preparo adequado.....	68
5.3.2	Intersetorialidade precária.....	74
6-	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
8-	ANEXOS	95

INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

Minha afinidade com a área de psiquiatria teve início no período da graduação em enfermagem, durante a participação em aulas e estágios na Disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, quando pude vivenciar o dia-a-dia de um hospital psiquiátrico e observar como as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico¹ eram assistidas. Comecei então a refletir sobre o que poderia ser feito para otimizar as ações direcionadas às pessoas que ali se encontravam.

Em 1993, terminei o curso de graduação e, no mesmo ano iniciei a minha vida profissional na área de psiquiatria, em um macro hospital psiquiátrico, onde trabalhei até julho de 2002.

Durante os anos em que atuei nessa área, pude refletir sobre as práticas manicomiais, suas conseqüências às vidas das pessoas que ocupavam aquele espaço, bem como o papel do enfermeiro na assistência às pessoas em sofrimento psíquico, o que me impulsionou a buscar novos conhecimentos sobre psiquiatria e saúde mental, objetivando a melhoria da assistência a essas pessoas.

Para isso, optei, no ano de 2000, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Ao longo do curso, algumas inquietações referentes ao sofrimento psíquico dos indivíduos que se encontravam internados por longos períodos me levaram à confecção de um T.C.C. (Trabalho de Conclusão de Curso) descrevendo um projeto existente na instituição de saúde onde trabalhava, que tinha o objetivo de proporcionar independência e melhor qualidade de vida a um grupo de doze

¹ Neste estudo utilizaremos o termo sofrimento psíquico e pessoas em sofrimento psíquico quando formos nos referir aos transtornos mentais ou doenças mentais e doentes mentais ou portadores de transtorno psíquico .

pacientes, para reintegrá-los futuramente na comunidade (PASCHOALATO, 2000).

Para o desenvolvimento do trabalho, foram colhidas as opiniões e sugestões sobre o projeto, junto aos profissionais que atuavam com o grupo de pacientes, com a finalidade de atingir as metas propostas, de reintegrá-los à sociedade. Os resultados obtidos levaram a constatar a necessidade da implantação de uma proposta de reabilitação que, gradativamente, pudesse ampliar os horizontes desses institucionalizados, com pouca capacidade de exercerem a contratualidade que, segundo Kinoshita (2001), diz respeito às relações de trocas realizadas no universo social, a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, pré-condição para qualquer processo de intercâmbio.

Em Agosto de 2002, no início de minhas atividades como docente no Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS, na cidade de Araras - SP, atuando nas disciplinas de *Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental*, discutia com os alunos a Reforma Psiquiátrica e a Reabilitação Psicossocial em serviços abertos de saúde - outros cenários para assistência -, porém, o estágio curricular prático continuava contando, como campo, apenas o Hospital Psiquiátrico.

Durante uma visita à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, nesse mesmo ano, tive a oportunidade de encontrar uma professora do Curso de Especialização, que sugeriu que levássemos os alunos para conhecerem serviços alternativos de assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Esta possibilidade trouxe sentimentos de inquietação, já que me encontrava a todo o momento em conversas sobre Reforma Psiquiátrica e Reabilitação Psicossocial, e continuava mostrando aos alunos somente a prática da assistência hospitalar tradicional, ou seja, os Hospitais Psiquiátricos, com toda a rigidez, as

normas instituídas e a cronificação a eles pertinentes, sendo que, na concepção de Pereira (2003, p.21) “estes não têm dado respostas adequadas ao tratamento da pessoa portadora de transtornos mentais, ou seja, não têm propiciado modificações que levem o paciente a encontrar sentido para a vida, como também ajudá-lo a reencontrar suas trajetórias pessoais”.

Diante do exposto, a coordenação do Curso de Enfermagem da UNIARARAS anuiu à realização, no ano seguinte, de metade da carga horária dos estágios, no hospital psiquiátrico, e metade em outro serviço de saúde a ser definido.

Além dessa atuação como docente, trabalhei até agosto de 2003, no Ambulatório de Saúde Mental do Município de Araras, onde freqüentemente era procurada pelas enfermeiras dos PSFs (Programas de Saúde da Família), para orientações que diziam respeito a como agir com as pessoas em sofrimento psíquico nas situações de crises.

Desse modo, minha experiência como enfermeira do Ambulatório de Saúde Mental do Município, contribuiu para refletir sobre o processo de desinstitucionalização e o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, naquele espaço que passa a contemplar a família e a comunidade.

O processo de desinstitucionalização, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), surgiu como uma estratégia de desmontagem do aparato manicomial tradicional, de desconstrução do manicômio e construção de novos serviços de assistência às pessoas em sofrimento psíquico, fora das instituições, ou seja, mais perto da comunidade onde vivem. Nessa perspectiva, a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico volta a ocupar espaços sociais, quer seja junto à família ou à comunidade, espaços dos quais fora excluído em virtude dos longos períodos de internação.

Segundo Amarante (1997, p.184), a desinstitucionalização “é um processo contínuo de novas formas de lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano”, e essa nova forma de lidar envolve a família e a comunidade.

Lancetti (2000, p.22), se refere à velha psiquiatria como aquela que “pretendia ajudar a família retirando seus membros mais adoentados ou destoantes do convívio familiar e comunitário”. Com essa prática, as famílias aprenderam a viver longe de seus entes doentes, acreditando que estes deveriam permanecer internados, isolados.

Nesse contexto, percebemos que a atenção às famílias das pessoas em sofrimento psíquico é fundamental nesse novo modelo de assistência, visto que existe uma carência de suportes institucionais para o amparo a estas famílias no enfrentamento das situações que ocorrem quando seu familiar doente recebe alta, incentivando, conseqüentemente, a desospitalização (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004). Essa desospitalização ocorre quando não é oferecido um suporte assistencial a pessoa em sofrimento psíquico e sua família, em ocasião da alta hospitalar, gerando com isso transtornos tanto ao portador do sofrimento psíquico quanto aos seus familiares, ocorrendo com isso reinternações freqüentes.

Nessa perspectiva, percebemos que a diminuição de vagas nos tradicionais manicômios é um processo necessário e, sobre isso, me reporto a Rotelli (2001) que considera o Hospital Psiquiátrico um lugar zero de intercâmbios sociais.

Porém, essa mudança de paradigma traz inúmeras solicitações. Dentre elas, o importante envolvimento e a sensibilização dos profissionais que trabalham na comunidade, no auxílio à pessoa em sofrimento psíquico e seus familiares, para que possam compreender melhor a doença, e como lidar com as alterações comportamentais que ela provoca.

Sobre essa questão, Furegato et al (2002, p.52) afirmam que “a família necessita de suporte para adaptar-se à situação, precisa de orientação em como reagir e comportar-se diante de delírios de perseguição, confusão mental, gastos excessivos, mudanças de hábitos da casa e dificuldades sociais”.

Em relação ao sofrimento e às dificuldades das famílias, Brêda e Augusto (2003), comentam que estes aumentam, geralmente quando associados à incapacidade da família quanto à obtenção do sustento adequado.

Para Danese (1998), a pessoa em uma situação de sofrimento psíquico, tenta primeiramente resolver a situação com seus recursos próprios; não obtendo sucesso, procura ajuda com seus familiares e, depois, recorre aos serviços de saúde.

Assim, foi a possibilidade de desenvolver um trabalho de assistência em saúde mental, como docente, junto às pessoas na comunidade onde vivem, que me levou aos estágios da disciplina de enfermagem psiquiátrica nas unidades do PSF do Município de Araras.

Conforme Souza (2004, p.27), nesse Programa, “os profissionais têm um lugar privilegiado para o desenvolvimento de interações e solidariedade com a população, resultando numa construção conjunta da atenção em saúde”. Ao aluno é dada a oportunidade de atuar de modo mais direto na assistência à pessoa em sofrimento psíquico e a seus familiares, despertando-lhe o interesse pela investigação científica.

Segundo Stuart (2001), a assistência de enfermagem à pessoa em sofrimento psíquico envolve todos os aspectos do indivíduo na avaliação, no diagnóstico e no processo de tratamento, devendo, portanto, ser uma assistência holística. Tal visão implica também na inserção da família e a percepção desta, como unidade de tratamento.

Fica, então, claro que, como pregam Waidman, Jouclas e Stefanelli (1999), para desenvolvermos um trabalho com família, não devemos pensar apenas na hipótese de sua vinda até a instituição, é preciso, também, considerar a realidade em que ela vive, ou seja, ir até o domicílio conhecê-la e inteirar-se de sua vida.

Rosa (2002, p.35) enfatiza que “o envolvimento da família no tratamento do doente, é fundamental para a sua recuperação. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família, favorece o envolvimento desta no tratamento, e ao mesmo tempo poderá atendê-la e apoiá-la em suas dificuldades, isto porque, a doença não traz sofrimento somente ao indivíduo, mas também à sua família”.

Assim, a assistência tenderá a ser efetiva, se ocorrer uma boa interação entre o profissional, o paciente e a família, pois através dessa interação, o paciente e seus familiares poderão adquirir confiança, possibilitando assim a ajuda.

Acreditamos que à medida que mais continuidade é dada ao trabalho dentro da comunidade, pode-se encontrar e tratar mais adequadamente mais pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico, que, muitas vezes, por falta de conhecimento ou mesmo por preconceito e vergonha em relação às doenças mentais, não procuram ajuda.

Evidenciamos esse fato na experiência de atuação dos graduandos de enfermagem junto ao Programa de Saúde da Família (PSF), quando, em visitas domiciliares, observaram a necessidade de atendimento também a outros membros da família de um portador de sofrimento psíquico. Concomitantemente, emergem questões inerentes à própria representação da doença mental e as implicações desses conceitos, no cotidiano das pessoas envolvidas nos cenários de assistência, quer sejam pacientes, familiares ou profissionais.

Assim, há a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de reformulações diárias, amplo envolvimento e capacitação.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde como uma de suas metas em relação ao PSF, instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, objetivando a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, por meio de consórcio ou convênios entre Universidades ou Instituições de Educação Superior e as Secretarias Estaduais de Saúde e /ou Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, M.S.,2001).

Souza (2004) fala que existe uma preocupação com a formação dos profissionais de saúde e dos profissionais que integram o PSF, afirmando que estes devem ter um novo perfil, que atenda aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e a toda dinâmica do processo de reorientação do modelo assistencial. É necessário que adquiram habilidades além da clínica, a fim de que exerçam uma prática eficaz, humanizadora, participativa e integral.

Desse modo, fica evidente que, à medida que se distancia dos espaços normatizados, amorfos e repetitivos dos hospitais psiquiátricos, e passa-se a atuar na comunidade, um leque de aspectos emerge, trazendo inúmeros questionamentos e necessidades distintas.

Com referência ao processo de transformação da assistência ao sofrimento psíquico, Pereira (2003, p.77) coloca que “a Universidade sendo um órgão formador, tem papel vital na construção de conceitos e representações que influenciam a atuação de cada profissional. Desse modo, sem querer firmar garantias, a atuação e a expansão do processo reflexivo que conseqüentemente, poderá desencadear ações mutativas na dinâmica processual da assistência em saúde, têm ligação direta

com a formação desses futuros profissionais que estarão atuando nos serviços a serem construídos ou em construção”.

Isso leva a considerar a historicidade da psiquiatria, a refletir sobre transformações ocorridas nos conceitos que repercutiram na assistência e à constatar a complexidade desse setor, pleno de implicações sociais, econômicas e culturais.

Assim, apesar das transformações, dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ainda nesses espaços se depara com conceitos e práticas oriundas do modelo de assistência anterior. Isto é, a assistência vem sendo construída, mas há que ser pautada também pela flexibilidade e o compromisso dos profissionais atuantes nesse significativo processo de mudanças.

Considerando que o PSF é uma importante estratégia nessa dinâmica mutativa, e desde a última década vem se solidificando no cenário das políticas de saúde do país, a rede de assistência vem sendo ampliada, os municípios têm sido chamados a responsabilizarem-se pela sua respectiva população. Porém, no que diz respeito à assistência em Saúde Mental, nas últimas décadas o país vem tentando superar o modelo de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, que era centrado nos hospitais psiquiátricos, incentivando a criação de serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Lares Abrigados, as Residências Terapêuticas, as Oficinas Terapêuticas e os Hospitais-Dia.

