

**MARCELO DALLA VECCHIA**

**A SAÚDE MENTAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Estudo sobre práticas e significações de uma equipe

**Botucatu**

**2006**

**MARCELO DALLA VECCHIA**

**A SAÚDE MENTAL NO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Estudo sobre práticas e significações de uma equipe

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Terezinha Ferreira Martins.**

**Botucatu**

**2006**

Aos meus *pais e irmãs*,

Cuja compreensão, apoio e suporte nos momentos decisivos para que este projeto se concretizasse foram imprescindíveis.

## AGRADECIMENTOS

Muitas mãos ajudaram a produzir este trabalho: algumas mais diretamente, outras indiretamente; algumas mais imediatamente, outras mediadamente. Fica minha mais profunda gratidão àqueles que foram certamente muito importantes nesse processo:

à Prof<sup>a</sup> Sueli Terezinha Ferreira Martins, orientadora deste trabalho, pela dedicação e parceria na realização do projeto, pelo profissionalismo e militância (sem que um submeta o outro) e pelo incentivo perseverante à pesquisa comprometida com a transformação social com que tenho podido contar desde o curso de graduação.

à Ana Cláudia Oville, Anderson dos Santos, Helen Isabel de Freitas, Íris Pereira Vinhas, Letícia Simioni, Rodrigo Egydio Barreto, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Tiago Rocha Pinto e Vladimir Eliodoro Costa, inestimáveis interlocutores, que me felicitaram com a amizade, a discussão e a crítica necessárias e, acompanhando a escrita deste trabalho, cooperaram em todos os passos do seu desenvolvimento.

aos participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas “Psicologia Social e Educação: contribuições do marxismo” (NEPPEM), com quem “pensar o concreto” tem sido uma tarefa instigante e, nestes anos de trabalho, contribuíram para que ele se fizesse o mais fiel possível a um projeto coletivo.

aos coordenadores e professores-tutores do Programa de Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC), junto de quem temos assumido o desafio de realizar uma prática educativa significativa na formação de profissionais de saúde, cujas reflexões conjuntas também estão materializadas neste trabalho.

aos amigos que fiz no movimento estudantil, ex-participantes do Conselho Regional de Estudantes de Psicologia (COREP-SP) e atuais companheiros de grupo de discussão, em especial: Adriana Eiko Matsumoto, Ana Teresa Bonilha, Domênico Unhg Hur, Fábio Souza Santos, Frederico Leão Pinheiro, Letícia Zavitoski Malavolta, Lívia Karina de Almeida, Marcelo Gustavo Calegare e Tiago Noel Ribeiro, junto de quem a “indissociação político-acadêmico-cultural” tomou sentido.

à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES – pela concessão de bolsa de estudos e apoio na participação em eventos.

aos funcionários da Biblioteca do Campus de Botucatu, pela cordialidade e presteza em todos os momentos.

e, em especial, à equipe de saúde da família pesquisada, junto de quem desenvolvi este trabalho, pela inestimável oportunidade pessoal e profissional oferecida: sem vocês, nada disso teria sido possível.

*Todavia prossigamos!*  
*Seja de que maneira for!*  
*Saiamos a campo para a luta, lutemos, então!*  
*Não vimos já como a crença removeu montanhas?*  
*Não basta então termos descoberto que alguma coisa está sendo ocultada?*  
*Essa cortina que nos oculta isto e aquilo, é preciso arrancá-la!*

**Bertold Brecht**  
(1898-1956)

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO.....9

**CAPÍTULO I: PROJETOS DE REFORMA SANITÁRIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 13**

INTRODUÇÃO ..... 15

FAMÍLIA E COMUNIDADE NOS PROJETOS DE REFORMA SANITÁRIA ..... 15

PRÁTICAS DE SAÚDE NA COMUNIDADE ..... 19

BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS DO PSF ..... 21

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ..... 24

CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 27

**CAPÍTULO II: OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO: INVESTIGANDO CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ..... 33**

INTRODUÇÃO ..... 35

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO ..... 36

OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL NO SUS ..... 41

EXPERIÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PSF ..... 44

CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 48

**CAPÍTULO III: CONCEPÇÕES SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EM PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA . 56**

INTRODUÇÃO ..... 58

MARCOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS ..... 60

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA ..... 68

ANÁLISE DE SENTIDOS E SIGNIFICADOS ..... 72

DISCUSSÃO ..... 80

CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 83

BIBLIOGRAFIA ..... 87

DESDOBRAMENTOS DO PROCESSO DE PESQUISA PARTICIPANTE ..... 90

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 95

ANEXOS

VECCHIA, M. D. A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

## Resumo

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem se colocado como a principal estratégia para viabilizar a atenção primária à saúde, através da proposta de mudança na racionalidade da assistência, com base em um processo de trabalho em equipe multiprofissional em que são centrais a vigilância à saúde, a integralidade das práticas, hierarquização, territorialização e adscrição da clientela. Tais princípios operativos, organizativos e conceituais que orientam o PSF encontram ressonâncias importantes na reforma psiquiátrica brasileira, processo que tem enfatizado que os cuidados em saúde mental são mais resolutivos quando conta-se com estratégias que possibilitem a integralidade, a continuidade da atenção e a responsabilidade de uma equipe de saúde. Inicialmente, procura-se evidenciar as formas pelas quais se desenvolveram as concepções de comunidade em torno de alguns dos principais movimentos de reforma sanitária e sua influência na definição das diretrizes históricas de Atenção Primária à Saúde, base do PSF. A seguir, discute-se o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica e as questões colocadas para as transformações na atenção à saúde mental nos marcos da desinstitucionalização, com ênfase na descrição e análise de experiências que visam à articulação das equipes de saúde da família aos modelos substitutivos em saúde mental. Finalmente, traz-se um estudo empírico, parte do desenvolvimento de uma pesquisa participante, que analisa entrevistas realizadas com uma equipe de saúde da família, no qual se procurou investigar como são subjetivamente significadas, por esta equipe em particular, a produção de cuidados em saúde mental da população atendida. Observou-se que o enfrentamento cotidiano das dificuldades sócio-econômicas da população atendida implica uma percepção ampliada do processo saúde-doença, em que a própria abertura para outros recursos para além do enquadre clínico da consulta possibilitada pela forma de organização do trabalho no PSF contribui positivamente. A consciência das inúmeras necessidades que a população atendida vivencia é também uma fonte de sofrimento para os profissionais, o que fica evidente quando, nas entrevistas, se referem à saúde mental da própria equipe. Este processo impõe aos profissionais a necessidade de instrumentalização em torno de habilidades e competências para o cuidado em saúde na direção da ampliação do núcleo biomédico de determinação do processo saúde-doença. Notaram-se também dificuldades quanto à abordagem da família enquanto unidade de cuidado tanto em relação à atenção à saúde mental quanto de uma forma geral. O acolhimento como recurso terapêutico e o vínculo e continuidade da atenção enquanto possibilidades de ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença foram questões centrais identificadas nas entrevistas realizadas. Finalmente, observou-se que a implementação relativamente recente do PSF no município é uma mediação importante para que dificuldades significativas relacionadas com o acesso, universalização e integralidade das estratégias de atenção à saúde estejam presentes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, Saúde Mental.

## **Abstract**

The Health Family Program (HFP) has been set as the main strategy in order to make Primary Health Care possible, through the changing of assistance's rationality, based upon a multi-professional work process in which health vigilance, integrality, hierarchization, territorial approach and client's inscription are central. Such operational, organizative and conceptual principles that direct HFP find important resemblance in Brazilian psychiatric reform, a process which emphasizes that mental health care problems are more likely to be solved when strategies that reach integrality, continued attention and the responsibility of a health care team are present. First, it is seek to evidence the forms in which community conceptions are developed amongst some of the main movements of sanitary reform and its influence in the definition of historical directives of Primary Health Care underlying HFP. Further, it is discussed the Brazilian movement of psychiatric reform and issues related to the changes on mental health attention in terms of desinstitutionalization, emphasizing the description and analysis of experiences which aim the articulation of family health teams to replacement mental health services. Finally, an empirical study is presented as part of the development of a participant research, which analyses interviews carried out with a family health team. It is seek to investigate the subjective significations on mental health care production of the assisted population for this particular team. It is noticed that the day by day challenging of socio-economical difficulties of the assisted population implicates a widening of the perception on illness process, in which the proper opening for other resources beyond clinical settings made possible through work organization on HFP contributes positively. Consciousness over a number of needs required by the assisted population is also a source of suffering for the professionals, what is evidenced in the interviews when they refer their own mental health. This process demand to the professionals the acquisition of instruments related to abilities and instruments needed to the health care in the direction of widening beyond biomedical field of illness process determinants. It was also noticed difficulties related to the family approach as a care unit either related to mental health care or in a general way. Receptiveness as a therapeutic resource and bonding and continued attention as possibilities of breaking the exclusiveness of biomedical field on illness process determinants where central questions identified in the interviews. Finally, it is observed that relatively recent implementation of HFP in the city is an important mediation so that significant difficulties related to access, universality and integrality of health care strategies are present.

**Key-words:** Primary Health Care, Family Health, Psychiatric Reform, Anti-looneybin Movement, Mental Health.

## APRESENTAÇÃO

Os trabalhos a seguir são o produto atual de um processo que, para os fins que se propõe esta Apresentação, pode ser datado ainda do início do curso de graduação em Psicologia na Unesp de Bauru. No final de 1998, recém-ingresso, tive a oportunidade de participar do “VII Encontro Regional da Associação Brasileira de Psicologia Social”, sediado no campus do curso. Até então, fazer Psicologia era parte de um projeto de vida mobilizado pela atuação clínica, pelo desejo de me formar para o ofício de uma terapêutica do psiquismo. Sensibilizado pela atividade da psicoterapia, participar do encontro permitiu, então, o contato com uma dimensão da atuação e da pesquisa em Psicologia até então simplesmente desconhecida por mim. Mobilizado pelas palestras que refletiam a articulação da Psicologia Social com projeto políticos, militantes, ligados à necessidade de transformação da sociedade e da construção histórica da liberdade era tanto novo quanto mais universalizante. Intervir e pesquisar processos psicossociais como a identidade, relações atividade/consciência, o grupo, a linguagem, a ideologia e as representações sociais fazia parte de um continente preñado de significados.