Nesse sentido, em abril de 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216 (Brasil, M.S; 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Em maio de 2003 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa De Volta para Casa, que visa estimular a ressocialização dos egressos de longas internações, sendo, em julho

desse mesmo ano, aprovada a Lei nº 10.708 (Brasil, M.S; 2003), que institui o auxílio Reabilitação Psicossocial para essas pessoas.

Todo o exposto vem reforçar a importância do PSF nessa rede de serviços alternativos de assistência, já que esse programa facilita a proximidade e a parceria serviço-comunidade, e tem de ser sensível às necessidades advindas das experiências subjetivas, possibilitando vínculos e abrindo espaço para a melhoria da assistência. São trabalhadas as questões de prevenção, promoção e recuperação, considerando os singulares contextos.

Rosa (2002, p.23) explica que “um novo desafio surge para o profissional de saúde com uma formação hospitalocêntrica, curativa, individualista: adequar o modelo assistencialista, social e humanista do doente ao seu contexto familiar, enfocando não somente a doença, mas, acima de tudo, a própria pessoa levando em consideração o contexto vivido, caminhando assim, para a prevenção”.

O cotidiano nesse serviço possibilita perceber a importância da atuação dos profissionais na assistência à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade onde vivem; a proximidade das equipes de atenção básica com as famílias e a comunidade representa um recurso estratégico para o enfrentamento de situações relacionadas ao sofrimento psíquico e ao uso abusivo de álcool e drogas (BRASIL, M.S;2003).

Por outro lado, sobressaem as dificuldades provenientes da formação dos profissionais que atuam no programa, uma vez que ainda há o predomínio biologicista, o que ocasiona uma dificuldade em prestar assistência à pessoa em sofrimento psíquico e sua família.

Oliveira e Colvero (2001) enfatizam que qualquer tentativa de tratar o indivíduo longe de sua família é inútil para ele. A principal medida para a promoção e o

tratamento da saúde mental deve ser planejada dentro do contexto familiar, pois quando uma pessoa apresenta um transtorno mental, não apenas ela sofre, mas também toda sua família, sendo assim, ambas necessitam de atenção.

No entanto, a assistência em saúde mental ainda não é contemplada no PSF, ao contrário do que acontece com outros programas como: atenção à criança, gestante, hipertensos, diabéticos, não existindo atividades específicas de promoção, prevenção e assistência à pessoa em sofrimento psíquico. Como consequência, as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico têm que procurar outros serviços de assistência, como os ambulatórios e, muitas vezes, a internação em hospital psiquiátrico. Assim, o programa vem trabalhando com algumas dificuldades no que se refere à assistência em saúde mental que precisam ser reajustadas de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, que preconiza que a assistência em saúde mental seja também oferecida na rede básica de assistência, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde e nos PSFs.

Com o processo de desinstitucionalização encontram-se na comunidade tanto pessoas egressas de longas internações em Hospital Psiquiátrico, como pessoas em processos recentes de convívio com o sofrimento psíquico. Isso requer capacitação dos profissionais, disponibilidade às mudanças de conceitos que determinam as práticas reabilitadoras ou não. Emerge também a necessidade de fundamentação teórica dessas práticas, da noção global do processo saúde-doença mental, que traz uma visão ampliada do homem em seu contexto, e expande o campo de atuação em saúde.

Consequentemente, considerando o processo histórico da assistência psiquiátrica, que via o portador de algum sofrimento psíquico, como um objeto sem direitos, desejos e sentimentos, com assistência marcada pela custódia, pela

exclusão, pelo distanciamento, pressupõe-se que os conceitos e idéias ora elaborados pelos profissionais em relação a esse sofrimento repercutem na abordagem e na maneira de lidar com os problemas encontrados na comunidade.

Desse modo, acreditando em novos caminhos para futuros empreendimentos que visem à melhoria da assistência nessa área, foram erigidos os objetivos desta investigação.

OBJETIVOS

2- OBJETIVOS

- Conhecer como os profissionais que atuam na unidade do Programa Saúde da Família compreendem a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico;
- Identificar as dificuldades encontradas por esses profissionais na assistência à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade;

A EDIFICAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

3- A EDIFICAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

A assistência psiquiátrica vem sofrendo um processo de transformação no decorrer das últimas décadas. No Brasil, até o início do século XX, sob forte influência do modelo médico, o enfoque da assistência à pessoa em sofrimento psíquico era voltado para a doença, para a observação dos sinais e sintomas, para classificação dos transtornos, para se chegar a um diagnóstico. Ao refletir acerca da centralização da doença em detrimento da pessoa, Pereira (2003) coloca que através desse procedimento, todos os demais atributos residuais do ser humano, como habilidade, capacidade afetiva e desejo podem ser ignorados.

Voltando ao percurso histórico, vemos que a sociedade considerava a pessoa em sofrimento psíquico como uma pessoa perigosa, um desviante, com comportamentos que não eram considerados “normais” para a sociedade e, portanto, era necessário que permanecesse isolado nos manicômios, para que fosse vigiado e sua “loucura” controlada.

Nesses locais permanecia-se por longos períodos, que podiam estender-se por décadas de internação, longe do mundo, em um ambiente onde as regras próprias predominavam, desconsiderando-se, assim, a individualidade e a autonomia de cada ser.

Em relação à influência do modelo médico, Rotelli (2001, p.92-93) afirma que o olhar médico é aquele que “não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução

da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas”.

Pode-se considerar que o paradigma biologicista anterior trouxe contribuições para a área da psiquiatria, com os vários estudos realizados sobre o funcionamento do sistema nervoso. Porém, também trouxe uma visão fragmentada da pessoa, ignorando a complexidade do universo da experiência humana, desconsiderando subjetividades e entendendo a doença “dentro de um corpo doente”.

No entanto, atualmente ainda persiste a forte influência deste modelo nos conteúdos teóricos que repercutem a prática assistencial. Nos serviços de assistência psiquiátrica, ainda acontece a reprodução de práticas assistenciais de pouca consideração de subjetividades e do próprio sofrimento psíquico, o que traz, como consequência, a dificuldade para o estabelecimento de vínculos, de acolhimento, o que pode contribuir para o isolamento da pessoa que requer ajuda.

Impulsionado por essa prática assistencial ainda existente, inicia-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, sob forte influência da Reforma Psiquiátrica realizada na Itália, iniciada por Franco Basaglia, na década de 60, em Gorizia, e década de 70, em Trieste. Basaglia, influenciado pelas experiências realizadas na Europa e Estados Unidos, começa a desenvolver trabalhos semelhantes, abrindo as portas dos manicômios, suprimindo as grades, camisas de força, eliminando, enfim, todas as formas de violência e assistência desumana a que os internos eram submetidos dentro do manicômio (AMARANTE, 1994).

Esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). O mesmo autor salienta que essa transformação é a

verdadeira desinstitucionalização que, na Itália, tornou-se um processo social complexo, visando à mobilização de todos os sujeitos envolvidos - a transformação das relações de poder entre pacientes e instituições -, com a criação de serviços que substituiriam inteiramente a internação psiquiátrica, através da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que se encontravam depositados dentro dos Hospitais Psiquiátricos.

No final da década de 70, profissionais recém-formados denunciam os maus tratos e violência que vinham ocorrendo no interior dos hospitais psiquiátricos do Brasil, surgindo, então, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Estes, insatisfeitos com as condições em que se encontravam os pacientes, começaram a questionar as políticas de saúde mental vigentes.

Outro marco importante para o Movimento da Reforma Psiquiátrica no país foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, inaugurado em março de 1987, que funcionava como um serviço de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública de atenção à saúde mental e destinado ao atendimento de pacientes graves.

Goldberg (2001) ressalta que alguns fatores foram relevantes para a constituição desse serviço, como a observação, por parte da equipe, em relação aos resultados insatisfatórios, quando os pacientes graves permaneciam por longos períodos internados em hospitais psiquiátricos, onde prevalecia a assistência psiquiátrica tradicional e o tratamento centralizado no médico e nos remédios. Havia também a autoridade que o hospital impunha, garantindo o caráter científico do tratamento e, com isso, o paciente era visto como um objeto, a atenção voltada somente para a doença e seus sintomas.

Afirma o autor que as práticas estereotipadas exercidas pelos profissionais da área, como menor foco em relação aos casos ditos crônicos e os de psicoses que eram tratadas somente por médicos, constituíram outro fator relevante para a constituição do CAPS. Além disso, havia a convivência dos profissionais da equipe com os procedimentos administrativos, burocráticos, financeiros e de planejamento, o que contribuiu para uma visão crítica de como seria o tratamento em uma instituição renovada.

Em 1989, dois outros acontecimentos marcaram a trajetória da Reforma Psiquiátrica. O primeiro foi a partir da intervenção feita pela prefeitura, na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, onde uma série de mortes e outras situações de violência vinham ocorrendo. A intervenção deu início à desmontagem do manicômio, com a conseqüente implantação de uma rede de atenção à saúde mental, em substituição ao modelo psiquiátrico tradicional. Outro fato importante foi o projeto de Lei nº 3657/89, apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT - MG), que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico tradicional, com a substituição por outras modalidades assistenciais e tecnológicas de cuidados.

Para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, após 12 anos de debates sobre as políticas de saúde mental, em abril de 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por algum sofrimento psíquico, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei prevê a diminuição dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços comunitários de assistência em saúde mental, ou seja, serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios, as oficinas terapêuticas, os hospitais-dia e as residências terapêuticas (BRASIL, M.S; 2001).

Esses serviços de assistência extra-hospitalar têm como objetivos estimular o convívio social, a cidadania, acolher o paciente por meio de atenção, escuta, terapias individuais, terapias em grupo, atividades esportivas, resgatando, assim, sua história de vida.

Os CAPS são unidades de saúde que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, desenvolvendo atividades individuais, grupais, atendimento às famílias, atividades comunitárias e visitas domiciliares.

Os ambulatórios oferecem atendimento multiprofissional às pessoas em sofrimento psíquico, por meio de consulta, psicoterapia, grupo operativo, terapêutico, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, atividades socioterápicas, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

As oficinas terapêuticas oferecem atividades profissionais grupais, com o objetivo de socialização, expressão e inserção social.

Os hospitais-dia representam um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvendo atividades visando à substituição da internação integral, e as Residências Terapêuticas constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, em que o paciente desenvolve uma grave dependência da instituição.

Em continuidade às ações para a Reforma Psiquiátrica, foi lançado em maio de 2003, pelo Ministério da Saúde, o Programa De Volta Para Casa, visando estimular a ressocialização das pessoas em sofrimento psíquico, egressas de longas internações. Em julho desse mesmo ano, fundamentada no Artigo 5º da Lei nº 10.216, foi aprovada a Lei nº 10.708, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para estes pacientes (BRASIL, M.S; 2003).

Esse benefício consiste no pagamento mensal de auxílio pecuniário ao beneficiário ou seu representante legal, por um período de um ano, podendo ser reajustado pelo Poder Executivo, de acordo com a disponibilidade orçamentária, sendo prorrogado mediante a avaliação de uma equipe municipal. Está ligado a um conjunto de ações de reintegração social, com oferta de assistência responsável e humana, visando a reinserção do portador de sofrimento psíquico na família e na comunidade, buscando o desenvolvimento de sua autonomia e o restabelecimento de seus direitos como cidadão.

Koga (1997) considera que a Reforma Psiquiátrica envolve restituir o paciente à família, que precisa ser trabalhada quando se observa a rejeição e outras dificuldades.

Com a diminuição dos leitos psiquiátricos e a proposta de criação de serviços comunitários de assistência em saúde mental, em cumprimento à Lei aprovada em 2001, o tratamento a pessoa em sofrimento psíquico passa a ter um caráter reabilitador.

Em relação à reabilitação psicossocial, Saraceno (2001, p.14) coloca que esta “engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira”. Segundo Pitta (2001) reabilitação psicossocial implica uma ética de solidariedade, que facilite aos sujeitos com limitações decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes a realização dos afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, viabilizando o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

Para que a pessoa em sofrimento psíquico tenha essa autonomia, é necessário que os profissionais de saúde mental, a comunidade e as famílias estejam

envolvidos, é preciso que todos trabalhem com o mesmo objetivo em mente. Tal preocupação, pautada em articulações complexas, é normativamente explicitada em Brasil, M.S. (2004) assegurando ser a Reforma Psiquiátrica uma proposta de democratização de acesso ao cuidado em saúde mental, e objetivando a transformação do modelo hospitalocêntrico em um modelo de serviços substitutivos, com base territorial e comunitária.

Esse processo ocorre de forma articulada, sendo uma somatória de ações. Portanto, o Programa de Redução de Leitos deve ser acompanhado da criação de serviços substitutivos, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Programa De Volta Para Casa e a expansão da rede CAPS, entre outros, para que não ocorra desassistência.

Entretanto, mesmo com estas ações, ainda existem municípios que não contam com essa rede assistencial substitutiva. Segundo dados do Ministério da Saúde (2005), dezoito municípios com mais de 200.000 habitantes não possuem nenhum tipo de CAPS, e, dos municípios com mais de 100.000 habitantes, setenta se encontram nessa mesma situação.

A tabela abaixo mostra o número de CAPS no Brasil, distribuído por região.

Tabela 1

Região	Número de CAPS
Norte	32
Nordeste	133
Centro-Oeste	36
Sudeste	268
Sul	122

Fonte: Ministério da Saúde, 2004

Pode-se observar que em muitas regiões do país ainda é bastante reduzido o número de serviços substitutivos, como os CAPS.

A tabela abaixo representa o número de Leitos em Hospitais Psiquiátricos, em comparação com o número de serviços tipo CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), segundo distribuição por ano. Quanto ao período de 1996 a 2001 não existem dados precisos no Ministério da Saúde sobre o número de SRT.

Tabela 2

Serviços/Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Leitos Hospitais Psiquiátricos	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.755	52.304	48.828	44.234
CAPS	145	176	231	237	253	259	424	500	595
Serviços Residenciais Terapêuticos	-	-	-	-	-	-	85	141	265

Fonte: Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Saúde Mental, 2004.

Como foi demonstrado, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos vem ocorrendo, porém, a criação de serviços que prestem assistência ao indivíduo egresso de internações psiquiátricas ainda é restrita. Diante disso, com objetivo de continuar os avanços da reforma e facilitar a implementação dos serviços tipo CAPS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 1.935, em 16 de setembro de 2004, antecipando o repasse do incentivo financeiro para os CAPS em fase de implementação (BRASIL, M.S.,2004).

Entretanto, a substituição dos serviços fechados por serviços abertos que prestem assistência às pessoas em sofrimento psíquico revela uma constelação de fatores que têm implicações sociais, econômicas, culturais, abrindo espaço para saberes em construção, e solicitando da sociedade, quer sejam famílias, usuários ou profissional, a prática de repensar conceitos.

Nesse sentido, Pereira (2003, p.19) comenta que “as possibilidades de abertura para um outro modelo de assistência passam pela desconstrução de manicômios presentes no interior de cada profissional, assim como no próprio sistema, como um todo, não se desconsiderando a complexidade de tais mudanças”.

Diante desse novo modelo de assistência, o tratamento passa então a ser realizado em serviços abertos, ampliando as possibilidades e necessidades de atuação nesses serviços. Como exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF), com suas amplas demandas de questões trazidas pela comunidade.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças, principalmente no hospital. Tem como estratégia as ações de prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde integral de toda a família, dos recém-nascidos aos idosos, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, devendo o atendimento ser prestado tanto na unidade de saúde como no domicílio, possibilitando ao profissional um vínculo maior com a família, o que facilita a identificação dos problemas e a intervenção (BRASIL, MS; 2001).

A primeira etapa de sua implantação ocorreu em 1991, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1994 começam a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho do PSF é realizado por uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em caso da

doença já estar instalada. As equipes são geralmente formadas por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, estes representando o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde.

De acordo com a Portaria nº 648 de março de 2006, cada equipe multiprofissional deve ser responsável, por no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. O número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS é de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Profissionais de Saúde Bucal podem ser incorporados nas Equipes de Saúde da Família, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, ambos também com jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, MS;2006).

As equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento; e, do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo (BRASIL, MS;2006).

Desse modo, o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e trabalha com base na integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, e equipe multiprofissional.

A unidade de PSF está inserida no primeiro nível de ações em saúde, a atenção básica deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que garanta assistência integral aos indivíduos e famílias cadastrados, devendo, portanto, atender a todas as necessidades, contemplando tanto a saúde física, como a mental das pessoas que residem na região de abrangência do PSF (BRASIL, MS; 2001).

Como diretriz para a política de saúde mental, o Ministério da Saúde prevê, além da redução dos leitos psiquiátricos, expansão da rede de assistência extra-hospitalar e qualificação dos profissionais que atuam nesses serviços, a inclusão de ações de saúde mental na rede de atenção básica (BRASIL, MS; 2004). Essa atenção seria, então, prestada pelas unidades básicas de saúde e as do PSF, uma vez que, o processo de desinstitucionalização prevê que as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico estejam (ou passem a estar) na comunidade a que pertencem. Isso evidencia a importância do PSF nesse novo modelo de assistência, exigindo o envolvimento de todos os profissionais que nele atuam, pois o vínculo com a população possibilita o conhecimento da realidade de cada cidadão e sua família, em prol da melhora da assistência a ser prestada.

METODOLOGIA

4- Metodologia

Realizamos um estudo de natureza qualitativa que, para Minayo (1996), é a que melhor responde às necessidades da investigação social, por vincular a teoria à prática. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003).

Segundo Triviños (1987), através da pesquisa qualitativa tenta-se compreender o real cultural, buscando os significados dessa realidade para as pessoas que a ela pertencem; assim, sujeitos e investigador participam e compartilham os modos culturais.

Portanto, tendo como referência a pesquisa qualitativa, utilizamos o estudo de caso, que Triviños (1987, p. 133) define como “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente”. O mesmo autor salienta que, no estudo de caso qualitativo, é importante lembrar que “nem as hipóteses nem os esquemas de inquisição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto”.

Dentre os tipos de estudo de caso distinguidos por Triviños (1987), optamos pelo Estudo de Caso Observacional, que segundo o mesmo autor, constitui categoria típica da pesquisa qualitativa, tendo a observação participante como técnica de coleta de informações. Nesta, o interesse está centrado numa parte da organização ou da unidade.

Richardson (1999) coloca que na observação participante, o observador além de ser um espectador do fato que está sendo estudado, também se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser estudado.

No presente estudo, o caso estudado, é uma equipe do Programa de Saúde da Família na cidade de Araras. Estabelecemos como tema as concepções de sofrimento psíquico, elaborados pela equipe estudada.

4.1 - SUJEITOS

Participaram deste estudo integrantes de uma equipe que atua na unidade do Programa Saúde da Família, no município de Araras, constituída por : 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar de enfermagem, 01 auxiliar de dentista e 05 agentes comunitários de saúde.

A equipe do PSF estudado é composta por dez profissionais, os quais foram convidados a participar da pesquisa, havendo a aceitação por parte de todos.

4.2 - CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma unidade do Programa de Saúde da Família, no município de Araras - interior paulista, inaugurada em agosto de 2002. A unidade localiza-se na região leste do município, região esta composta por sete bairros, possuindo cerca de 30.000 habitantes. Os bairros dessa região são constituídos por moradias populares e a população é predominantemente de baixa renda; desta maneira, quase que a totalidade da população não tem acesso à rede privada de saúde (convênio), dependendo quase que exclusivamente da rede pública.

O bairro possui uma boa infra-estrutura, é 100% contemplado por água, luz e esgoto e também possui todas as ruas asfaltadas, contando, ainda, com uma boa infra-estrutura em termos de equipamentos públicos no que se refere à escola (ensino infantil, fundamental e médio) e creches. O município praticamente não possui lista de espera para ensino infantil. Na área da saúde, a região é quase totalmente coberta pelo Programa Saúde da Família (6 unidades, mais uma unidade no assentamento rural), conta também com um hospital municipal inaugurado em março de 2006, que irá atender a toda esta região, contando com cerca de 3000m², 20 leitos para internação, um amplo pronto socorro, centro cirúrgico, e centro de diagnóstico com ultra-som, mamografia, raios X, tomografia e laboratório.

Na área de comércio a região possui supermercados, pequenos restaurantes e lanchonetes, muitos bares, pequenas lojas de departamentos, porém não conta com correios, bancos ou delegacias de polícia, havendo somente posto da guarda municipal. A região conta com boa infra-estrutura urbana; no entanto, abriga a maior parcela de cidadãos carentes da cidade, que dependem da rede pública de saúde e de educação. Grande parte desta população depende de transporte público e de programas sociais de auxílio ao cidadão.

A escolha desta unidade para a realização da pesquisa ocorreu em virtude do vínculo existente entre a pesquisadora e a equipe de profissionais da unidade, pois, como já citado anteriormente, os estágios práticos da Disciplina de Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Enfermagem acontecem nesse local.

A unidade escolhida possui 210 m² de área construída, conta com ampla sala de espera, serviço de arquivo médico e estatístico (SAME), sanitários para os clientes, dois consultórios, sala de curativo, sala de inalação, sala para os agentes

comunitários, depósito para material de limpeza, consultório dentário, sanitários para os funcionários e cozinha.

A população da área de abrangência da unidade é predominantemente de adultos e idosos, as principais patologias encontradas principalmente na população idosa são hipertensão e diabetes. Outras alterações como seqüelas de acidente vascular cerebral, alcoolismo, drogadição, depressão, também são encontradas na unidade.

A unidade atende 1.000 famílias, totalizando cerca de 4.000 pessoas, cada agente comunitário é responsável pelo acompanhamento de cerca de 200 famílias.

4.3 - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Araras é uma cidade localizada a Noroeste da capital do Estado, foi fundada por Barões do Café em 15 de Agosto de 1862, às margens do Ribeirão das Furnas, sendo que a origem do nome relaciona-se às inúmeras araras que habitavam o local.

O início da formação da cidade pode ser tomado a partir de 19 de maio de 1865, quando Bento Lacerda Guimarães (posteriormente Barão de Araras) e sua esposa fizeram a doação de um terreno para a Igreja Nossa Senhora do Patrocínio.

O povoado cresceu ao redor do “Pátio Grande” onde se encontrava “A Capela”. Este pátio, mais tarde, recebeu o nome de Praça Barão de Araras.

A capela era conhecida como de Nossa Senhora do Patrocínio das Araras. A designação “das Araras” deveu-se à sua proximidade com o ribeirão, que era assim chamado.

Pela lei provincial nº 29, de 24 de março de 1871, a “capela” foi elevada à categoria de vila, passando a constituir um município.

A história inicial de Araras pode ser dividida em dois períodos: o primeiro, quando das sesmarias surgiram as grandes fazendas de café, responsáveis pelo progresso inicial do local; e o segundo, quando os imigrantes, principalmente os italianos, ali chegaram e incorporaram-se à vida econômica. Tornaram-se, assim, responsáveis pela rápida recuperação do lugar, que sofreu os prejuízos da abolição da escravatura, com a falta de mão-de-obra para a lavoura. A imigração é, também, a responsável pela formação da população de Araras, cujas raízes se encontram na população européia. No século XIX, com o ciclo do café, os italianos ali chegaram, constituindo-se maioria, bem como os portugueses, suíços, alemães, ao lado da imigração forçada do escravo negro.

As principais atividades produtivas são: indústria de transformação, seguida da agricultura de cana-de-açúcar, laranja e milho. Percentual estimativa da produção do município: 60% indústria, 15% agropecuária, 20% comércio, 0,5% serviços. O município possui atualmente 3.172 empresas comerciais e 533 indústrias distribuídas em quatro Distritos. Estão cadastradas 1.333 empresas prestadoras de serviços e 3.698 autônomos. A força de trabalho do município está na indústria, comércio e na lavoura, que é responsável por um aumento considerável de postos de trabalho na época da colheita de cana-de-açúcar (ARARAS, 2005).

O município ocupa uma área de 610 Km², sendo 320 Km² de perímetro urbano, com população atual, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2000, de 107.738 habitantes; sendo que 93,52% residem na área urbana e 6,48% na zona rural. Possui 28.882 domicílios, sendo 90,57% na zona urbana e 9,42% na zona rural.

Embora não haja favelas no município, observa-se o crescimento de famílias agregadas no mesmo domicílio, dividindo o imóvel.