Daí para a inserção no movimento estudantil da Psicologia vinham se apontando possibilidades de intervenção na realidade do curso, problematizando outros *per-cursos*, no questionamento da proposta de registro de especialistas, nas discussões a respeito do “Provão”, na reflexão sobre a perspectiva que adotava nosso trabalho militante; enfim, da formação do psicólogo. As disciplinas do curso ora instigavam para a crítica, ora permitiam o desvelar de contradições que víamos entranhadas na realidade social e na atuação profissional. Era com expectativa que,

já então no início de 2000, se vislumbrava a aproximação da disciplina de Psicologia Social, campo de atuação e pesquisa já recriado em sentidos pessoais.

Ao término da disciplina de Psicologia Social II, no final do ano de 2000, instigado pelo sentido transformador da prática da pesquisa psicossocial da militância, movimento orientado e incentivado pela Prof<sup>a</sup> Sueli, delineamos projeto de pesquisa em nível de Iniciação Científica que implicava partir de motivos certamente não-neutros, mas não menos pertinentes: o estudo da família e da saúde mental, em suas inter-relações e nas implicações psicossociais decorrentes do cuidado. Não foi fácil – assim como não era militar no centro acadêmico – desdobrar-me entre o trabalho no banco, as disciplinas do curso e a pesquisa. A fertilidade deste processo, no contato com ferramentas metodológicas de pesquisa e análise e com a produção de conhecimento transformava, em metamorfose, aquele projeto de vida, atravessado, então, pela perspectiva de trabalho na Universidade e pela pertinência social da pesquisa-ensino-extensão.

A pesquisa de IC com a população usuária de um centro de saúde de base comunitária desvelou uma perversa face das políticas públicas de saúde sob o neoliberalismo: a situação de sobrecarga vivida por familiares de portadores de transtornos mentais na demanda de cuidados intensivos e a submissão à permanente lógica do circuito do hospital psiquiátrico os delegando, não raras vezes, à condição de desassistência por um processo de desospitalização não acompanhado da implantação adequada de estratégias substitutivas. Ter contato com as bandeiras históricas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial possibilitava produzir conhecimento e sentidos, reafirmando a impossibilidade da não-neutralidade e, dialeticamente, a necessidade de ação deliberada, refletida e coletiva.

Novamente, pude contar com a paciência dedicada e militante da Prof<sup>a</sup> Sueli em orientar-me na elaboração do projeto de pesquisa de mestrado, do qual fazia parte a produção textual que segue. Nutrido pelas questões suscitadas pelas leituras orientadas e aproximando-me do “Núcleo de Estudos em Psicologia Social e Educação: Contribuições do Marxismo” (NEPPEM/FC-Unesp/Bauru), o estágio em Psicologia Social-Comunitária conduziu nova síntese. Estagiar em uma unidade básica de saúde, aprendendo e ensinando Saúde Pública com os conselheiros gestores recolocava o problema da família e da saúde mental: poderia o “Programa de Saúde da Família” sinalizar para possibilidades de superação da ruptura violenta da sociabilidade promovida pela lógica manicomial? Como seriam as práticas em saúde mental produzidas pelos agentes do trabalho em saúde neste nível de atenção? Que qualidade de significados é produzida na objetivação de tais práticas?

A pesquisa apresentada foi afetada pelo sentido de uma prática que pretende problematizar questões psicossociais suscitadas pelas possibilidades históricas da produção de Saúde Mental no contexto da Saúde Pública, ressalvada a provisoriedade de toda síntese do “concreto pensado”. Neste sentido, a partir do mês de agosto de 2004, demos início às atividades da pesquisa participante cujos artigos que se apresentam foram também uma imprescindível ocasião para subsidiar a sistematização teórico-conceitual das atividades que vêm sendo desenvolvidas juntamente com a equipe de saúde.

Os primeiros dois artigos consistem em trabalhos de revisão, não-exaustivos. O primeiro procura evidenciar as formas pelas quais se desenvolveram as concepções de comunidade em torno de alguns dos principais movimentos de reforma sanitária e sua influência na definição das diretrizes históricas de Atenção Primária à Saúde, base do Programa de Saúde da Família. No segundo discute-se o

movimento brasileiro de reforma psiquiátrica e as questões colocadas para as transformações na atenção à saúde mental nos marcos da desinstitucionalização, com ênfase na descrição e análise de experiências que visam à articulação das equipes de saúde da família aos modelos substitutivos em saúde mental.

No terceiro artigo, traz-se um estudo empírico que analisa entrevistas realizadas com uma equipe de saúde da família, no qual se procurou investigar como são subjetivamente significadas, por esta equipe em particular, questões referentes à produção de cuidados em saúde mental da população atendida. Parte-se da perspectiva histórico-social de L. S. Vigotski no estudo da consciência humana, fundamentada pelos pressupostos do materialismo histórico e dialético. Na medida em que o estudo é parte de uma pesquisa participante, finalmente, descreve-se em linhas gerais seu desenvolvimento, cujo aprofundamento analítico não se colocou como objetivo no presente momento.

## **CAPÍTULO I**

(Artigo a ser submetido para avaliação na revista “Ciência & Saúde Coletiva”)

# **Projetos de reforma sanitária, Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família**

## **Sanitary reform projects, Primary Health Care and the Family Health Program**

Marcelo Dalla Vecchia<sup>1</sup>

(Vecchia & Martins, 2006)

Sueli Terezinha Ferreira Martins<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu e Programa de Pós-Graduação em Educação para a Ciência, Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

## **Resumo**

Os processos de descentralização política e administrativa, reestruturação dos mecanismos de financiamento e fortalecimento da atenção básica são considerados fundamentais pelo Ministério da Saúde para a efetiva concretização dos princípios constitucionais de universalidade, eqüidade e integralidade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se, no presente trabalho, de um resgate histórico das bases conceituais dos projetos de reforma sanitária que influenciaram a Atenção Primária à Saúde. Na medida em que o Programa de Saúde da Família se configura, atualmente, como a principal estratégia adotada para viabilizá-la, com repercussão em todo o SUS, indica-se algumas questões referentes aos seus princípios operacionais e organizativos, através de uma revisão da literatura. Finalmente, são discutidos tópicos relacionados à gestão, ao cuidado e à formação enquanto aspectos importantes para a produção de Atenção Primária à Saúde no contexto do PSF.

**Palavras-chave:** Reformas Sanitárias, Saúde da Família, Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde.

## **Abstract**

Processes of political and administrative decentralization, restructuring of financial means and strengthen of primary care are considered essential by Ministry of Health for the effective achievement of Federal Constitution's principles of universality, equity and integrality in Brazilian national health system. The present work starts with a historical framework of the conceptual basis relying sanitary reform projects that influenced Primary Health Care. As long as Family Health Program figures out, nowadays, as the main strategy adopted to carry it out, regarding Brazilian national health system in a whole, questions related to its operational and organizational principles are pointed out, through a literature review. Finally, topics related to management, care and educational processes are debated as important matters for the production of Primary Health Care inside Family Health Program.

**Key-words:** Sanitary Reforms, Family Health, Public Health, Primary Health Care.

## **Introdução**

No presente trabalho, realiza-se, inicialmente, um resgate das raízes históricas de alguns dos principais movimentos de reforma sanitária cujas bases conceituais e teórico-práticas influenciaram os princípios do Programa de Saúde da Família (PSF). São delineadas as formas operativas através das quais, ainda que a partir de distintas perspectivas, tais movimentos incorporam a família e a comunidade enquanto unidades relevantes para a efetivação de ações e serviços de saúde, situando-os no contexto histórico e social cujos problemas tais reformas se defrontavam e pretendiam enfrentar.

O PSF, na medida em que vem sendo adotado como a principal estratégia para a reorganização da atenção básica, repercutindo em todo o Sistema Único de Saúde (SUS) é, aqui, analisado em termos de questões relevantes relacionadas aos seus princípios operacionais e organizativos e os determinantes históricos, sociais e econômicos fundamentais do contexto de sua implantação.

Finalmente, por intermédio de análise histórico-crítica das concepções de família e comunidade nos projetos de reforma sanitária e da Atenção Primária à Saúde (APS), se discute brevemente as dimensões do processo de gestão, da produção de cuidado em saúde e da formação profissional enquanto aspectos centrais para o desenvolvimento da estratégia de saúde da família.

## **Família e comunidade nos projetos de reforma sanitária**

As amplas transformações ocorridas na transição da denominada medicina liberal para a medicina tecnológica se dão em um processo permeado por diversas contradições. Há uma estreita articulação existente entre as diferentes propostas de reforma no setor saúde e as necessidades sociais que as ensejam,

fundamentalmente, em função do amplo remanejamento decorrente das pressões pela ampliação da cobertura assistencial.

Em linhas gerais, pode-se dizer que, nesta transição, ocorre a incorporação de novos profissionais, procedimentos e técnicas, levando a um processo de especialização dos recursos e saberes requeridos para o cuidado em saúde. O aumento da oferta de serviços e a alta incorporação tecnológica exigiram, por sua vez, a ampliação do tempo de trabalho progressivo (preparatório) necessário para a atuação profissional. Como consequência do aumento de cobertura – não necessariamente universalizante porque, via de regra, seletivo – amplia-se o papel do Estado nesta oferta e em sua regulação ocorrendo, porém, a preservação da estrutura liberal-privada de assistência (Donnangelo & Pereira, 1976).

O movimento da medicina integral, em particular, originado na década de 1940, coloca em pauta a necessidade de superar a fragmentação e a excessiva especialização dos cuidados em saúde. A adoção do modelo da História Natural das Doenças (HND)<sup>1</sup> possibilitaria descentrar o enfoque biomédico ao passo que se incluiria o sujeito do cuidado em um campo de relações em que a família consiste em uma unidade fundamental, processo que dependeria tão somente de uma iniciativa interna ao campo médico (Id., *Ibid.*).

Vasconcelos (1999) aponta que esta reforma corresponderia a “uma atualização da medicina liberal do passado, voltada para o atendimento de famílias para o novo contexto da atenção primária, trazendo, como consequência, uma

---

<sup>1</sup> Para o modelo da história natural das doenças, conforme Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), “o paciente deveria ser abordado como um todo biopsicossocial, o que terapêuticamente representou uma grande reorientação dos cuidados: um sistema articulado de cuidados em níveis progressivos de atuação” (p. 42). A causalidade epidemiológica opera no nível da determinação do aparecimento das doenças; porém, sua evolução se dá enquanto processo exclusivamente fisiopatológico: a relação agente-hospedeiro-ambiente se naturaliza, em uma redução das condições sociais enquanto atributos naturais dos indivíduos e/ou do ambiente. Nunes (2000) acrescenta que a “tríade ecológica” foi duramente criticada em fins dos anos 1960, devido ao fato de que, ao naturalizar-se, o modelo omite a dimensão histórica do processo saúde-doença no interior dos processos de produção e reprodução social.

centralização na figura do médico” (p. 15). Assim, não se trata propriamente de um projeto de reforma com reflexos relevantes nas estratégias práticas de ampliação da atenção à saúde da comunidade, na medida em que a recomposição da totalidade biopsicossocial do indivíduo portador de uma doença, no interior de uma família, é tão somente uma questão de atitude do profissional médico.