4.4 - O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A assistência em saúde no município conta com 05 hospitais: a Santa Casa de Misericórdia de Araras, o Hospital Municipal “Elisa Sbrissa Franchozza”, o Hospital da UNIMED e o Hospital Pró-Saúde (estes dois últimos são hospitais particulares que atendem a convênios) e uma clínica de atendimento psiquiátrico, a Clínica Antonio Luiz Sayão. A rede municipal de atenção à saúde conta com 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 01 Centro de Saúde, onde funcionam os ambulatórios de Hanseníase, DST/ AIDS, Tuberculose, Hepatite e Saúde da Mulher, 04 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro Odontológico e 18 unidades de PSF, sendo uma delas na zona rural.

A implantação do Programa Saúde da Família no município aconteceu em 1997, através de um convênio entre a Prefeitura Municipal e a Unidade de Saúde Pública, autorizado pela Câmara Municipal, permitindo que o município de Araras se antecipasse às outras cidades, já que só em 1999 é que o Ministério da Saúde adotou a medicina preventiva como política pública válida para todo país (BERTELLI, 2002).

Uma médica cubana foi trazida ao município, para ensinar a metodologia do médico de família aos profissionais da rede pública municipal. Na prática, iniciou-se o cadastramento das famílias de uma área da periferia, considerada na época uma

das mais carentes. Posteriormente, outras equipes foram montadas e o programa chegou a outras regiões da periferia, carentes de maior atenção (BERTELI, 2002).

No ano de 2001, após as eleições, os novos gestores não só deram continuidade ao programa já instituído, como continuaram a nele investir, proporcionando à população uma assistência de qualidade.

Cada equipe do Programa Saúde da Família do município é composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 01 dentista.

4.5 – A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

A rede de assistência em Saúde Mental do município conta com uma Clínica Psiquiátrica – Clínica Antonio Luiz Sayão, um Ambulatório de Saúde Mental – Serviço de Saúde Mental “Aguinaldo Bianchini” e um Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS “Idalina Corredor Victorello”.

A Clínica Antonio Luiz Sayão é uma instituição filantrópica mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e também por internações no sistema privado; é um hospital regional que atende a 25 municípios. Fundado em 1957, chegou a contar com cerca de 1.070 pacientes, mas no decorrer dos últimos anos, como consequência da Reforma Psiquiatria no país, houve diminuição do número de leitos. Hoje a clínica conta com 639 leitos psiquiátricos, 80 leitos neurológicos conveniados com o SUS e 70 leitos que atendem internações particulares, 78% dos internos são moradores, muitos vindos de instituições que foram fechadas.

Em 1996 foi inaugurado a Ambulatório de Saúde Mental “Aguinaldo Bianchini”, este serviço oferece assistência nas áreas de psiquiatria, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, assistência social e fonoaudiologia. Atende em média 200 pacientes por dia, em atividades individuais e grupais, o serviço é também responsável pela solicitação das internações psiquiátricas, como também pela entrega de medicamentos do Programa Dose Certa em Saúde Mental. Anteriormente à inauguração do ambulatório, a assistência em Saúde Mental era oferecida no Centro de Saúde do município, por alguns profissionais da área.

Em setembro de 2005 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), serviço que conta com uma equipe multiprofissional composta por 01 psiquiatra, 02 enfermeiros (um com formação em Saúde Mental), 01 terapeuta ocupacional, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 técnico de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 03 monitores e um auxiliar administrativo. Atende uma média de 45 pacientes por dia, nos regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo, em atividades individuais, grupais, visitas domiciliares e assistência às famílias.

Tanto o Ambulatório de Saúde Mental como o CAPS recebem pessoas egressas de internações psiquiátricas da Clínica Antonio Luiz Sayão (Araras), como também da Casa de Saúde Bezerra de Menezes (Hospital Psiquiátrico), que funciona no município de Rio Claro, cidade próxima a Araras. Essas pessoas, por ocasião da alta hospitalar, recebem do hospital um encaminhamento para que procurem o serviço de Saúde Mental de seu município, com o objetivo de dar continuidade ao tratamento; além disso, o hospital envia uma cópia desse encaminhamento aos serviços de saúde mental, que aguardam o comparecimento

dessa pessoa. No caso do não comparecimento, os profissionais da equipe se encarregam de convocá-la por meio de contato telefônico, carta ou visita domiciliar.

4.6 - COLETA DE DADOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, e em respeito às diretrizes e normas regulamentadoras referentes à Resolução 196/96, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP para avaliação, sendo aprovado conforme parecer nº 009/2005 em janeiro de 2005 (Anexo I).

Após a aprovação, foi encaminhada uma cópia do projeto ao Secretário Municipal de Saúde, bem como explanados, pela própria pesquisadora, os objetivos da pesquisa, enfim por ele autorizada.

No 2º semestre de 2005 o projeto foi apresentado aos integrantes da equipe da unidade onde o estudo seria realizado, e esclarecidos o seu objetivo, o instrumento a ser utilizado e a utilização dos resultados; após a apresentação, todos se mostraram dispostos a participar do estudo.

É importante ressaltar que a fase de observação do local de estudo, vem ocorrendo através de atividades que a pesquisadora mantém no local. Dentre elas, estágio de alunos de graduação em Enfermagem e manutenção do campo de estágio realizando visitas domiciliares.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi a entrevista que, para Lüdke e André (1988), é um instrumento para coleta de dados importante, porque promove

uma interação entre pesquisador e pesquisado, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde.

Cruz Neto (2003) aponta que através da entrevista o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, não significando uma conversa desprestenciosa e neutra, pois por meio dela são coletados fatos relatados pelos atores enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade em foco. O autor acrescenta que, através desse procedimento, pode-se obter dados objetivos e subjetivos, sendo subjetivos os relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Dessa forma, optamos por utilizar, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada, contendo questões norteadoras (Anexo II). A entrevista semi-estruturada não só valoriza a presença do investigador, como também possibilita que o informante tenha liberdade e espontaneidade necessárias para o enriquecimento da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Triviños (1987, p.146) define a entrevista semi-estruturada, como “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes”.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade durante o horário de trabalho dos sujeitos no período que compreendeu os meses de novembro e dezembro de 2005. Para a realização das mesmas os sujeitos foram contatados com antecedência, para que o dia e a hora da realização da entrevista fossem agendados. No dia da realização da entrevista os sujeitos receberam esclarecimento sobre as normas em relação à pesquisa com seres humanos, e, após a leitura e

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas (Anexo III), gravadas e posteriormente transcritas.

4.7 – PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Recorremos à Análise Temática que pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação, proposta por D' Urung (BARDIN, 1977), e consiste em uma etapa da Análise de Conteúdo. Segundo esta autora, o processo de Análise de Enunciação diferencia-se de outras técnicas de Análise de Conteúdo, por apoiar-se na concepção da comunicação como processo e não como dado imobilizado, manipulável e fragmentado. Desse modo, a Análise Temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (BARDIN, 1977, P.105). Nessa ótica, a análise temática é transversal, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, buscando-se a frequência de aparição dos temas significativos. O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado.

Para Bardin (1977), a análise temática organiza-se da seguinte forma: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Como primeira etapa da análise dos dados, foi realizada a transcrição das entrevistas pela própria pesquisadora, por acreditar que esse procedimento possibilita um importante contato com o material coletado. Depois de transcritas as entrevistas, foram realizadas leituras exaustivas do material, o que possibilitou

estabelecimento de contato maior com o conteúdo obtido, permitindo a retomada aos objetivos, e o surgimento de hipóteses e impressões. Dessa maneira, foram sendo construídos o “corpus” e os recortes do material para submetê-lo à análise. Ainda na fase de exploração, as leituras repetitivas continuaram acontecendo, e a partir daí foram delineando dois temas centrais, com suas respectivas categorias.

Essa organização de análise facilitou a aproximação com os discursos dos sujeitos, visando o cumprimento dos objetivos do estudo: a) Conhecer como os profissionais que atuam na unidade do Programa Saúde da Família compreendem a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico; b) Identificar as dificuldades encontradas por esses profissionais nessa assistência.

Desse modo, obtivemos, como primeiro tema - **Sufrimento Psíquico**, e desse tema emergiram as categorias:

- 1) *Carências*
- 2) *Preconceitos*
- 3) *Dificuldades na família*

E como segundo tema – **Dificuldades sentidas**, dele emergindo as seguintes categorias:

- 1) *Ausência de preparo adequado*
- 2) *Intersectorialidade precária*

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Fez parte deste estudo a equipe de uma unidade do Programa de Saúde da Família composta por dez profissionais, sendo um médico com formação em clínica geral, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de dentista e cinco agentes comunitários de saúde.

A idade dos sujeitos variou entre vinte e quatro e quarenta e quatro anos, sendo sete do sexo feminino e três, do masculino. Em relação ao estado civil: cinco casados, um desquitado e quatro solteiros. Quanto à escolaridade verificamos que todos os agentes comunitários têm o segundo grau completo, bem como a auxiliar de dentista e a auxiliar de enfermagem.

Em relação ao tempo que trabalham na unidade, houve uma variação de oito meses a três anos e dois meses. Dos sujeitos entrevistados, apenas um (auxiliar de enfermagem) tem experiência anterior em psiquiatria, tendo trabalhado algum tempo na Clínica Psiquiátrica do município, os demais componentes da equipe não tiveram experiências anteriores de trabalho na área.

O material obtido a partir das entrevistas apresentou-se rico em significados, o que nos possibilitou elaborar, a partir dos temas, as categorias para fins de análise.

5.2 – PRIMEIRO TEMA EMERGENTE - Sofrimento Psíquico

Deste, originaram-se as respectivas categorias:

5.2.1 – *Carências*

Os sujeitos percebem as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico como indivíduos que necessitam de atenção, tanto da equipe que atua na unidade como de seus familiares, apresentando carências nos âmbitos diversos de suas vidas. Desse modo, a idéia de sofrimento psíquico ligado às faltas sentidas no processo do transcorrer da vida, está presente nos discursos.

“...a maior parte das pessoas que vêm aqui, eles não vêm doentes, eles vêm carentes e muitas vezes você conversando na recepção, você deu um pouquinho de atenção, pronto parece que o problema dele já resolveu...”(S1)

“É um quadro que ela precisa de muito mais atenção, ela é uma pessoa assim, ela é...ela tem...qualquer coisa ela chora...”(S2)

Em relação ao cuidado e à atenção à pessoa em sofrimento psíquico, Pereira (2003) fala da necessidade do prestador de assistência compreender o outro, estabelecer vínculos com ele e ter a capacidade para acolhê-lo, o que representa um desafio para os profissionais.

No PSF, há esse acolhimento e a carência relatada é suprida na maioria das vezes pelo agente comunitário de saúde. Este cumpre um papel de extrema importância na equipe, pois é quem tem um contato mais próximo com a população, por meio das visitas domiciliares, atendendo-lhes a necessidade imediata de conversar, ouvindo atentamente cada queixa, o que muitas vezes os tornam próximos de um papel terapêutico.

Franco e Lancetti (2000) se referem aos agentes comunitários como os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade.

Nesse sentido, Pereira (2000) enfatiza que é por intermédio dos agentes comunitário que as equipes de PSF chegam até as pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico, e podem conhecer um pouco de sua história familiar.

Por outro lado, Martines (2005) aborda as dificuldades sentidas pelos agentes comunitários, na sistemática cotidiana do PSF, refletindo sobre o perfil real e o perfil esperado dessa categoria de trabalhadores de saúde.

Nas falas dos sujeitos, está implícita a dificuldade que as pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico têm de se relacionar com o outro e com a sociedade em que vivem.

“Eu vejo uma pessoa assim com grande dificuldade de se relacionar as vezes com outras pessoas ”.(S6)

“...esse sofrimento acaba alterando muito o convívio dessa pessoa com...a vivência dessa pessoa em sociedade...(S7)

As dificuldades relacionais vividas pela pessoa em sofrimento psíquico podem conduzir ao processo de exclusão. Desse modo, o preconceito, o estigma, o distanciamento e a solidão geram sentimentos que se manifestam subjetivamente em meio à complexidade da dinâmica da exclusão.

Sawaia (2004) reitera que a exclusão é um processo sutil, multifacetado, uma configuração de múltiplas dimensões.

Já Spivak apud Saraceno (1999) lembra a ciranda de frustrações pela qual a pessoa que sofre o transtorno mental passa: ela é desacreditada e fragilizada mediante os valores sociais, o que provoca a diminuição de sua competência social.