A revisão crítica realizada por Arouca (2003) do movimento preventivista, que emerge em meados dos anos 1950 aponta que, em relação ao enfoque do processo saúde-doença, sob o signo da mudança e também em perspectiva multifatorial, adota-se por um lado, o paradigma da HND e, por outro, uma abordagem da determinação social da doença na sua origem. Assim como na medicina integral, a fisiopatologia e a microbiologia orientam a compreensão sobre a evolução da patologia em seu curso natural: “a doença passa a ser vista como variações qualitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (Nunes, 2000, p. 218).

As estratégias adotadas visando às mudanças podem ser sumarizadas em três eixos principais: 1) a prevenção da doença em sua origem social se afirma pela responsabilização dos indivíduos na adoção de normas prescritivas de higiene, 2) a experiência de contato com a comunidade é via necessária para a inculcação do ideário preventivista aos profissionais de saúde em formação e 3) o preventivismo emerge como estratégia discursiva à qual está necessariamente aliado um projeto de racionalização dos gastos com a assistência médica.

A instalação de departamentos de medicina preventiva nas universidades recomendada através de encontros e conferências internacionais é outra medida tomada no sentido da sua integração ao conjunto da formação em saúde – em particular, a partir da formação médica. Em linhas gerais, “caracterizou-se como um

movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática” (Arouca, 2003, p. 138).

No caso brasileiro, a universidade consiste em um espaço importante para a irradiação de uma perspectiva crítica que se desenvolve mais tarde no interior do movimento da reforma sanitária, na medida em que

A produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: *determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde*” (Paim, 1997, p. 13, grifos no original).

O movimento de saúde na comunidade, por sua vez, com forte influência dos médicos socialistas franceses da primeira metade do século XIX, coloca a estratégia de prestação de serviços à população como seu projeto nuclear. Ao contrário dos demais movimentos há um foco na gestão da atenção à saúde em termos das inter-relações entre as agências sociais responsáveis, experimentando-se articulações possíveis simultaneamente ao próprio ato de prestação de serviços. A prática médica hegemônica ficaria subordinada, assim, à dimensão social do processo saúde-doença, numa “superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 86).

Centra-se o cuidado nos grupos sociais, antes dos indivíduos, tendo como o alvo a coletividade. Ocorre uma ênfase à suposta identidade social e de interesses que, no caso, se constituiria no interior das comunidades<sup>2</sup>. Decorre outra sorte de

---

<sup>2</sup> Sawaia (2002), discutindo a questão da comunidade na história do pensamento social e no corpo teórico da psicologia, aponta que “a relação face a face e o espaço geográfico não são fundamentais na configuração da comunidade, mas são sua base cotidiana de objetivação” (p. 50). Sempre que oportuno, preferiremos a expressão “território”, em razão de o campo semântico de “comunidade” remeter, pelo menos imediatamente, ao que é “único”, “indivisível” e, também, à “periferia”, o que

contradições, já que há uma evidente simplificação e omissão em relação às determinações e diferenciações sociais básicas da vida comunitária, ao passo que a padronização de ações e serviços de saúde não pode deixar de levar em conta o desenvolvimento singular do processo saúde-doença em sua dimensão individual.

### **Práticas de saúde na comunidade**

Rosen (1979) registra que, em Paris, no fim do século XIX, ações descentralizadas de atenção à saúde da criança eram desenvolvidas em centros comunitários. Nos Estados Unidos, ainda no primeiro quarto do século XX, ações educativas, de saúde e assistência social eram realizadas em centros comunitários de saúde, contando também com participação popular, a ponto de atingirem abrangência distrital e áreas rurais. Atenta-se, porém, para o fato de que tais iniciativas não visam propriamente à reorganização do sistema de saúde em seu conjunto; antes, a despeito de possibilitarem certa ampliação da assistência, tais propostas de saúde na comunidade visavam fundamentalmente à racionalização dos recursos.

Também no Brasil, ainda nos anos 1920, foram criados centros de saúde com ênfase em ações de controle e prevenção de doenças transmissíveis, restritos, porém, a grandes aglomerados urbanos, como no Rio de Janeiro. Na medida em que sua implantação não ocorreu de forma planejada e com uma adequada integração dos serviços em rede, o surgimento e a disseminação dos antibióticos, bem como a consolidação da lógica privatista no interior do sistema previdenciário fizeram com que paulatinamente o modelo entrasse em declínio (Bodstein & Fonseca, 1989).

---

erroneamente poderia conduzir à compreensão de que a atenção primária à saúde remete à idéia de cuidados simplificados e para pobres quando, na concepção que se defende neste trabalho, trata-se de um *modo de prática* (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 2000).

Nos Estados Unidos, nos anos 1960, foram desenhadas medidas em resposta aos movimentos contestatórios então emergentes que reivindicavam direitos civis para parcelas excluídas do acesso às políticas sociais a partir do programa de “Guerra à Pobreza” de John F. Kennedy, experiência paradigmática de Medicina Comunitária que se dissemina internacionalmente. Iniciam-se programas estatais que consistiam na assistência em variados campos como educação elementar, assistência jurídica, treinamento profissional e, inclusive, assistência médica.

Tais programas são destinados a atender, seletivamente, determinados extratos populacionais, sob o signo da viabilização de oportunidades sociais e participação. Além disso, coloca-se a necessidade de se compatibilizar o aumento dos custos da assistência médica decorrente do acréscimo do consumo de serviços com o processo de medicalização. Daí, a necessidade de as políticas de saúde visarem maior eficiência técnica e redução de custos, através da recomposição dos meios de trabalho: restrição geográfica do espaço de atuação, identificação das prioridades para a intervenção e externalidade ao hospital, com foco no trabalho comunitário (Donnangelo & Pereira, 1976; Rosen, 1979).

Especificamente em relação aos programas de assistência médica, sua implementação se dá através de agências de ação comunitária, administradas por instituições médicas locais públicas e privadas. Legitimam-se socialmente através da mobilização de recursos locais e da participação dos moradores no planejamento e administração, com emprego de mão-de-obra local na realização de tarefas auxiliares que, posteriormente, passam a obter ajuda financeira. Este aspecto também é central, estrategicamente, para a proposta de saúde na comunidade, na medida em que a participação popular é componente necessário do projeto.

Procurou-se, neste percurso, registrar que as práticas de atenção à saúde na comunidade, em retrospectiva histórica, implicam em uma grande heterogeneidade de referências quanto às suas bases conceituais e teórico-práticas, seja em relação à concepção do processo saúde-doença, à unidade de análise e intervenção em questão (indivíduo, família, comunidade), quanto em relação às formas de organização da assistência e do cuidado.

### **Bases históricas e conceituais do PSF**

Aleixo (2002) discute que a conjuntura de crise estrutural do capitalismo no final da década de 1970 põe a necessidade da adoção de medidas que viabilizem acesso e universalização dos serviços de saúde, em decorrência do eminente declínio do Estado de Bem-Estar Social na Europa Ocidental e a forte hegemonia de um complexo médico-hospitalar comercial e industrial privado nos Estados Unidos. As medidas de extensão dos cuidados em saúde para maiores contingentes populacionais ainda se davam de forma muito esporádica e seletiva com foco, historicamente, em ações coletivas como: imunização em massa, higiene dos espaços e ações educativas com fundamento normatizador.

Nos países periféricos, este processo de seletividade conduzia à exclusão da maioria da população dos serviços de saúde, implicando em tratamento diferenciado e desigual para parcelas da população assalariadas e incorporadas oficialmente ao sistema produtivo. No caso brasileiro, os “convênios Inamps” são emblemáticos, viabilizados através de uma concentração significativa dos investimentos estatais em contrapartidas contratuais de convênios realizados com hospitais privados (Mendes, 1994; Laurell, 1996).

Faveret Filho & Oliveira (1990), tratando dos desafios para a constituição de um sistema único de saúde no Brasil, denominaram “universalização excludente” o movimento de expansão universalizante da assistência acompanhado por mecanismos de racionamento. Neste processo, ao passo que a oferta pública de ações e serviços de saúde, no caso brasileiro, compõe-se de forma híbrida por um subsistema estatal e um subsistema privado, o primeiro procura garantir cuidados em saúde aos setores mais carentes da população e ações de maior incorporação tecnológica e de capital (por exemplo, cirurgias, transplantes, etc.), enquanto o segundo absorve a expulsão decorrente da baixa resolutividade e qualidade dos serviços públicos estatais através do complexo médico comercial (medicina de grupo, convênios e cooperativas médicas, etc.).

É neste contexto e mediante tais contradições que o movimento brasileiro de reforma sanitária, entre outros movimentos sociais que conduziram à aprovação da “Lei do SUS”, incorporou premissas da APS em suas reivindicações: atenção à saúde em equipe multiprofissional, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, integração do nível primário de atenção ao sistema nacional de saúde, controle das ações de saúde pela comunidade, intersetorialidade e enfoque interinstitucional.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consistiu no marco histórico da confluência de movimentos sociais na reivindicação da “saúde como direito de todos e dever do Estado” consignada na Constituição Federal de 1988 e foi fortemente influenciada pelas recomendações presentes na Declaração de Alma-Ata (1978), incorporadas como bandeiras de luta pela constituição do SUS. É relevante ressaltar o importante papel desempenhado neste processo pelas experiências do denominado movimento de educação popular em saúde que se

desenvolviam desde o início dos anos 1970 ligadas, inicialmente, à Igreja Católica e que, no setor saúde, conforme Vasconcelos (2001),

Passou a se constituir, em vários serviços, não como uma atividade a mais entre tantas outras, mas como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida em que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados (p. 14).

Em continuidade à proposição da “Saúde para Todos no Ano 2000”, coloca-se o projeto da promoção de saúde, sintetizado, por sua vez, na Carta de Ottawa (1986). Define-se a promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Assim, o controle dos determinantes da saúde pela comunidade seria uma via necessária no alcance da equidade, ao passo que os indivíduos, suas famílias e comunidades também são responsáveis pela promoção de saúde, através do autocuidado e o cuidado dos outros, sendo o incremento de poder da comunidade (“a posse e o controle de seus próprios esforços e destino”) central nesse processo. A “Carta de Bogotá” (1992) reafirmava os princípios fundamentais da Carta de Ottawa e sua aplicabilidade na realidade latino-americana.

Andrade et al. (2002), discutindo os fundamentos históricos da estratégia de saúde da família<sup>3</sup>, indicam que seus princípios refletem processos que, indissociáveis do movimento brasileiro de reforma sanitária, aprofundam a crítica ao modelo médico assistencial privatista. Por um lado, o movimento “Em Defesa da Vida” influenciaria os componentes da gestão democrática, da saúde como direito de

---

<sup>3</sup> Concorde-se com os autores em relação à discussão da inapropriação do termo “programa” para denominar a estratégia de Saúde da Família. Na medida em que o PSF também se estrutura com base em programas de saúde da criança, da mulher, do adulto, bem como outros programas de interesse epidemiológico, levando em conta a atenção à saúde no *ciclo vital*, a família é, antes, uma *unidade de cuidado*. Neste sentido, entende-se que a proposta de Saúde da Família seria mais adequadamente denominada *estratégia* do que *programa*.

cidadania e a concepção de serviços de saúde voltados para a defesa da vida. A “Ação Programática”, por sua vez, contribuiria com elementos da organização do processo de trabalho: programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais ou por importância sanitária, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, importância dos sistemas de informação enquanto recurso avaliativo, regionalização e hierarquização das unidades. Finalmente, dos “Sistemas Locais em Saúde”, teria sido incorporada a idéia de território, o conceito de problemas de saúde e a vigilância à saúde.

### **A estratégia de Saúde da Família**

Na multideterminação destas bases conceituais, ideológicas e teórico-práticas, o PSF foi oficialmente iniciado no ano de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo que no ano de 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, priorizadas a partir do “Mapa da Fome” construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com a perspectiva de incorporar os agentes comunitários e ampliar sua ação.

Inicialmente, tratou-se de uma política setorial, sendo, no decorrer da sua implantação, tomada também como uma estratégia de reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil em seu conjunto. Seus principais princípios organizativos e operacionais são: vigilância à saúde, descentralização e a hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e atuação com base em uma equipe multiprofissional composta por médico e enfermeiro generalistas, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 1994; 1998; 2001).

Segundo Senna (2002), no contexto de sua implantação, o PSF contava com restrições significativas em termos de disponibilidade orçamentária, na medida em que

Emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (p. 204).

A mesma autora também aponta que a política social nestes países tem convivido sob o signo de uma “tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos de estabilização com propostas de reformas sociais voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade” (p. 205). O enfoque de Paim (2005), por sua vez, recai na distinção necessária entre racionamento, racionalização e mudança de racionalidade:

A oferta organizada e a vigilância à saúde não constituem propostas de mudança de modelos assistenciais para racionar ou reduzir custos da assistência, mas mudar a racionalidade ou, no mínimo, possibilitar maior racionalização no uso dos recursos visando a alcançar maior efetividade (p. 5).

Para Marques & Mendes (2002), fortalecer políticas descentralizadas administrativamente para os municípios e centralizar, concomitantemente, recursos financeiros em nível federal pode ocasionar a descapitalização dos serviços de média e alta complexidade. A priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, em detrimento das ações clínicas, na esteira do projeto da Promoção de Saúde, seriam indicadores de que o PSF passa pelo risco de praticar uma atenção à saúde simplificada e de baixo custo, seguindo as recomendações racionalizadoras de ajuste fiscal.

Franco & Mehry (1999) defendem que esse risco é eminente, principalmente se a estratégia dicotomizar ações “higienistas” (coletivas) e

“sanitaristas” (clínicas), restringindo-se às primeiras e desconsiderando, conseqüentemente, a importante rede de unidades básicas de saúde disponível no país: “no Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito melhor do que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes” (p. 3).

No que tange ao caráter substitutivo das ações do PSF, idealmente centrando-se na vigilância à saúde em equipe multiprofissional, estes autores apontam que a ruptura com um modelo centrado no trabalho do médico não é garantida, ao passo que o PSF “não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância define o perfil da assistência” (p. 3). Reivindicam, neste sentido, a produção de relações que se realiza no trabalho vivo em ato (o vínculo, a escuta, a gestão do cuidado), secundarizadas historicamente em favor da produção de procedimentos mediados por equipamentos e instrumentos médicos.

Silva & Trad (2005), ao investigarem a articulação técnica e a interação entre os profissionais de uma equipe do PSF, observaram que são “pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos” (p. 36). Peduzzi & Palma (2000) apontam que práticas de supervisão externa sistemática são uma possibilidade no sentido de ampliar a gestão coletiva e o trabalho em equipe multiprofissional, contribuindo nesse sentido. Matumoto et al. (2005) constata, por sua vez, que essa atividade também viabiliza reflexão sobre a divisão social e técnica do trabalho, permitindo “analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal-entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar

presentes no processo de trabalho, não os tomando como naturais ou do campo de conflitos pessoais” (p. 22).

Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000, p. 34) atentam, porém, para três questões importantes, se considerarmos a atenção primária como um *modo de prática*: 1) há que se considerar a diferença entre a “complexidade científica das patologias” e a “complexidade tecnológica do trabalho em saúde”, não se reduzindo um ao outro, na medida em que problemas de saúde cuja intervenção pode ser instrumentalmente simples podem exigir grande complexidade no arranjo de recursos resolutivos; 2) a unidade básica consiste em instância dotada da possibilidade de “propiciar espaços para a emergência de novas questões assistenciais relacionadas a necessidades não ‘trabalhadas’ do ponto de vista técnico” e, portanto, em que se pese não consistir em um atributo “natural”, pode estimular a ampliação da percepção das necessidades em saúde da população sob sua responsabilidade territorial; e 3) a dimensão subjetiva deve incorporar-se fortemente neste campo, superando-se a dicotomia entre o que seria especificamente técnico-científico ou especificamente humano no trabalho em saúde, propiciando a produção de vínculos, acolhimento e responsabilização.

### **Considerações finais**

Explicitar as implicações dos diversos projetos de reforma disputantes na atenção primária à saúde possibilitou analisar o contexto em que se originam as bases conceituais estratégicas para a definição da proposta da “Saúde para Todos” e seus reflexos no PSF, no contexto do SUS. Procurou-se evidenciar, neste percurso, a estratégia de saúde da família como uma síntese histórica dos projetos

de produção de atenção à saúde da comunidade e as transformações teórico-práticas envidadas neste movimento.

Em relação à dimensão do cuidado em saúde na comunidade, a partir da própria introdução das equipes, seus profissionais são instados pela população a atuarem frente a questões como o alcoolismo, o abuso de drogas, depressão, ameaças de suicídio, etc., questões para as quais uma clínica exclusivamente biomédica reduz o campo de apreensão das necessidades em saúde da população. O fortalecimento da participação popular na gestão dos serviços e as estratégias de educação popular em saúde são recursos importantes neste processo, favorecendo a estruturação das ações de saúde a partir das necessidades locais.

Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), a respeito da definição de níveis estratificados de necessidades em saúde, afirmam, em relação à atenção primária, que “muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial” (p. 35). O agente comunitário de saúde pode tornar-se um catalisador de recursos “escondidos” na comunidade para ampliar o apoio social, estimulando a escuta (sofrimentos, carências, desejos, possibilidades e saberes), com um papel importante na constituição de uma rede de cuidados no território, aumentando possibilidades de troca de afetos e recursos na comunidade (Lancetti, 2000).

Neste sentido, em relação à proposta da promoção de saúde, estudos recentes no campo da saúde coletiva apontam que a questão do poder comunitário tem sido deslocada da questão individual centrada na mudança do estilo de vida para se pensar em formas grupais e centradas no território de produção de fatores de proteção da integridade pessoal nos campos da segurança, inclusão social, lazer,

habitação, justiça, etc. Em termos de gestão e organização dos serviços, Carvalho (2004), revisando os múltiplos sentidos da categoria *empowerment*, discute que

O ‘*empowerment* comunitário’ demanda, por conseguinte, a convivência da noção de determinismo social com a de agenciamento humano e o reconhecimento da mútua relação de condicionamento e determinação entre as macroestruturas e a ação de sujeitos individuais e coletivos” (p. 1092).

Conforme Bodstein (2002), haveria um papel indutor do governo federal em requerer uma estrutura normativa para o repasse dos recursos de nível central (plano de saúde municipal, fundo de saúde, relatórios de gestão, reuniões regulares do conselho municipal de saúde, etc.), pressionando os municípios para a superação do despreparo da esfera municipal e da precária estrutura técnico-administrativa. Observa-se que a conquista do direito à participação popular através dos conselhos e conferências de saúde, nos três níveis de gestão do sistema, opera um importante papel neste sentido.

Evidentemente, são necessários planejamento e coordenação central e regional (hierarquização) para a ampliação, diversificação e atendimento integral das necessidades em saúde, na medida em que nem todas as demandas de cuidado são atendidas resolutivamente no contexto da atenção primária e consistem em ações sob sua responsabilidade. Além disso, deve-se levar em conta que a composição fixa das equipes do PSF em termos dos profissionais integrantes pode ser um fator restritivo à possibilidade dos gestores municipais em alocar nas equipes os profissionais que seriam os mais adequados na oferta de assistência, conforme os indicadores sanitários locais. Esta questão não obsta a importância de, ao se instituir parâmetros mínimos, possibilitar o alcance de níveis resolutivos de problemas de saúde no território.

Finalmente, no aspecto da formação dos profissionais de saúde, tem sido ressaltada a importância das práticas educativas serem realizadas em um diversificado cenário de práticas, inclusive na atenção primária à saúde. Pesquisa realizada por Campos (1999) nas catorze maiores faculdades de medicina do país indicou que 86% da formação para a atuação prática dos médicos ainda ocorre no contexto do hospital universitário. Iniciativas têm sido tomadas no sentido da inserção desde o início do curso de graduação das formações profissionais em saúde em projetos que estejam relacionadas com práticas no contexto da comunidade (Cyrino et al., 2005). Entre outros desdobramentos, entende-se que esse processo tende a favorecer transformações na relação dos profissionais da saúde com a demanda e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática.