Machado, Colvero e Rolim (1998, p. 34) espõem que é inegável o papel da sociedade no tocante à humanização da assistência ao doente mental, qual seja, a transformação não só da abordagem ética diante dele, como também a visão do que seja o processo saúde-doença mental.

Nesse âmbito, Brêda e Augusto (2003) enfatizam a necessidade de se desenvolver estratégias de mudanças no modelo assistencial, na legislação em saúde mental, para que se observem aos poucos mudanças em aspectos culturais secularmente enraizadas na sociedade.

Desse modo, tornam-se imprescindíveis a participação e o envolvimento da sociedade nas questões que se referem à assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Autores como Jorge, Rocha e Figueiredo (2000), Saraceno (1998, 1999, 2001) destacam a importância da compreensão por parte da sociedade, sugerindo estratégias informativas, educacionais e políticas, que visem reduzir a desinformação e a discriminação que envolve as pessoas que sofrem a experiência do transtorno mental.

A carência econômica é outro fator identificado na fala de um dos entrevistados.

“...dentro principalmente aqui do PSF que é uma população carente, vem acompanhado de problemas socioculturais e...na verdade esse é o grande problema que muitas vezes eles vêm apresentando queixas relacionadas a situação socioeconômica, a condição de vida deles, a carência de atenção...”(S10)

Sobre este aspecto, Furegato et al (2002, p.52) apontam que “a doença mental, além de acarretar mal físico e psíquico ao paciente, altera o cotidiano das pessoas que o cercam, porque o indivíduo que antes estudava e /ou trabalhava acaba deixando de fazê-lo, diminuindo a fonte de renda da casa e aumentando os gastos com medicamentos, médicos e internações”.

Waidman et al (2003, p.333) acrescentam que “existe uma percepção de que a maioria dos problemas de saúde que a população vive hoje é resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos”.

Silva (2000, p.86) ressalta que “é fundamental ter uma visão holística do homem, vê-lo em sua totalidade, considerando o físico, o psíquico, o social e o econômico em seu contexto cultural, sendo indispensável o estudo do comportamento e das reações emocionais do indivíduo, para que possa identificar o tipo de crise que poderá afetá-lo”.

Diante do exposto, fica evidente que os sujeitos vêem as pessoas em sofrimento psíquico com implicações nos campos social, econômico e afetivo. Isso nos leva a refletir sobre a importância da assistência efetiva, que de fato venha evitar o agravamento ou o surgimento de quadros psicopatológicos, muitas vezes decorrentes dessas carências, que poderiam ser melhor abordadas e, quem sabe, reduzidas, dependendo do suporte oferecido.

O isolamento é outro fator que aparece nas falas dos entrevistados:

“...ela é uma pessoa que se sente isolada, precisa de alguém que converse, dê mais atenção para ela...”(S4)

“...ela precisa de algum profissional, porque ela fica isolada, depressiva, uma pessoa depressiva fica isolada...”(S4)

“ Eu vejo como uma pessoa sozinha...”(S9)

Vemos que os sujeitos demonstram a importância do elemento humano, da real presença humana que promove o encontro afetivo capaz de suprir as necessidades apresentadas pelo outro. A associação entre sofrimento psíquico e isolamento pode estar ligada à herança remota da evolução histórica da psiquiatria, somada às dificuldades de entendimento e de elaboração dos sentimentos humanos.

Portanto, a exclusão pode ser a resultante de dinâmicas anteriormente vivenciadas pela pessoa, desde o isolamento advindo do processo de institucionalização, até o distanciamento emergente do processo evolutivo do viver, no qual estão implícitas as crises acidentais.

Souza (2004) reitera que a exclusão, seja pelo isolamento, inacessibilidade a informações, ausência de lazer, de saúde ou trabalho, seja por outros fatores, ainda permeia a vida das pessoas com história de longos períodos sem convívio social. Vemos essa exclusão também quando não há histórico de internações psiquiátricas.

Em relação à decisão médica pela internação, ação essa que muitas vezes determinou rumos e levou à institucionalização, Basaglia et al (1994, p.18) dizem que “a ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico - terapêutico, limitando-se esta à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a “norma” não é um conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante”.

Desse modo, a assistência prestada tem implicação direta com os conceitos e idéias subjetivas que pairam no imaginário coletivo, tendo como conseqüências as atuações no mundo externo o que nos leva a colocar em discussão as questões que envolvem a Reabilitação Psicossocial, a autonomia, a restituição do poder contratual da pessoa em sofrimento psíquico no que se refere ao trabalho, lazer, como também suas funções na comunidade.

Kinoshita (2001) se refere ao processo de reabilitação como a restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar-lhe a autonomia, a capacidade de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente.

No discurso de um dos sujeitos ouvidos, está contida a importância da realização de ações de saúde mental que visem a reabilitação da pessoa com dependência de alguma substância, como o álcool, por exemplo.

“até tinha (no PSF) uma...tipo palestra assim, que eles (os pacientes) vinham, eles conversavam, igual a Dona I.

(paciente alcoolista) mesmo, com ajuda, eu acho que eles param...”(S3)

Embora a narrativa traga a idéia que essa ação contribuidora do processo de reabilitação tenha acontecido no passado da unidade de saúde, há certa valorização e reconhecimento atribuídos à mesma.

5.2.2 – Preconceitos

O preconceito em relação à pessoa em sofrimento psíquico aparece na fala dos sujeitos, sugerindo distanciamento, da parte do paciente e do profissional.

“...ah...está bêbado não sei o que...eles (os profissionais que atuam na unidade do PSF), sabe, não conversam com a pessoa, aquela paciente bêbada quando vem, é...quando chega, eles já mandam lá para o Pronto Socorro...”(S3)

Esse relato aponta a tentativa de encaminhar a outros o que parece difícil, complexo, para longe dos olhos e do campo de ação de quem se espera a prestação de assistência. Isso demonstra que o alcoolismo, grave problema de saúde, com alta incidência na população, é pouco contemplado no direcionamento das ações desenvolvidas. Também sugere haver dificuldades quanto à noção de intersubjetividade.

O Centro Brasileiro de Informação sobre Droga (CEBRID) realizou em 2001 um levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, dentre elas o álcool. O estudo envolveu as 107 maiores cidades do país, num total de 47.045.907 habitantes, representando 41,3% da população nacional. Os resultados revelaram que o consumo de drogas lícitas no país, especialmente o álcool e o tabaco, é superior ao de drogas ilícitas, e a estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% da população pesquisada, sendo que nas regiões Norte e Nordeste as porcentagens atingiram cerca 16%, sendo também observada uma proporção de três homens dependentes de álcool para cada mulher (CARLINI et al, 2001).

Brêda e Augusto (2003) demonstraram essa problemática, ao pesquisarem o cuidado prestado pela equipe de PSF em uma localidade do nordeste.

Neste estudo, a questão do uso do álcool é relatada pelos sujeitos, com veemência.

“...alcoolismo demais, muito,muito, muito...”(S1)

“...a gente encontra eles bêbados, eles querem parar, eles querem conversar com você...”(S1)

“...ela acha que o problema dela é pressão, e não é, na realidade é bebida mesmo...”(S2)

Fioravanti (2005) demonstra, em levantamento feito pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, onde foram entrevistados moradores de dois bairros de São Paulo (Vila Madalena e Jardim América), em relação à incidência de

transtornos mentais, que, mesmo se tratando de bairros com escolaridade e renda média altas, próximos a serviços de saúde, seus habitantes pouco os procuravam ou a médicos, quando acometidos por algum transtorno mental.

Esse fato pode decorrer do preconceito em relação ao sofrimento psíquico. As pessoas, quando diagnosticadas como portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico, relutam em aceitar esse fato. No senso comum, há a noção de que os transtornos mentais não têm cura, e muitas vezes acontece a atribuição a fatores religiosos, ou a doenças físicas, por serem mais aceitas pela sociedade. Isso aparece no discurso dos sujeitos ouvidos:

“...eles (os pacientes) acreditam que a doença é incurável...não tem coragem de manter o tratamento pelo drama de achar que o tratamento, vai na verdade assinar o atestado que a doença não tem cura...”(S10)

A dificuldade de aceitação do sofrimento psíquico também aparece nas falas abaixo:

“...ele já tem dificuldade em aceitar, em aderir...”(S1)

“...ela faz o tratamento segunda, terça, quarta e quinta, mais aí, chega sábado e domingo, ela perde tudo que ela prometeu todos esse dias...”(S2)

“...medo de se abrir, ou ele mesmo não achar que está doente... o paciente que está com depressão, ele acha que não tem problema de saúde, que ele não está doente...”(S6)

“A grande importância no atendimento de um paciente que tem um sofrimento psíquico, é fazer que ele entenda em primeiro lugar o sofrimento psíquico...”(S10)

Nesse sentido, Spadini e Souza (2006) enfatizam que reconhecer e aceitar a doença faz a diferença, pois o tratamento é entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares. Acrescentam que o sucesso do tratamento está diretamente relacionado ao modo como o paciente compreende sua doença e o que faz, a partir disso.

Fioravanti (2005) ressalta que os preconceitos ajudam a entender a distância que a população tem em relação aos psiquiatras, temendo ser rotuladas como mentalmente desabilitadas. Não acreditam que as alterações emocionais possam ser tão comuns quanto uma gripe, pensam que os portadores de sofrimento psíquico se tornam dependentes dos medicamentos, o que nem sempre acontece, e ainda persiste a idéia de que os psiquiatras são médicos de “loucos”.

Na fala abaixo o sujeito relata que mesmo não aceitando a idéia do sofrimento psíquico, as pessoas procuram ajuda quando percebem que não conseguem lidar com ele:

“...quando realmente ele (o paciente) cai no buraco, no abismo, é onde ele vai procurar ajuda, acaba procurando a gente...”(S6)

Spadini e Souza (2006) afirmam que a estigmatização da loucura provoca no doente a perda de sua cidadania, sofrendo preconceitos e segregação. As mesmas autoras colocam ainda a necessidade de esclarecimentos sobre a doença mental à população, para que os preconceitos e estigmas diminuam.

Barros (1994) refere que é necessário desconstruir, além da instituição manicomial, as idéias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário, mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la.

Pereira (1997) enfoca a importância da transformação de conceitos, através da revisão de valores, de condutas, de normas instituídas e cristalizadas pelo contexto social.

Diante disso, percebe-se que é necessário desconstruir o conceito ou pré-conceito que as pessoas trazem consigo em relação ao sofrimento psíquico, pois, um dos grandes desafios da assistência às pessoas que apresentam algum transtorno mental consiste no combate aos estigmas.

O medo que a população tem em relação a essas pessoas aparece na fala de um dos sujeitos, sobre representarem algum perigo aos outros. No entanto, verificamos que, além da população, os profissionais também mencionaram seu próprio medo:

“...pode até causar um pouco assim de medo, é preconceito...”(S9)

“...a gente fica meio assustada com aquele quadro, com aquela situação...”(S9)

Portanto, torna-se penoso para o profissional atuante no serviço, a incumbência de execução de um projeto de re-inserção social ou de assistência que envolva demanda ligada ao sofrimento psíquico.

Alguns sujeitos acreditam que essas pessoas necessitam de uma atenção diferenciada, que talvez pudesse ser suprida por profissionais especializados:

“Ah...eu acho que a maioria delas precisa de uma atenção diferente, de algum especialista, de outra área assim, para poder ajudar.”(S8)

Fioravanti (2005) mostra, através de estudo que englobou vários países, o quanto os distúrbios psiquiátricos são freqüentes e pouco tratados. Tal estudo enfatiza a importância do preparo dos profissionais no nível básico de saúde, destacando o papel de ações preventivas focadas nas vulnerabilidades populacionais, visando diminuir o impacto das fontes de estresse.

A Declaração de Caracas, assim como a Assembléia Geral das Nações Unidas, através da OPAS, OMS (1994), reiteram a reestruturação da assistência psiquiátrica vinculada à atenção primária.

Entretanto, aspectos referentes à Saúde Mental ainda são pouco contemplados no Programa de Capacitação do PSF. Essa carência é evidenciada nos relatos elaborados pelos sujeitos deste estudo.

Sobre o assunto, Campos (1992 a, p.149) lembra que se trata de um processo que “exigiria que a rede básica de saúde fosse habilitada a interromper essa ciranda infernal de crise-internação-crise”.