## **Bibliografia**

- Aleixo JLM 2002. Atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública* 1(1):1-16.
- Andrade LOM, Barreto ICHC & Martins Junior T 2002. *Por que a Estratégia Saúde da Família*. Disponível em <http://www.esf.org.br>. Acesso em 30/09/2002.
- Arouca S 2003. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Unesp-Fiocruz, São Paulo-Rio de Janeiro
- Bodstein R 2002. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412.
- Bodstein RCA & Fonseca CMO 1989. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde, pp. 68-90. In NR Costa et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde. v. 1*. Vozes/Abrasco, Petrópolis.
- Brasil. MS – Ministério da Saúde 1994. *Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa*. Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. MS - Ministério da Saúde 1998. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. MS – Ministério da Saúde 2001. *Programa de Saúde da Família*. Secretaria Executiva/Ministério da Saúde, Brasília.

Campos GWS 1999. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 15(1):187-193.

Carvalho RS 2004. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 20(4):1088-1095.

Cyrino EG et al. (org.). 2005. *A universidade na comunidade. Educação médica em transformação*. UNESP, Botucatu.

Donnangelo MCF & Pereira L 1976. *Saúde e Sociedade*. Duas Cidades, São Paulo.

Faveret Filho P & Oliveira PJ 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 3:139-162

Franco T & Mehry E 1999. *PSF: Contradições e novos desafios*. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em 08/04/2005.

Lancetti A (org.) 2000. Saúde mental nas entranhas da metrópole, pp. 11-52. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Laurell AC 1996. La Logica de la Privatizacion em Salud, pp. 31-48. In C Eibenschutz (org.). *Política de Saúde. O público e o privado*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Marques RM & Mendes AA 2002. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública* 18(suplemento):163-171.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB & Domingos NAM 2005. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 9(16):9-24.

Mendes EV 1994. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, pp. 19-91. In EV Mendes (org.) *Distrito Sanitário*. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro.

Nunes ED 2000. A doença como processo social, pp. 217-229. In AM Canesqui et al. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Fapesp/Hucitec, São Paulo.

Paim JS 1997. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira, pp. 11-23. In S Fleury (org.). *Saúde e democracia – A luta do CEBES*. Lemos Editorial, São Paulo.

Paim JS 2005. Apresentação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 9(16):7-8.

Peduzzi M & Palma JJJ 2000. A equipe de saúde, pp. 234-250. In LB Schraiber et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. Hucitec, São Paulo.

Rosen G 1979. *Da polícia médica à medicina social. Ensaio sobre a história da assistência médica*. Graal, Rio de Janeiro.

Sawaia BB 2002. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade, pp. 35-53. In RHF Campos (org.). *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Vozes, Petrópolis.

Schraiber LB & Mendes-Gonçalves RB 2000. Necessidades de saúde e atenção primária, pp. 29-47. In LB Schraiber et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. Hucitec, São Paulo.

Senna MCM 2002. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 18(suplemento):203-211.

Silva IZQJ & Trad LAB 2005. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 9(16):25-38.

Vasconcelos EM 1999. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate* 23(53):6-19.

Vasconcelos EM 2001. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde, pp. 11-19. In EM Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. Hucitec, São Paulo.

## CAPÍTULO II

(Artigo a ser submetido para avaliação na revista “Ciência & Saúde Coletiva”)

### **Os serviços substitutivos da reforma psiquiátrica e os cuidados em saúde mental no território: investigando contribuições do Programa de Saúde da Família**

### **Psychiatric reform’s replacement services and mental health care in the territory: investigating Family Health Program’s contributions**

Marcelo Dalla Vecchia<sup>1</sup>

(Vecchia & Martins, 2006)

Sueli Terezinha Ferreira Martins<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu e Programa de Pós-Graduação em Educação para a Ciência, Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

## **Resumo**

A ampliação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico na atenção à saúde mental tem sido uma constante nos últimos anos. Discutem-se as bases teórico-práticas do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica e as questões colocadas para as transformações na atenção à saúde mental nos marcos da desinstitucionalização. Neste trabalho, ênfase é dada na descrição e análise de experiências que visam a articulação das equipes de saúde da família aos modelos substitutivos em saúde mental. Observa-se, entre outras questões, que a estratégia de saúde da família e a organização de serviços substitutivos de atenção à saúde mental convergem em relação aos princípios de territorialidade, vigilância à saúde, integralidade e organização das ações de saúde com base em equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, Saúde da Família, Luta Antimanicomial, Desinstitucionalização.

## **Abstract**

The increase of services installed in replacement of psychiatric hospital in mental health care has been frequent in the last few years. The theoretical-practical basis of Brazilian psychiatric reform is discussed as well as some issues related to the changes in mental health care in terms of desinstitutionalization. In the present work, it is emphasized the description and analysis of experiences which aim the articulation between family health teams and replacement mental health services. It is observed, amongst other issues, that family health strategy and the organization of replacement mental health services converge with what concerns to the principles of territorialization, health vigilance, integrity and the organization of health actions by multi-professional teams.

**Key-words:** Psychiatric Reform, Family Health, Anti-looneybin Movement, Desinstitutionalization.

## **Introdução**

Conforme relatório da OMS/OPAS (2001, p. 90), “muitas vezes os profissionais de atenção primária de saúde vêm (mas nem sempre reconhecem) angústia emocional”. Ainda no mesmo relatório, destaca-se que o “reconhecimento e manejo precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários” (p.90). Documento recente da OMS (WHO, 2004) assinala que na base dos conceitos para a promoção de saúde mental está sua articulação com a promoção de saúde global, a relação da cultura com a saúde mental, a questão dos direitos humanos, realçando a importância do desenvolvimento comunitário e de intervenções sustentáveis.

O presente trabalho visa discutir tendências conceituais e teórico-práticas relacionadas às possibilidades de articulação dos cuidados primários em saúde e as ações e serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, focando, em particular, a inserção das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo em vista o processo da reforma psiquiátrica brasileiro. A seguir, apresenta-se uma revisão de estudos que analisam aspectos da atenção à saúde mental na rede básica e relatos de experiências municipais que logram promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, considerando-se a população adscrita e a área de abrangência das equipes de saúde da família no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas ao tema, pretende-se evidenciar as potencialidades e as dificuldades no processo de produção de cuidados em saúde mental na atenção primária no SUS. Ressalta-se que, em uma cadeia de cuidados progressivos de saúde, a condição de sofrimento

psíquico não pode deixar de levar em conta sua alta complexidade social e epidemiológica e uma abordagem integral do processo saúde-doença.

### **Desinstitucionalização e cuidados em saúde mental no território**

A história da atenção à saúde mental no Brasil é marcada pela perspectiva asilar. É notável o fato de que, no período da ditadura militar, ocorre uma enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados a ponto de, no ano de 1978, cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado à contratação de tais leitos (Cesarino, 1989).

A edição pelo então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1973, do “Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica Ambulatorial” vinha indicando a percepção dos gestores da necessidade de ampliar a atenção ambulatorial à saúde mental. Porém, isso não representou mudanças práticas, na medida em que o INAMPS mantinha a política de contratação de leitos psiquiátricos de hospitais privados para atender a população assegurada e um parque manicomial público para atender os não-assegurados (Rosa, 2003).

Nos primeiros anos da década de 1980, no período da co-gestão Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o “Plano do Conasp” procurou estimular a descentralização e ambulatorização da assistência à saúde, em geral, através das Ações Integradas de Saúde (Mendes, 1994). No campo da saúde mental, em particular, colocou-se a meta de reduzir em 30% as internações psiquiátricas, limitar o tempo médio de internação de 90 para 30 dias e expandir em 50% as consultas ambulatoriais, o que ocorreu de forma localizada e, ainda assim, com reação do setor privado (Amarante, 1995).

Estudos apontam que, no Brasil, o movimento de redemocratização pós-ditadura foi altamente favorável para que um conjunto de transformações importantes na atenção à saúde mental (teórico-assistenciais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais) fosse estabelecido e incorporado às políticas de Estado, transformações estas que vieram a ser historicizadas como o Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup>.

No final da década de 1970, a partir do amplo movimento popular que questiona o cerceamento das liberdades democráticas na ditadura, são deflagradas denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de “camisa-de-força química”, etc.) de pessoas em condição de sofrimento psíquico, “tratadas” em hospitais psiquiátricos. Considera-se o episódio conhecido como a “crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental), ocorrido em 1978, como o momento em que esse processo torna-se público. Articulados em torno da organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), também são denunciadas corrupção, fraudes, negligência, ausência de recursos e “psiquiatrização” do social no âmbito do subsetor da saúde mental (Amarante, 1997).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), cujo marco organizativo é o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental realizado em Bauru/SP, em 1987, organiza-se a partir do MTSM e agrega profissionais, estudantes, técnicos, portadores de transtornos mentais e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção psicossocial, sob a consigna “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

O MNLA passa a reivindicar que a denúncia do manicômio não consiste em tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o portador de

---

<sup>1</sup> Para maior detalhamento referente à história do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica, recomenda-se a leitura de, entre outros, Resende (1987), Yasui (1989), Tenório (2002), Amarante (1995; 1996; 1997) e Paulin & Turato (2004).

transtornos mentais tão somente no plano técnico, assistencial. A superação da mentalidade manicomial implica em se defender tanto a desospitalização da clientela quanto um processo de desinstitucionalização, ao se adotar

A direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso, a proposição da *solução* reorienta de maneira global, complexa e concreta a *ação* terapêutica como ação de transformação institucional (Rotelli et al., 2001, p. 29 – grifos no original).

Remete-se, neste sentido, ao conjunto da sociedade um questionamento sobre o modo de produção material da existência que, ao assentar-se nas desigualdades, produz a loucura, buscando-se novas *soluções terapêuticas*, sendo que o manicômio representa uma metáfora da exclusão social. Não se afirma, com isso, que em modos de produção pré-capitalistas não houvesse “produção de loucura” e sua experiência subjetiva na forma de sofrimento psíquico. Ocorre que, com as revoluções francesa e industrial e o advento do capitalismo, a exigência de homogeneização da força de trabalho e sua adaptação aos novos meios técnicos de produção confere a necessidade premente de normatizá-la. A respeito do poder psiquiátrico, Gradella Junior (2002) afirma que

Mais do que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa (p. 89).

Além da denúncia da invisibilidade da loucura excluída e da identidade marginal da doença mental, da necessidade de invenção de meios técnicos que superem estratégias cerceadoras da liberdade e de questionamento da ordem social

que produz a loucura, há pelo menos outras três questões que são relevantes para que se coloque em perspectiva as relações da trajetória da desinstitucionalização<sup>2</sup> com o campo da atenção primária à saúde e que influenciaram de forma decisiva o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica.

Em relação ao processo saúde-doença, a desconstrução/invenção de estratégias de cuidado antimanicomiais passa necessariamente pelo reconhecimento de que, antes de um doente, de um paciente, uma singular “existência-sofrimento” desenvolve-se em um território determinado, ao qual devem ser direcionados os esforços de oferta de assistência<sup>3</sup>. O modelo sanitarista, que determina níveis estanques de complexidade tecnológica da assistência e a racionalização da oferta tenderia a produzir uma “lacuna” não percebida como necessidade em saúde: a dimensão da subjetividade. Costa-Rosa et al. (2003) indicam que é neste campo que a reforma psiquiátrica tem conquistado inovações mais evidentes, ao passo que “tem-se construído uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades” (p. 32).

A própria relação dos técnicos/profissionais com a loucura e com a exclusão, nesse sentido, precisa ser colocada em questão. Por um lado, em relação à desautorização e desvalorização da fala do “louco” sobre si mesmo. Por outro, não se esquecendo que a loucura precisa ser assistida, a desinstitucionalização implica

---

<sup>2</sup> Amarante (1995) historiciza o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica em três momentos: a *trajetória alternativa*, caracterizada pela própria difusão do ideário antimanicomial no Brasil e pela implantação das primeiras experiências antimanicomiais; a *trajetória sanitarista*, quando se visualizava a necessidade de transformações nas políticas públicas de saúde mental para afirmar as estratégias antimanicomiais de cuidado e, finalmente, a trajetória da *desinstitucionalização*, que se traz em destaque e incorpora, criticamente, aspectos das trajetórias anteriores.

<sup>3</sup> A heterogeneidade da vida cotidiana implica o território como o espaço do desenvolvimento de relações mediadoras do processo saúde-doença no singular. Os modos de produção de subjetividade, porém, não estão à parte do modo de produção da vida material, o que deve ser levado em conta na apreensão do movimento de multideterminação do processo saúde-doença, implicado em determinado contexto histórico e social.

em suspender-se a tendência imediata ao enquadramento nosológico de uma patologia, para que as formas particulares de produção do adoecimento sejam evidenciadas e, então, visualizada a possibilidade de se instituir determinado projeto terapêutico. Simultaneamente e, na medida em que o território é o ponto de partida da organização da oferta, a comunidade (familiares, vizinhança, etc.) também se inclui nesse questionamento e desinstitucionaliza (Nicácio, 2001).

Especialmente em relação à família, fundamentalmente a partir dos anos 1990, seu envolvimento no processo de reforma psiquiátrica permitiu a ressignificação do papel desempenhado pelos familiares no cuidado em saúde mental. Se na perspectiva asilar a família era afastada do tratamento por entender-se que as relações familiares poderiam ser patogênicas, Rosa (2003) aponta que o processo de omissão do Estado no recrudescimento das políticas neoliberais vem impelindo à família encargos no cuidado. Conforme a autora há cinco principais direções atribuídas à família neste período: 1) como *recurso* no tratamento, 2) como *lugar de convivência*, 3) como *sofredora* e demandante de suporte no cuidado com o familiar portador de transtornos mentais, 4) como *sujeito coletivo* atuante nos movimentos de reivindicação por direitos de atenção à saúde mental e, 5) como *provedora de cuidado*, continuamente ou eventualmente, para o familiar.

Outro ponto importante é a perspectiva de que o trabalho de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial envolve políticas sociais de conjunto e, portanto, de inclusão social, implicando no reconhecimento da necessidade de moradias substitutivas e assistidas para ex-internos psiquiátricos, de espaços de trabalho protegido mas não necessariamente tutelado, de inserção em atividades culturais e de lazer, etc.

No plano jurídico-político, são instituídas mudanças na atenção à saúde mental no contexto do SUS que refletem, em parte, as pressões exercidas pelo movimento brasileiro da reforma psiquiátrica, inclusive dos segmentos de usuários e familiares e, também, a inserção de quadros do MNLA nas instâncias de gestão das políticas de atenção à saúde mental, que se pretende discutir a seguir<sup>4</sup>.

### **Os serviços substitutivos em saúde mental no SUS**

Na especificidade da atenção em nível básico no SUS, no atendimento à demanda em saúde mental, é instituída a Portaria 224/1992 (Brasil, 2004), resgatando os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e as diretrizes de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, garantia de continuidade da atenção, multiprofissionalidade, participação social e comando único em cada esfera de responsabilidade.

Ao definir normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar, a portaria é um marco legal em termos da atenção primária à saúde mental no SUS. O atendimento ambulatorial das ações de saúde mental também deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares, outros agentes de saúde).

---

<sup>4</sup> Rosa (2003) assinala que a luta por avanços legislativos tem sido assumida nas bandeiras históricas do MNLA, ao mesmo tempo em que projetos comprometidos com a superação da lógica manicomial são coordenados nas diversas instâncias de governo por alguns de seus atores: “a universalidade e a igualdade formal, inseridas nos ideais liberais, são reapropriadas e ressignificadas como estratégias de luta” (p. 121). Na medida em que o movimento se volta, prioritariamente, para a proposição de reformas nas políticas de saúde mental, passa pelo risco de secundarizar pautas relacionadas à necessidade de transformações na base econômico-estrutural da sociedade e da denúncia de uma organização social que, ao produzir desigualdades, produz loucura.

Além do atendimento individual, o atendimento grupal (grupo operativo, grupo terapêutico, grupos de orientação, atividades socioterápicas, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, etc.), as visitas domiciliares (que podem ser realizadas por técnicos de nível médio e/ou superior) e atividades comunitárias na área de referência do serviço devem ser considerados no planejamento das ações de assistência e prevenção.

A restrição à internação de pessoas em instituições com característica asilar só se formaliza oficialmente com a aprovação pelo Congresso Nacional, depois de doze anos de sua apresentação, da Lei 10.216/2001 (Brasil, 2004), prevendo que a mesma só pode ocorrer nos casos em que outros tratamentos não forem bem-sucedidos. Normatiza também que a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e recomenda-se reabilitação psicossocial assistida a pacientes para os quais se caracteriza situação de grave dependência institucional, com políticas específicas de alta planejada.

Tenório (2002) discute que esta lei federal tem uma história peculiar: influenciou um número de legislações estaduais antes de sua aprovação em nível federal. A legislação em saúde mental que dispõe sobre a organização dos serviços substitutivos em saúde mental nos estados do Ceará, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte proíbe a internação em hospital especializado em psiquiatria quaisquer que sejam as condições, tal como se apresentou no então projeto de Lei 3.657/1989.

O aumento quantitativo dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem sido uma constante nos últimos anos e têm contado com normatização jurídico-legal específica. Estatística publicada em *site* conveniado com o Ministério da Saúde informa que há um

acentuado aumento da oferta de vagas em CAPS e diminuição de vagas em leitos psiquiátricos (Inverso, 2005). Esta proporção tem se mantido no decorrer do período que compreende os anos de 1996 a 2003, observando-se a maior redução da oferta de leitos psiquiátricos nos anos de 1999 e 2000 e a maior abertura de vagas em CAPS no ano de 2001<sup>5</sup>.

As moradias substitutivas, na forma das residências terapêuticas, são também recursos importantes no sentido da desospitalização, mas contam com inserção tímida no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, sendo oferecidas ainda em um número reduzido de municípios. A edição do “Programa Volta para Casa” (Brasil, 2004) é também outra iniciativa no mesmo sentido, ao instituir o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas. Espaços voltados para a prática de esportes e para a produção artística, como centros de convivência, rádios comunitárias, clubes e associações, também têm sido considerados importantes no sentido do resgate da possibilidade de convívio social para portadores de transtornos mentais.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNS, 2001), por sua vez, traz recomendações específicas referentes à inclusão das ações de saúde mental na rede de atenção básica, tais como: realizar ações de vigilância em saúde mental relacionadas aos locais de trabalho e condições de moradia, etc.; criar equipes especializadas de referência para as equipes de PSF e PACS (no caso de equipes volantes, com a proporção mínima de uma equipe especializada para cada cinco equipes de PSF); garantir minimamente um profissional de saúde mental de

---

<sup>5</sup> Uma das dificuldades que são apontadas para que as verbas destinadas para a oferta de leitos psiquiátricos sejam remanejadas para os serviços substitutivos é sua realocação na atenção hospitalar geral, ao invés de serem destinadas para ações realizadas em serviços de atenção diária em saúde mental. Nas comissões intergestores, fóruns instituídos de pactuação entre estados e municípios para a operacionalização da descentralização e hierarquização no contexto do SUS, há iniciativas no sentido de se tentar garantir esse remanejamento, recomendado inclusive no capítulo específico da saúde mental do relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2004).

referência para cada duas equipes de PSF, com atenção prioritária a casos graves, e proporcionar prevenção em saúde mental valendo-se de recursos comunitários.

Em termos da gestão dos serviços, é consenso que uma relação estreita destas estratégias substitutivas ao hospital psiquiátrico com a atenção primária à saúde é condição necessária para que se constitua uma rede de cuidados progressivos e integrais em saúde mental. Observa-se, nos últimos anos, um avanço na implementação concreta destes recursos. Ainda assim, coloca-se uma questão: na prática cotidiana, as experiências têm conseguido caminhar concretamente no sentido dos princípios de desinstitucionalização?

### **Experiências de atenção à saúde mental no PSF**

A diretriz da descentralização e hierarquização das ações e serviços de saúde confere à dimensão loco-regional espaços privilegiados para que sejam delineadas pesquisas e experiências locais que refletem a incorporação das estratégias substitutivas à rede de atenção primária à saúde.

A estratégia de saúde da família tem sido destacada como componente importante na reorganização da atenção básica. Estrutura-se com base em equipes multiprofissionais, que atuam a partir da adscrição e territorialização da clientela atendida, o que possibilita a continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde. Possivelmente em virtude da recente implantação de estratégias desta natureza, nota-se relativa escassez, na literatura, de relatos de experiências de integração das ações de saúde mental ao PSF.