5.2.3 – Dificuldades na família

Outra categoria que se destacou das entrevistas diz respeito à dificuldade de relacionamento que a pessoa que apresenta algum sofrimento psíquico tem com seus familiares:

“...ela tem problemas assim...como eu posso falar...todos os problemas dela ela cai para bebida, por causa do genro dela...ela fala que é por causa do genro dela, que ela quer bater no genro dela...”(S2)

“...tem uma senhora lá da avenida, ela entrou em depressão depois que o marido usou o nome dela para comprar uma coisa aí...”(S2)

Spadini e Souza (2006) esclarecem que, “na dificuldade de relacionamento, nota-se que a desarmonia familiar e agressões contribuem para o agravamento da

doença; que para o familiar que cuida do doente há muitas sobrecargas; que faltam orientações e apoio para os cuidadores; e que é fundamental a participação da família para o sucesso do tratamento do doente”.

Resta e Motta (2005, p.110) reiteram que “as famílias possuem muitas fragilidades e susceptibilidades levando-as a apresentarem diferentes necessidades de saúde; suas diversas vulnerabilidades e riscos que caracterizam-nas, concomitantemente, como singulares e plurais. Essa fragilidade e susceptibilidade influencia o relacionamento das pessoas que compõem o núcleo familiar quando um de seus membros está adoecido”.

Em relação ao atendimento das famílias, pelo PSF, Souza (2004) menciona que este não pode deixar de ver o individual, pois qualquer evento que envolva o processo saúde/doença do núcleo familiar poderá, de algum modo, interferir nas relações de seus membros, chegando às vezes, a afetar também a estrutura familiar.

Dessa forma, os sujeitos percebem que a falta de estrutura familiar dificulta os relacionamentos, podendo ser responsável pelo aparecimento de alterações emocionais:

“...estrutura familiar, eles desencadeiam desde criancinha assim, é falta de família, percebo que tudo começou por isso, falta de estrutura familiar...”(S1)

“...aqui tem um menino, para você ver, a família...você percebe que é destruída, ontem ele chegou com o rosto desse tamanho...”(S2)

Furegato et al (2002) e Koga (1997, 2003) realizaram estudos em que verificaram o fardo carregado pelas famílias, na convivência com uma pessoa em sofrimento psíquico.

Koga (2003) constatou que o familiar experimenta sobrecarga em forma de doença física e/ou emocional, em suas rotinas domésticas, com ônus financeiro, sendo que, além da pessoa em sofrimento psíquico não contribuir com a organização da casa ou de seus pertences, provoca o aumento do trabalho dos demais.

Segundo relatos ouvidos, a pessoa em sofrimento psíquico enfrenta dificuldades no contexto familiar, e essas dificuldades propiciam certa imobilidade derivada dos vários entraves defrontados.

“...ela pode ter dificuldade motora, ou dificuldade que as vezes a família nunca soube lidar com isso, e vai lidando conforme as coisas vão acontecendo...”(S9)

“...a própria população que tem uma pessoa assim em casa, psíquico, não sabe como estar tratando...”(S9)

Essa dificuldade que as famílias têm em aceitar seu familiar doente e conviver com ele reflete diretamente na convivência dessa pessoa em sofrimento psíquico com a sociedade.

Pereira (2003, p.34) lembra que “a família é a primeira rede social do ser humano; à medida que a pessoa vai se desenvolvendo, sua rede de relações se amplia, aumentando o conjunto de vínculos interpessoais e significativos”.

Portanto, é preciso trabalhar junto às famílias, para que também sejam vistas como unidade de cuidado, e conseqüentemente haja melhoria na dinâmica familiar, beneficiando a todos.

Em relação ao cuidado da pessoa em sofrimento em serviços abertos, Pereira (2003, p.87) coloca que “estar próximo do universo familiar significa estar em contato com realidades complexas e conflitantes, que pedem uma assistência voltada à cooperação e à integralidade, uma vez que as expectativas dos familiares têm relação direta com as dos profissionais de saúde”.

Nesse sentido, Souza (2004) coloca que a enfermidade mental provoca muito sofrimento às famílias, e que estas precisam em virtude disso, alterar toda sua dinâmica e estrutura. Sendo assim é necessário que as famílias recebam auxílio profissional para que consigam reorganizar suas vidas e aprendam a conviver com as alterações emocionais e comportamentais que a enfermidade provoca.

Pereira (2003) em um estudo que realizou, observou que os familiares dos pacientes pediam escuta, acolhimento, ajuda para amenizar sua experiência com a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico.

Para Resta e Motta (2005), o PSF vem com a proposta de aproximar os profissionais destes conhecimentos, criando oportunidades para que as famílias recebam e construam o cuidado congruente com sua necessidade, nas situações de risco, quando têm em seu meio uma pessoa em sofrimento psíquico. Ainda para Resta e Motta (2005, p.111) “a partir da interação entre famílias e profissionais ocorre a construção do saber/fazer em saúde, possibilitando a equipe de PSF extrair

a riqueza dos aprendizados decorridos do planejamento coletivo das ações de saúde”.

Nos discursos dos sujeitos deste estudo, está implícita a necessidade de uma maior aproximação e sensibilização dos profissionais, e o envolvimento das famílias no processo de assistência à pessoa em sofrimento psíquico. Portanto, independentemente do referencial teórico e da estratégia utilizada na dinâmica de trabalho do profissional junto às famílias assistidas, o vínculo, a escuta, o acolhimento e a compreensão da complexidade das particulares dinâmicas familiares são imprescindíveis para a melhoria da atenção às demandas que se apresentam.

Nesse sentido Koga (2003) coloca que a re-inserção social da pessoa em sofrimento psíquico somente é possível se a família dessa pessoa for assistida, pois não é possível haver re-inserção social com uma família desassistida.

5.3 SEGUNDO TEMA EMERGENTE - Dificuldades sentidas

Neste tema, a maioria dos sujeitos relata dificuldades para lidar com as pessoas em sofrimento psíquico, percebem que esta dificuldade é decorrente da falta de preparo que os acompanha desde a formação profissional. Para eles, a falta de integração entre os serviços de saúde também dificulta a assistência.

Desse tema, originaram-se as seguintes categorias: **Ausência de preparo adequado** e **Intersetorialidade precária**.

5.3.1 – Ausência de preparo adequado

Quando questionados sobre as dificuldades que encontram na assistência a pessoa em sofrimento psíquico, tivemos como resposta da maioria dos sujeitos que a dificuldade está em como abordar a pessoa com alguma alteração psíquica, referem que não sabem como iniciar a abordagem, o que falar para essa pessoa, como orientar.

“...eu, no meu caso principalmente, é mais a dificuldade para chegar, para saber o que falar de imediato, para você começar a ter aquele contato com a pessoa...”(S5)

“...eu não sei como abordar esse paciente também, ele está precisando de ajuda, só que ele também não quer, por exemplo, ir para o Bianchini, ele precisava assim...que eu soubesse alguma maneira de estar incentivando...”(S9)*

Outra questão apontada por um dos sujeitos é a dificuldade de perceber, reconhecer a pessoa que apresenta algum sofrimento psíquico.

“Em reconhecer...se a pessoa não fala para mim, ela esconde, eu não vou saber, eu não tenho aquele olho clínico em perceber se a pessoa tem isso daí...”(S2)

* Bianchini é o ambulatório de Saúde Mental do município que se denomina Serviço de Saúde Mental “Aguinaldo Bianchini”.

“...eu não sou o profissional para chegar a ponto de conhecer, para eu chegar e saber ah... a pessoa está com aquele problema...”(S2)

Nos relatos acima os sujeitos deixam evidente a insegurança e a falta de preparo, que sentem diante de uma pessoa que apresenta algum sofrimento psíquico. A dificuldade colocada em como lidar e como abordar essa pessoa, como também a dificuldade em reconhecer o sofrimento psíquico são questões que poderiam ser amenizadas com um trabalho contínuo de reflexão da realidade encontrada no cotidiano dos serviços, visando a capacitação desses profissionais em relação às questões inerentes à saúde mental, contemplando o relacionamento interpessoal, a comunicação, e facilitando o entendimento dos aspectos que cercam essa problemática.

Silva (2000) coloca que para humanizar a assistência em saúde mental, é necessário saber comunicar-se, pois a comunicação interpessoal é ponto fundamental para que o profissional adquira a confiança dos clientes, resultando, assim, em uma assistência eficaz.

Nas falas abaixo fica evidente que as questões referentes à saúde mental são penosas para os sujeitos.

“A dificuldade, eu acho que a gente não tem muita...pelo tempo que eu tenho aqui, eu acho ainda que eu preciso ter preparo para isso, sabe...o que falar, o que fazer...”(S4)

“...eu acho que nós não estamos preparados para estar recebendo esse tipo de paciente, nem a população.”(S9)

Mesmo sendo uma das características do PSF, a proximidade entre os profissionais e a população, no que se refere a situações que evidenciam o sofrimento psíquico, há um conflito que muitas vezes permanece latente, criando subjetivas ansiedades que podem ter como resultado a insatisfação e o distanciamento dos atores envolvidos, quer seja a pessoa que passa pelo sofrimento psíquico, a família e o profissional.

Ao considerar a saúde mental na assistência comunitária Lancetti (2000) afirma que o vínculo e a continuidade nessa assistência exigem lidar seguidamente com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados.

Nesse sentido, Gonçalves (2000) considera que os profissionais que atuam no PSF precisam ter um manejo instrumental de suas próprias ansiedades, bem como desenvolver atitude solidária e afetiva diante da realidade da população e de seu sofrimento, conforme foi também constatado neste estudo:

“Eu acho que o primeiro passo é cuidar da saúde do funcionário...” (S1)

Nesse sentido, Pereira (2003) refere que a proximidade com o sofrimento psíquico provoca a busca de dispositivos ou recursos internos do profissional, que muitas vezes são sentidos como difíceis de serem vividos.

Em relação à capacitação dos agentes comunitários, Gonçalves (2000) reitera a necessidade de discutir mais o papel desses profissionais, lembrando que os

agentes comunitários de saúde são fundamentais para o desenvolvimento das intervenções, como também para o acompanhamento das famílias e da comunidade.

Diante do exposto, ressalta-se que nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta da tarefa de assistir às pessoas em sofrimento psíquico. Às vezes, a falta de recursos humanos e de capacitação acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (BRASIL, 2003).

Esse fato está bem evidente nas falas dos sujeitos ouvidos.

Ainda em relação à carência de capacitação, colocam que não tiveram treinamento relacionado à área da saúde mental, e que isto dificulta para que reconheçam e identifiquem a pessoa em sofrimento psíquico.

“...teve uma vez, muito complicado assim, muito cansativo e no fim pra mim, eu achei que não serviu para nada...”(S1)

“...só teve uma vez uma palestra sobre isso , mas uma vez só...”(S2)

“Por não saber como lidar, porque a gente nunca teve assim que eu me lembre, nunca teve palestra não, falando que se chegar um bêbado, drogado, como lidar, nunca tivemos não.”(S3)

Em relação à capacitação dos profissionais que atuam no PSF, Resta e Motta (2005) afirmam que um constante aprimoramento das habilidades promoverá maior

reflexão acerca das múltiplas fases do cuidado e suas repercussões no mundo familiar.

Nesse sentido, Girade, Cruz e Stefanelli (2006, p.106), lembram que “o enfermeiro necessita manter-se atualizado para enfrentar as mudanças advindas do desenvolvimento técnico-científico, devido as novas descobertas em diferentes campos, como os da genética, neuroimagem, ritmo circadiano, neurofisiologia, psicofarmacologia, psico-imunologia, bem como, mudanças nas políticas de saúde mental”, que colocam a família e o paciente como atores essenciais no processo de tratamento.

Os sujeitos ressaltam que recebem treinamento em relação a outros cuidados que devem prestar às pessoas, como prevenção e cuidados em relação à hanseníase, câncer do colo de útero, imunização, diabetes entre outros.

“...três anos que eu estou aqui nunca teve treinamento (em relação à saúde mental), nunca teve, assim para PSF não, a gente faz algum treinamento, ah...sobre hanseníase, diabetes...”(S1)

É importante ressaltar que, em decorrência do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, as pessoas que antes eram internadas nos hospitais psiquiátricos, hoje permanecem junto de suas famílias, o que evidencia a necessidade que os profissionais que atuam nas unidades do PSF, estejam preparados para lidarem com as atuais demandas de suas respectivas áreas de atuação.