O “Projeto Qualis/PSF”, implantado no município de São Paulo, a partir da concepção de que “qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma e que, para isso, era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida

pela organização de saúde” (Lancetti, 2000, p.19), estruturou seu programa de saúde mental com duas equipes volantes, contando com psiquiatra, psicólogo e assistente social atendendo as equipes locais do PSF. São relatadas ações como a realização de cursos voltados para a formação em saúde mental destes profissionais e para o uso racional de psicofármacos e uma abordagem que implica em tratar a família como grupo familiar, instrumentalizando-a a tratar da pessoa com transtorno mental de forma mais salutar<sup>6</sup>. A responsabilidade compartilhada entre as equipes de saúde mental e do PSF para atender a população e a elaboração de um projeto terapêutico-pedagógico para a pessoa e a família são balizadores do programa (Pereira, 2000).

As principais dificuldades relatadas referem-se à disponibilidade de profissionais que aceitem atuar em áreas de favelização com uma perspectiva antimanicomial, bem como a própria continuidade do programa de saúde mental que, financiado por uma fundação, elegeu outras prioridades.

Em municípios do Norte e Nordeste do país, onde se verifica um grande impacto na atenção básica das ações do PSF, também são relatadas experiências relevantes neste sentido. Em Camaragibe/PE, partindo-se da constatação de que os ACS não tratavam da questão da saúde mental em seu curso de formação básica, delimitou-se uma pesquisa e estudo de campo em uma área piloto. Foram organizadas oficinas de sensibilização para a questão da saúde mental, procurando monitorar e supervisionar as ações das equipes do PSF na área, culminando com uma ampla redução do número de internações psiquiátricas (Casé, 2000). Em Cabo

---

<sup>6</sup> Vasconcelos (1999) recorda que vem crescendo a visibilidade das unidades “família” e “comunidade” como estratégias de integração das diversas políticas sociais, ao mesmo tempo em que a família é denunciada no meio acadêmico como instituição repressiva e como categoria ressaltada quando se quer ocultar a luta de classes. Para o autor, outras questões importantes no processo de reprodução social relacionadas à vivência familiar são omitidas caso não se tenha em foco que a família “é resultado do modo como os trabalhadores vivem sua condição de classe, com seus desejos, projetos e limites e não produto da imposição de valores próprios de outras categorias e classes sociais” (p. 9).

de Santo Agostinho/PE, por sua vez, ações de capacitação e sensibilização das equipes do PSF para a questão da saúde mental são relatadas, com a realização de encontros sistemáticos e pactuação para a efetivação de ações integradas ao programa (Cabral et al., 2000).

Em ambas as experiências, aponta-se que supervisões sistemáticas foram importantes para se superar a tendência de restrição ao contexto ambulatorial pelos profissionais de saúde mental e as resistências por parte dos agentes comunitários pela pressuposição de periculosidade no cuidado com a pessoa em crise psiquiátrica.

Na região do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, ações voltadas para a atenção em saúde mental possibilitaram que se dinamizasse o intercâmbio entre o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que faz parte do Consórcio Intermunicipal do Vale e as equipes do PSF constituídas na região. A partir da realização de psicoterapia individual e de grupo, visitas domiciliares e trabalho educativo junto à população de referência, na própria comunidade, por uma psicóloga do serviço, institucionalizaram-se as formas de encaminhamento, orientações aos familiares e controle da medicação realizada pelo serviço especializado (Silva et al., 2000).

Os principais desafios consistiam em encontrar soluções resolutivas para um contexto de desassistência psiquiátrica (número grande de pessoas que foram encontradas em condição de clausura domiciliar) e para a população de rua.

No município de Sobral/CE, notabilizado por ser uma das exitosas experiências de reorganização da atenção básica tendo como referência a estratégia de Saúde da Família, aponta-se que a Residência em Saúde da Família, que se desenvolve com caráter multiprofissional, constituiu-se em ocasião para o

estabelecimento de acordos operacionais entre as equipes do PSF e a equipe de saúde mental. A partir de uma prática sistemática de supervisão em saúde mental das equipes do PSF que estava sendo conduzida por um psiquiatra da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral foram viabilizados contatos com a coordenação da residência (Pereira & Andrade, 2000).

A avaliação de que procedimentos pontuais de capacitação não atingiam os objetivos desejados conduziu à realização de uma estratégia de formação para as equipes no próprio local de trabalho, em módulos de capacitação básica para a questão da saúde mental.

Sampaio & Barroso (2000) apontam as diretrizes e experiências de articulação entre a rede descentralizada de CAPS constituída no estado do Ceará e a atenção à saúde mental promovida pelas equipes do PSF, bem como seus princípios básicos comuns: o primado da habilitação social sobre a atenção clínica, a constituição de programas e oficinas extra-serviços, a interdisciplinaridade (com as especialidades convivendo em acordo crítico), acessibilidade política e geográfica, ênfase na atenção em base comunitária qualquer que seja a demanda de cuidado em saúde mental, intersetorialidade, interinstitucionalidade, responsabilidade estatal e foco na produção de relações de cuidado.

Finalmente, no município de Campinas/SP, o Programa Paidéia de Saúde da Família tem operado com a perspectiva de que as equipes atuantes em centros de saúde componham uma rede na qual consistem em equipes de referência, às quais os profissionais de saúde mental oferecem apoio matricial (discussão de casos, atividades comunitárias, acompanhamento dos moradores em residências terapêuticas, reuniões com familiares, atividades itinerantes dos profissionais de saúde mental, etc.): “o eixo fundamental passa a ser a equipe de referência às

famílias adscritas a um conjunto de profissionais e não mais a um equipamento com área de cobertura” (Campos, 2005, p. 2).

### **Considerações finais**

A constituição de serviços de saúde mental assentados em base comunitária passa necessariamente pela discussão do processo de descentralização, tendo em vista que a adscrição da clientela ao território de intervenção das equipes do PSF potencializa a constituição de um vínculo e a continuidade da atenção à população, importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. Bodstein (2002), neste sentido, afirma que a reorganização da atenção básica é fortemente influenciada por “inovações e mudanças no desempenho da gestão local e da relativa autonomia dos municípios em termos de implementação de atividades e programas de saúde pública” (p. 411).

Do ponto de vista conceitual, princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, refletidas no PSF, encontram ressonâncias nas propostas de desinstitucionalização: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersetorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional.

Freitas (2002), ao discutir o campo da Psicologia Social-Comunitária brasileira, aponta que a prática profissional nesta área requer a atuação “junto a relações que são travadas na esfera do cotidiano, eliminando-se estruturas reducionistas, psicologizantes e a-históricas sobre os processos psicossociais” (p. 76). Categorias psicossociais como identidade, comunicação, ideologia e processos grupais têm sido investigados neste campo e trazem contribuições que devem ser

resgatadas no sentido de ampliar a compreensão a respeito das práticas substitutivas na atenção à saúde mental com foco no território.

Deve-se levar em conta que a composição fixa das equipes do PSF em termos dos profissionais integrantes pode ser um fator restritivo à possibilidade dos gestores municipais em alocar às equipes os profissionais que seriam os mais adequados na oferta de assistência, conforme os indicadores sanitários locais. Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), a respeito da definição de níveis estratificados de necessidades em saúde, afirmam, em relação à atenção primária, que “muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial” (p. 35). Assim, a efetividade das ações estabelecidas para as equipes do PSF, inclusive para que a atenção à saúde mental se incorpore nas práticas cotidianas, requer que o cuidado em saúde se dê a partir de uma noção ampliada de saberes clínicos e epidemiológicos para o qual contribuem profissionais de áreas da saúde e correlatas.

A construção histórica de um movimento de reforma psiquiátrica que visa à manutenção do sujeito portador de um sofrimento psíquico no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática.

Ressaltar a lógica da reconstrução da cidadania plena (Saraceno, 2001) implica na ênfase necessária à questão da moradia, do trabalho, da cultura, do esporte e do lazer no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Alves & Guljor

(2003), discutindo sobre o risco de ambulatorização da “existência-sofrimento”, assinalam que

As questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las. No entanto, não se pode ter para esse grupo de problemas uma perspectiva simplista, ou seja, resumir as dificuldades da vida cotidiana a um conflito psicológico. Essa simplificação grosseira, em determinadas circunstâncias, nas décadas de 60 e 70, foi denominada “psicologização” dos problemas sociais. É importante que a questão da subjetividade seja do conhecimento dos profissionais de saúde, mas que não se banalizem os instrumentos de intervenção do campo da saúde mental, transformando-os em pretensos “anestésicos sociais” (pp. 225-226).

Dentre as dificuldades relatadas na revisão das experiências municipais, considerando-se a efetiva integração do PSF à rede de cuidados em saúde mental, verifica-se: necessidade de amplo movimento de transformação assistencial, escassez de recursos que viabilizariam a continuidade das propostas e a dificuldade na operacionalização de indicadores de avaliação. Do ponto de vista da própria rede, Amarante (2003) destaca que a invenção de dispositivos de cuidado em saúde mental deve atentar para o risco de “um processo de *capsização* da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que pode haver uma *inamprização* dos CAPS” (grifos no original – p. 63), caso a ênfase não recaia no reconhecimento dos equipamentos substitutivos enquanto espaços para a produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura.

Estudo realizado por Amaral (1997) verificou baixa aceitabilidade pelo atendimento na rede básica por pacientes egressos de internação psiquiátrica, com alta taxa de abandono do tratamento pós-hospitalar. Verificou-se, também, “que 32,5% dos pacientes psicóticos foram reinternados num período de até 4 meses

após a alta” (p. 293), indicativo analisado como desfavorável pela autora no que se refere à eficácia do cuidado neste nível de atenção, bem como oferta diferenciada de recursos terapêuticos para a mesma clientela, revelando problemas na equidade. Em termos do processo de trabalho das equipes de atenção básica, a autora verifica que há dificuldades na definição de diretrizes operacionais, com dispersão de recursos e necessidade de alta competência gerencial para a missão de atender simultaneamente as demandas espontânea e referenciada.

Brêda & Augusto (2001), por sua vez, delinearão pesquisa com a população da área de abrangência de uma unidade de saúde da família, apontando que “alcoolismo, depressão, uso indiscriminado de psicofármacos e tentativas de suicídio são os problemas psíquicos mais prevalentes” (p. 474). Em seu trabalho, observam ainda dificuldades de comunicação entre a rede básica e a rede de saúde mental, bem como da efetiva constituição de um vínculo da equipe com a população adscrita.