Gonçalves e Sena (2001, p.49) acreditam que as conseqüências da reforma psiquiátrica refletem de forma direta na família do doente mental, principalmente nas pessoas responsáveis pelo cuidado.

Além das famílias, os profissionais que atuam na atenção básica também sofrem as conseqüências dessa nova forma de prestar assistência, sendo necessário um olhar diferente por parte das instituições que os preparam para o mercado de trabalho, como também uma maior atenção por parte dos gestores à frente das equipes do PSF, no que se refere a assistência ligada ao campo da saúde mental.

Souza (2004) explicita que, mesmo com a implantação do PSF e a ampliação da atenção básica e, conseqüentemente, do acesso à saúde, poucas mudanças ocorreram na qualificação da assistência, produção de serviços e eqüidade.

E, em relação à formação profissional, ao discutirem a situação do aluno de graduação, Waidman et al (2003) afirmam que o acadêmico, ao trabalhar com a comunidade, verifica que ela possui angústias, esperanças, desilusões, assim como interesses diversos, além de estar sujeita a constantes mudanças na dinâmica social, portanto é necessário que seja preparado para lidar com as diversas situações que pode encontrar atuando junto à comunidade.

Patto (1999, p.119) refere que “educar não é só informar. Educar é formar, é ressocializar, é convidar os alunos a engajarem-se em projetos comprometidos com a coletividade, tanto dentro como fora da instituição universitária”.

Os sujeitos demonstram sentir na prática profissional as conseqüências da formação voltada para o paradigma biologicista:

“...nós fomos treinados assim, tanto na faculdade, como depois assim, aqui mesmo no posto, no PSF, para estar colhendo papanicolau, para fazer vacina, para não sei o que, mas não é para tudo, podia dar uma abordada assim rápida nessa parte de dependente químico...”(S9)

No contexto dos cursos de graduação ligados à saúde, o modelo biológico, ainda se perpetua. Por outro lado, há um movimento significativo envolvendo a transformação para um outro paradigma, que vem se solidificando na complexidade de saberes teóricos e de práticas inovadoras.

5.3.2 – Intersetorialidade precária

Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p.24) definem intersectorialidade como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social”.

Os sujeitos ouvidos relataram a dificuldade encontrada pela equipe do PSF para atuar conjuntamente com outros setores de assistência na comunidade. Não há uma boa integração entre todos os serviços de que o município dispõe na área da saúde mental, como, por exemplo, o ambulatório de Saúde Mental do município (quando as entrevistas foram realizadas o CAPS do município havia sido inaugurado havia

pouco mais de um mês, e por esse motivo os entrevistados não se referem ao serviço), seja para agendar consultas ou para um suporte aos casos mais difíceis.

A esse respeito, Koga (2003, p.18) verificou que “o PSF ainda não possui um bom grau de integração com os demais programas operados pelas Secretarias Municipais de Saúde e com as demais unidades de saúde”.

Esse fato também foi identificado neste estudo, como se pode ver:

“...ia para o Bianchini, aí começava a complicar, porque aí já começava a demorar...entendeu, não tinha vaga tipo assim, dois , três dias , um mês, dois, aí o paciente já desanimava, as vezes entrava em crise pior ainda”.(S1)

“...não tem uma integração assim, muito pelo contrário, acho que tem até uma rivalidade do que uma integração...rivalidade, tanto de PSF para PSF, como de unidade básica para PSF...”(S1)

Para Campos (1992 b), o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente, o que requer um apoio constante da parte do serviço de saúde, às vezes de longo prazo, a fim de obter bons resultados. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de que o serviço funcione num padrão de plasticidade, de flexibilidade e de extensão de seu agir. Segundo Campos (1992 b, p.17), “um dado projeto de cuidado terapêutico pode ser elemento decisivo na cesta de necessidades básicas de um certo cidadão, em certa época, e não ser para um outro conjunto de sujeitos”.

Percebe-se, em alguns discursos, certa fixidez relacionada à ação de saúde frente à demanda apresentada, isto é, o agir é centrado apenas na medicação, e quando essa não resolve, o passo seguinte é o encaminhamento.

“Normalmente se a pessoa é uma pessoa mais depressiva, a gente passa para o médico fazer uma visita, mais ele encaminha, ele encaminha para especialidade...”(S5)

“É...a assistência pelo que eu observo no PSF é o paciente vindo até o posto, o médico procura às vezes com medicações né, para ver se melhora,mas... às vezes pela própria rebeldia do paciente acaba não tomando o medicamento certo né, e quando ele vê que é um caso mais complicado a gente observa que ele tenta fazer um encaminhamento para fazer um trabalho melhor na saúde mental.”(S6)

“...o que a gente consegue acompanhar aqui são os casos mais amenos, mas geralmente o que a gente não acompanha aqui a gente encaminha para o Bianchini...”(S7)

Porém, quando é conseguido o atendimento em outro nível de atenção, no caso, o secundário, ocorre a ausência de comunicação e de integração entre os serviços.

Assim, as dificuldades relatadas pelos sujeitos decorrem também da insegurança quanto à continuidade do atendimento por eles prestado, uma vez que

não há circulação de informações entre serviços. Durante as entrevistas, quando questionados quanto à assistência em saúde mental na unidade do PSF onde atuam, tivemos as seguintes respostas:

“Então o único caminho que a gente tem aqui é o Bianchini (ambulatório)...” (S1)

“...aqui não atende, então eles vem aqui, daí passa com o médico, ele faz o encaminhamento e manda para o Bianchini, aqui nunca teve, que eu me lembro de quando eu estou aqui...”(S3)

“Ah... a assistência, eu acho que não tem muita assistência...”(S4)

Pode-se observar, então, que a assistência às pessoas em sofrimento psíquico não é, ou é pouco oferecida na unidade do PSF. No entanto, um dos sujeitos relata que alguns casos mais leves são tratados na unidade, porém esse tratamento tem somente o enfoque medicamentoso, fato já evidenciado em falas anteriores.

“...a depressão maior a gente já procura encaminhar para o psiquiatra, mas quadros depressivos leves, quadros de transtorno de ansiedade leve , quadros fóbicos bem leves que a gente poderia encaminhar...faz o acompanhamento aqui, para depois encaminhar para o psicólogo...”(S10)

Como preconiza o Ministério da Saúde, a assistência em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados que, além dos CAPS, inclui a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. É dentro desse contexto que o PSF, por sua proximidade com as famílias e as comunidades, é um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas situações de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, Lancetti (2000) coloca que no Programa de Saúde da Família não é possível passar os casos, pois mesmo quando a pessoa necessita de um atendimento fora da unidade, continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro.

Um dos sujeitos coloca que o Ambulatório de Saúde Mental poderia deixar algumas vagas reservadas para os casos do PSF, pois quando conseguem que a pessoa em sofrimento psíquico aceite o tratamento, esbarram na dificuldade de agendamento de consulta, como já relatado anteriormente.

Dell' Acqua e Mezzina (2005) enfatizam a responsabilidade efetiva no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, dentro de em determinado contexto e território. Entendem território não somente como área geográfica do bairro, mas como constelação de saberes, culturas, influências sociais, econômicas e afetivas.

Alguns dos entrevistados salientam que a dificuldade do paciente em aderir ao tratamento proposto é um fator que interfere na assistência prestada, e que talvez pudesse ser superado se a assistência fosse oferecida na unidade do PSF. Os entraves para a adesão ao tratamento se devem muitas vezes a fatores como: não aceitação da doença por parte do paciente, situação sócio-econômica (muitos pacientes relatam que abandonaram o tratamento, pois não tinham dinheiro para pagar o transporte coletivo).

“É algum atendimento como lá do Bianchini, sabe ter lá também, mas o que eu quero dizer é que por ser um posto de família, acho que aqui também deveria ter, porque as vezes a gente ah...vai lá no Bianchini, eles não vão porque é longe, porque não tem dinheiro para pagar o ônibus, então se tivesse aqui , alguém para conversar com eles, eu acho que ia melhorar.”(S3)

“...eu acho que é até em relação do paciente com a gente né,medo de se abrir, ou ele mesmo não achar que está doente, as vezes algum caso de depressão né...o paciente com depressão ele acha que ele não tem problema de saúde, que ele não está doente...”(S6)

“...ela aderir ao tratamento,muitas vezes pela descrença né ou a pessoa entender que o tratamento é longo...”(S10)

Nesse contexto, Nascimento (2000) comenta que, diante do processo de reforma psiquiátrica, é fundamental a participação da pessoa em sofrimento psíquico no seu tratamento, e que os profissionais do PSF estejam preparados para lidar com essa tarefa, estimulando-a a seguir adequadamente todas as recomendações, bem como garantindo que as mesmas não abandonem o tratamento.

Nas narrativas dos sujeitos, aparece a importância de manter a mesma equipe na unidade, pois o vínculo, a relação de confiança criada entre eles e os pacientes

contribui para a aceitação da doença por parte da pessoa em sofrimento psíquico, como também para a sua adesão ao tratamento.

“... nas primeiras visitas que você faz, o povo sempre conversa assim um pouquinho com você, na segunda visita que ele viu que você foi em um mês, voltou no outro né, eles falam, falam, falam, contam cada coisa...uma confiança assim que eles contam mesmo e cada vez mais...”(S1)

“...a não ser quando ela tem confiança, ela começa a falar...”(S2)

A problemática da manutenção da equipe na unidade foi relatada pelos entrevistados, ressaltando a importância do relacionamento interpessoal e da comunicação entre os membros da equipe, sem mudanças constantes no grupo:

“...todo mundo falar a mesma língua...”(S1)

“...o problema está aqui em nós na equipe, mudou muito, a gente era acostumado de um jeito...os agentes, mudou metade...”(S1)

Koga (2003) refere que a consolidação do PSF exige a superação de várias dificuldades, como a composição e manutenção das equipes profissionais. E o vínculo da equipe que atua no PSF com a população somente é possível se essa

equipe for mantida, porém o que normalmente se vê é uma constante mudança de profissionais que atuam nessas equipes.

A importância do vínculo é relatada por Cabral et al (2000), quando afirma que o PSF trabalha com a lógica da desinstitucionalização, com maior ênfase no vínculo, estando as equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população.

Cavalcanti (1997) também fala da importância das relações humanas no cotidiano dos serviços.

Para os entrevistados fica evidente a relação de confiança, derivada da proximidade entre os agentes comunitários e a população:

“...é você que traz os problemas para dentro do PSF , você vai lá pega os problemas traz pra cá para o enfermeiro ou para o médico resolverem, entendeu, e muitas vezes eles falam muito mais as coisas para o ACS, quando o enfermeiro chega eles bloqueiam, porque o ACS está sempre lá na casa dele, já fez uma amizade, já fez o vínculo com ele...”(S2)

Em relação à confiança, Townsend (2002) coloca que ela é conquistada, através das intervenções que transmitem aos clientes um sentimento de calor humano e carinho pelos outros.

Entretanto, os relatos demonstram que, na dinâmica de encaminhamentos que mobiliza o fluxo do paciente entre os níveis primário, secundário e terciário, muitas

vezes se deixa de contemplar informações acerca das peculiares situações que envolvem o paciente e sua rede de relações.

Desse modo, juntamente com a dificuldade sentida e relatada pelos sujeitos para procederem aos encaminhamentos entre os serviços, nota-se uma sublinhar dificuldade de comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, que teve como objetivos identificar a compreensão dos profissionais que atuam em uma unidade do PSF sobre a pessoa acometida pelo sofrimento psíquico, como também identificar-lhes as dificuldades na assistência a essa clientela, ficou evidente a importância de maior aprofundamento nas questões relativas à temática estudada, para a promoção de futuras construções e intervenções nos campos teórico e prático da assistência em saúde mental na comunidade.

O estudo permitiu visualizar que a característica do PSF, de proximidade entre o profissional e a comunidade, torna-se importante estratégia de um novo modelo de assistência, abordando a pessoa em sofrimento psíquico dentro do quadro de suas necessidades, nessa instância de assistência, já que principalmente o agente comunitário de saúde é responsável, na grande maioria das vezes, pelo acolhimento desses indivíduos, ouvindo suas solicitações.

Entretanto, essa situação pode, muitas vezes, provocar nesses agentes o sentimento de ansiedade frente aos complexos contextos que vivenciam no cotidiano do trabalho, aliado à existência de preconceito envolvendo os transtornos mentais. Os profissionais ouvidos demonstraram entraves devido a conceitos ligados a esse estigma, que historicamente vem perpetuando e determinando ações, reforçado pela psiquiatria tradicional e talvez acentuado pela efetiva presença e permanência de um macro hospital psiquiátrico no município.

Isso nos remete ao pensamento de Saraceno (1999) que afirma serem mais difíceis as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, em locais que têm a presença de hospitais psiquiátricos. Tornam-se imprescindíveis ações contínuas de

educação direcionada a profissionais, famílias, comunidade, estendendo cada vez mais a noção de responsabilidade, envolvimento e participação social.

Desse modo, as famílias também exercem um importante papel na assistência, havendo necessidade de suprir-lhes as carências e a dificuldade de relacionamento que a pessoa em sofrimento psíquico tem com as outras pessoas e com a sociedade, fato esse que pode levá-lo ao isolamento e à exclusão.

Visando o envolvimento da família e sociedade nas questões que se referem à assistência às pessoas em sofrimento psíquico, torna-se importante o compromisso dos profissionais que atuam no PSF de se envolverem nas questões referentes à saúde mental e à problemática da família.

Nessa perspectiva, podemos pensar que, sendo a universidade um órgão formador, tem importante destaque na construção de conceitos, pois esses influenciarão as futuras intervenções de cada profissional em formação.

Percebe-se, então, a necessidade de a universidade incluir em sua grade curricular, nas disciplinas de saúde mental e psiquiatria, a atenção à pessoa em sofrimento psíquico, fora do ambiente hospitalar ou ambulatorial especializado, ou seja, dentro de seu ambiente familiar e na comunidade onde vive, discutindo sempre o processo saúde-doença.

Some-se a isso, a importância de compromisso social por parte dos órgãos gestores do PSF, quanto à continuidade de discussão sobre essa temática, promovendo a capacitação dos profissionais atuantes, no que concerne à assistência à saúde mental.

Nessa ótica, o engajamento e a melhoria da compreensão do profissional para a contínua ampliação do campo onde atua evidenciam a importância de

desenvolvimento de habilidades como a sensibilidade e a competência para lidar com o universo de questões que se apresentam no cotidiano da assistência.

Diante de todo o exposto, faz-se necessário investimento na formação e qualificação dos profissionais que atuam no PSF, sobre as questões que envolvem a assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

No campo da saúde mental, as noções de Reabilitação, enquanto desafios a serem transpostos, podem conduzir ao processo de ensino pautado na reflexão-intervenção direta rumo às reais necessidades das pessoas que requerem ajuda.

É dentro desse contexto que se percebe a importância do envolvimento do PSF nas questões referentes à assistência à pessoa que apresenta sintomas de transtornos mentais.

Por outro lado, também nos leva a refletir acerca dos singulares contextos dos vários territórios, como nos leva a refletir acerca das possibilidades de implementação efetiva de assistência que contemple aspectos inerentes à saúde mental nesse campo de cuidado.

Isso reforça nosso compromisso enquanto profissional e cidadã no empenho transformador e construtor de um novo paradigma de assistência.

Considero que a questão da assistência à pessoa em sofrimento psíquico nos serviços de atenção básica ainda tem muito a ser estudada e que este e outros estudos que venham a ser realizados possam contribuir para uma melhoria da assistência a essas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, S. (org.) **Saúde e democracia. A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 163-185.

AMARANTE, P.D.C. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ARARAS. Prefeitura Municipal. Disponível em: <<http://prefeituradeararas.com.br>>. Acesso em :28 jun.2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, (1977).

BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante, P.D.C. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p.171-192.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante, P.D.C. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BERTELI, J.N. **Estudo do perfil sócio-cultural dos agentes comunitários de saúde do município de Araras - SP**. Ribeirão Preto, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Programa Saúde da Família – Universidade de Ribeirão Preto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS. Informativo da Saúde Mental, Coordenação Geral de Saúde Mental, ano III, n. 17, out./dez. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/visão>>. Acesso em: 28 jun.2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários. Departamento de ações programáticas estratégicas/Departamento de atenção básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão de Atenção Básica. Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Circular Conjunta N. 01/03, de 13/11/03.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Legislações. Portaria nº 648 de março de 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>. Acesso em: 09 Out.2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Pólo de Capacitação, nº10. Ano II, Junho/2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>. Acesso em: 06 Nov.2005.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Secretaria Executiva. Brasília, 2001. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, 2006.

BRÊDA, M.Z. AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica à Saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n.63, p.25-35, jan./abr. 2003.

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

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

CAMPOS, G.W.S. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.37, p. 16-19, 1992 b.

CARLINI, E.A.; GALDUROZ, J.C.F; NOTO,A.R.; NAPPO,S.A. I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em:<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf>. Acesso em: 29 julho 2006.

CAVALCANTI, M.T. A Equipe e sua Função no Tratamento Psiquiátrico. **Informação em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 16 (4), p. 150-153, 1997.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, M.C. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22^a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

DANESE, M.C.F. **O usuário de psicofármaco num Programa Saúde da Família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos.** Ribeirão Preto, 1998. Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**, Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 161-194, 2005.

FIORAVANTI, C. Fragilidades expostas. **Pesquisa Fapesp**, São Paulo, nº 107, p.40-43, 2005.

FRANCO, L; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: Lancetti, A. (org.). **Saúde e Loucura 7** – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000.

FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, P.S.; NIEVAS, A.F.; SILVA, E.C. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p.51-56, set./dez. 2002.

GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexões sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.2, p.105-10. 2006.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo - O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: Pitta, A.M.F. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n. 2 , p.48-55, março. 2001.

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

JORGE, M.S.B. ROCHA, N.F.; FIGUEIREDO, M.M.F. O psicótico no imaginário da família nuclear e suas relações afetivas. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.; OLIVEIRA, F.B. (org.). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

JUNQUEIRA, L.A.P. INOJOSA, R.M.; KOMATSU, S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, posibilidades y limitaciones”**. Caracas, 1997. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/introdoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>>. Acesso em: 11 agosto de 2006.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A.M.F. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KOGA, M. **Convivência com a Pessoa Esquizofrênica: Sobrecarga Familiar**. Ribeirão Preto, 1997, 90p. Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

KOGA, M. **Programa de Saúde da Família de Maringá: opinião sobre a atenção à Saúde Mental**. Ribeirão Preto, 2003, Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

LANCETTI, A. (org.). **Saúde e Loucura 7 – Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000 a.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1988.

MACHADO, A.L. COLVERO, L.A. ROLIM, M.A. Saúde Mental: representações veiculadas na imprensa. Jornada Internacional sobre representações sociais: teoria e campos de aplicação. **Resumos**, Natal, 1998.

MARTINES, W.R.V. **Compreendendo o Processo de Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2005, 161 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de São Paulo – Universidade de São Paulo.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1996.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro : Vozes, 2003.

NASCIMENTO, E. Programa Saúde da Família: vivenciando a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.1, n.1. 2000.

OLIVEIRA, M.A.F; COLVERO, L.A. **A Saúde Mental no Programa Saúde da Família.**, Manual de Enfermagem, 2001. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/psf/enfermagem>> Acesso em : 31/08/2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional sobre Reestruturação de Atenção Psiquiátrica no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, 1994.

PASCHOALATO, M.S. **Programa de reabilitação psicossocial para um grupo de Pacientes de longa internação psiquiátrica: Uma proposta possível?** Ribeirão Preto, 2000, 42 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em enfermagem Psiquiátrica e saúde mental - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

PATTO, M.H.S. Formação profissional, compromisso político e luta antimanicomial. In: Fernandes, M.I.A. (org.) **Fim do século: ainda manicômio?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

PEREIRA, M.A.O. **Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem**. Ribeirão Preto, 1997, Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

PEREIRA, M.A.O. **A Reabilitação Psicossocial no atendimento em Saúde Mental: estratégias em construção**. Ribeirão Preto, 2003, 107 p. Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo.

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

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

RANDEMARK, N.F.R.;JORGE, M.S.B.; QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-550, out./dez. 2004.

RESTA,D.G.;MOTTA,M.G.C. A família em situação de risco e sua inserção no Programa de Saúde da Família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14 (Esp.), p.109-15. 2005.

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

ROSA, W.A.G. **A Contribuição da Saúde Mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Ribeirão Preto , 2002, 129 p. Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.D.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. 112p.

ROTELLI, F. O inventário das abstrações. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.D.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.61-64.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.D.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89- 99.

SARACENO, B. A Concepção de Reabilitação Psicossocial como Referencial para as Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental. **Rev. Terap. Ocup.** 9 (1), p. 26-31, 1998.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à cidadania Possível**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Cora Editora / Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, p. 13-18, 2001.

SAWAIA, B. Exclusão ou Inclusão Perversa. In: SAWAIA, B. (org.) **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, Vozes, p.7-13, 2004.

SILVA, W.V. Reflexões sobre o cuidar em Saúde Mental. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.; OLIVEIRA, F.B. (org.). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

SOUZA, R.C. **Produção de sentidos por profissionais de saúde da família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. Ribeirão Preto, 2004, 182 p. Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.1, p. 123-7. 2006.

STUART, G.W. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. Porto Alegre. Artmed Editora, 2001, 958p.

TOWSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002. 835p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WIDMAN, M.A.P; JOUCLAS, V.M.G; STEFANELLI, M.C. Família e doença mental. **Revista do grupo de estudo família, saúde e desenvolvimento** – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, v.1, n.1/2, jan./dez.1999.

WIDMAN, M.A.P; MARCON, S.S; RADOVANOVIC, C.A.T; SILVA, D.M.P.P. Promover a vida : uma modalidade de cuidado à saúde na família e na comunidade. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.3.p. 332-341, jul./set. 2003.

ANEXO I



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

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 009/2005

Ribeirão Preto, 17 de janeiro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de janeiro de 2005.

Protocolo: n° 0501/2004

Projeto: As Possibilidades Da Assistência Em Saúde Mental No Programa Saúde Da Família

Pesquisadores: Maria Alice Ornellas Pereira (Orientadora)
Melissa Dos Santos Paschoalato Franco (Mestranda)

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

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Claudia Bendita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilm^a. Sr^a.

Enf^a Melissa dos Santos Paschoalato Franco (Mestranda EERP/USP)

Av. Leme, 291 – Bloco 33 - apt^o 14
13.604-186 – Araras/SP

ANEXO II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Nome (iniciais):
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Estado civil:
- Profissão:
- Função na unidade de saúde (PSF):
- Quanto tempo trabalha na unidade de saúde (PSF):

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- Como você vê a pessoa que apresenta um sofrimento psíquico?
- 2- Como é oferecida a assistência em Saúde Mental no PSF e quais as dificuldades encontradas no processo dessa assistência?

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Tendo como relevante o Programa de Saúde da Família no quadro de assistência à saúde no país, e considerando sua abrangência uma vez que busca o atendimento da pessoa em seu contexto social, convidamos o senhor (a) a participar de um estudo que tem como objetivo identificar os conceitos dos profissionais que atuam na unidade do Programa de Saúde da Família sobre o transtorno mental e identificar dificuldades encontradas por esses profissionais na assistência ao portador de transtorno mental na comunidade.

Para tal utilizaremos como recurso a entrevista, que será gravada, transcrita pelo próprio pesquisador e posteriormente analisada.

Se o (a) Senhor (a) quiser participar do mesmo, terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como desistir de participar da pesquisa em qualquer momento que desejar. O que for dito e registrado será respeitosamente utilizado, assegurando o seu anonimato.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais e garanto-lhe que suas informações somente serão utilizadas para o estudo mencionado.

Carta de Cessão de Direitos

Eu, _____,

RG _____, declaro para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em _____ para ser usada integralmente ou em partes, sem restrição de prazos e citações, desde a presente data, desde que sejam garantidos o sigilo e o anonimato.

Abdicando de direitos meus, subscrevo o presente.

Local, data

Profissional de Saúde

Assinatura do pesquisador

Para contato caso necessário:

Pesquisadora: Melissa dos Santos Paschoalato Franco

Endereço: Avenida Goffredo Teixeira da Silva Telles nº 1341 – casa 21

Jardim Abolição - Araras - S.P., fone: (19) 3542-2370.

e-mail: melissasantos@uniararas.br