Vieira Filho & Nóbrega (2004), neste sentido, verificam que para a efetiva constituição de uma rede social de trabalho terapêutico é necessário um circuito interinstitucional integrado ao sistema de saúde geral, reivindicando o PSF enquanto porta de entrada para a saúde em geral e o CAPS porta de entrada para a saúde mental, ambos com ênfase no território.

A questão da formação das equipes de atenção básica é destacada em diversos estudos e experiências e sugere tratar-se de uma dimensão importante para a atenção primária à saúde mental. Em 1975, a OMS deu início a um estudo colaborativo realizado em sete países em desenvolvimento (Brasil, Colômbia, Egito, Índia, Filipinas, Senegal e Sudão) que visava avaliar a efetividade das ações de saúde mental na atenção primária através de quatro componentes, sendo um deles

o treinamento de trabalhadores da atenção primária no reconhecimento e manejo de uma série de transtornos mentais (Cohen, 2001). Observaram-se uma severa ausência de formação na área, dificuldades em se estabelecer indicadores de avaliação dos treinamentos e a melhora da sensibilidade diagnóstica à medida que os treinamentos eram desenvolvidos. Além disso, entre outras questões, aponta-se que os programas de saúde mental devem tomar como base prioridades estabelecidas a partir de demandas locais (não seguindo um modelo genérico), a disponibilidade de um arranjo de serviços, sua adequação cultural conforme a comunidade atendida e o investimento dos recursos em sistemas de cuidado (e não nos indivíduos).

Na medida em que profissionais não-especialistas passam a lidar cotidianamente com a demanda para cuidados em saúde mental no PSF, considera-se importante que estudos sejam desenhados no sentido de analisar determinados aspectos, como: a formação em saúde mental (conhecimentos, saberes, experiências), as relações da equipe com os familiares de portadores de transtornos mentais, as estratégias de identificação das situações de risco e que demandam assistência em saúde mental, recursos utilizados, dificuldades vivenciadas, etc.

## **Bibliografia**

Alves DSN 2001. Integralidade nas políticas de saúde mental, pp. 167-176. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro.

Alves DSN & Guljor AP 2003. O cuidado em saúde mental, pp. 221-240. In R Pinheiro & Mattos RA (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro.

Amaral MA 1997. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública* 31(3):288-295.

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

Amarante P 1996. *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Amarante P 1997. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pp. 163-185. In S Fleury (org.). *Saúde e democracia. A luta do CEBES*. Lemos, São Paulo.

Bodstein R 2002. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412.

Brasil. MS – Ministério da Saúde 2004. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 24/07/2005.

Brêda MZ & Augusto LGS 2001. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):471-480.

Cabral B. et al. 2000. Estação comunidade, pp. 137-156. In Lancetti A (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Campos FCB 2005. *As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção à saúde mental de Campinas/SP*. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em 08/04/2005.

Casé V 2000. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe, pp. 121-136. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Cesarino AC 1989. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo, pp. 3-32. In A Lancetti et al. *SaúdeLoucura 1*. Hucitec, São Paulo.

CNS – Conselho Nacional de Saúde 2001. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. CNS/Ministério da Saúde, Brasília.

CNS – Conselho Nacional de Saúde 2004. *Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde*. CNS/Ministério da Saúde, Brasília.

Costa-Rosa A, Luzio CA & Yasui S 2003. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva, pp. 13-43. In M Scliar et al. (org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. NAU Editora, Rio de Janeiro.

Freitas MFQ 2002. Psicologia na comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária: práticas da psicologia na comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil, pp. 54-80. In RTF Campos (org.). *Psicologia Social-Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Vozes: Petrópolis.

Gradella Junior O 2002. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. *Psicologia & Sociedade* 14(1):87-102.

INVERSO – Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social 2005. *A via de mão dupla da reforma. Declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária*. Disponível em <http://www.inverso.org.br>. Acesso em 20/06/2005.

Lancetti A (org.) 2000. Saúde mental nas entranhas da metrópole, p. 11-52. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Mendes EV 1994. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, pp. 19-91. In EV Mendes (org.) *Distrito Sanitário*. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec/Abrasco, São Paulo/Rio de Janeiro.

Nicácio F 2001 (org.). *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo.

OMS – Organização Mundial de Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde 2001. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. OPAS, Brasília.

Paulin FL & Turato ER 2004. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos* 11(2):241-258.

Pereira AA & Andrade LOM 2000. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará, pp. 167-198. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Pereira WAB 2000. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade, pp. 95-102. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Resende H 1987. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, pp. 15-74. In SA Tundis & NR Costa (org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis.

Rosa L 2003. *Transtorno mental e o cuidado na família*. Cortez, São Paulo.

Rotelli F, Leonardis O & Mauri D 2001. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”, pp. 17-59. In F Nicácio (org.). *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo.

Sampaio JJC & Barroso CMC 2000. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará, pp. 199-220. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Saraceno B 2001. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio, pp. 13-18. In AMF Pitta. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. Hucitec, São Paulo.

Schraiber LB & Mendes-Gonçalves RB 2000. Necessidades de saúde e atenção primária, pp. 29-47. In LB Schraiber et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. Hucitec, São Paulo.

Silva MCF et al. 2000. Saúde Mental e Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, pp. 155-166. In A Lancetti (org.). *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. Hucitec, São Paulo.

Tenório F 2002. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 9(1):25-59.

Vasconcelos EM 1999. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate* 23(53):6-19.

Vieira Filho NG & Nóbrega SM 2004. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia* 9(2):373-379

WHO – World Health Organization 2004. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report*. Genebra.

Yasui AS 1999. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis.

## **CAPÍTULO III**

(Artigo a ser submetido para avaliação na revista “Psicologia & Sociedade”)

### **Concepções sobre os cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva sócio-histórica**

### **Conceptions on mental health care by a family health team, in socio-historical perspective**

Marcelo Dalla Vecchia<sup>1</sup>

(Vecchia & Martins, 2006)

Sueli Terezinha Ferreira Martins<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu e Programa de Pós-Graduação em Educação para a Ciência, Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

## **Resumo**

O presente estudo visa analisar as formas pelas quais são subjetivamente significadas as práticas em saúde mental desenvolvidas por uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), partindo-se da perspectiva sócio-histórica de L. S. Vigotski no estudo da consciência humana, fundamentada pelos pressupostos do materialismo histórico e dialético. O trabalho é parte de uma pesquisa participante e, portanto, é contextualizado na etapa de inserção no campo. Observou-se que a equipe estudada considera relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida, a necessidade de lançar mão de estratégias diversificadas no cuidado para além da consulta, a importância de se cuidar da saúde mental da própria equipe, bem como dificuldades na abordagem da família. É essencial, porém, a própria concepção do PSF como processo que implica possibilidades de superação da exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença, sendo fundamentais as questões do acolhimento como recurso terapêutico e a constituição de vínculos e a continuidade da atenção enquanto potencialidades da estratégia de saúde da família neste sentido.

**Palavras-chave:** Saúde da Família, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Psicologia Sócio-Histórica.

## **Abstract**

The present work aims at the analysis of the forms in which are subjective meant mental health practices developed by a Family Health Program (FHP) team, based upon L. S. Vigotski's socio-historical perspective in the study of human consciousness and dialectic-historical materialism. The work is a part of a participant research and, as such, is situated in the stage of field introduction. It was observed that the studied team considers the relevance of social determinants on the illness process of assisted population, the need of carrying out of diverse strategies on care beyond the clinical setting, the importance of taking care of their own mental health, as well as difficulties related to family approach. It is essential, though, the proper conception of FHP as a process which implicates possibilities of overcoming the exclusivity of biomedical field of illness process determinants, in which are fundamental the issues of receptiveness as a therapeutic resource and the constitution of bonds and continued attention as family health strategy potentials.

**Key-words:** Family Health, Mental Health, Psychiatric Reform, Socio-Historical Psychology.

## **Introdução**

A articulação da atenção primária à saúde a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto equipamentos importantes para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica.

A Declaração de Caracas (1990) é um marco nesse processo em nível internacional, ao notar que “a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva”. Estudos sistemáticos e experiências municipais e regionais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup> vêm demonstrando a importância da efetivação das diretrizes de descentralização e territorialização, bem como a estruturação das ações de saúde com base em equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental que possam, minimamente, assegurar retaguarda para as equipes atuantes na atenção primária (AMARAL, 1997; LANCETTI, 2000; BRÊDA & AUGUSTO, 2001; PITTA, 2001).

Com a adoção da estratégia de Saúde da Família como eixo importante para a reorganização da atenção básica em novas bases assistenciais (MS, 2003), as equipes têm sido instadas a atuarem frente a questões como dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral. À medida que a adscrição da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho no PSF, o vínculo e a continuidade

---

<sup>1</sup> Não se deve desconsiderar, porém, que no período precedente à institucionalização jurídico-política do SUS – fundamentalmente a partir do período da “distensão gradual e progressiva” da ditadura – houve experiências que forneceram importantes fundamentos teórico-práticos àquelas que seriam desenvolvidas posteriormente (SILVA, 1988; CESARINO, 1989; FERNANDES et al., 1996; AMARANTE & TORRE, 2001).

do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes neste nível de atenção com questões relacionadas a tais demandas.

A população da área de abrangência, assim, lhes demanda respostas assistenciais em saúde mental para as quais, por um lado, não existem ações programáticas correspondentes na atenção primária e, por outro, podem consistir em demanda espontânea de caráter de urgência ou emergência, requerendo a utilização de estratégias adequadas, por exemplo, na ameaça/tentativa de suicídio. A ambulatorização da demanda é um dos riscos neste processo, podendo-se recair na denominada “psiquiatrização dos problemas sociais”, ou seja, a porta de entrada do sistema de saúde tratando-se, na verdade, em somente um espaço de triagem para a atenção especializada, ou ainda, reservando-se a uma clínica cujo foco é a patologia (ALVES & GULJOR, 2003).

Minayo (2000), ao caracterizar a posição marxista no campo da Saúde Coletiva, aponta que ainda “são pouco presentes os estudos que, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas” (p. 82). Verifica uma tendência dos estudos que partem desta perspectiva em deslocar o interesse para análises macro-econômicas, reduzindo-se a importância do papel do sujeito histórico e a inclusão dos significados na totalidade histórico-estrutural.

A perspectiva adotada no trabalho em relato parte das premissas adotadas por Vigotski e seus colaboradores no questionamento da ausência de uma psicologia que parta de um enfoque materialista, histórico e global do psiquismo humano. Considera-se, desta forma, a psicologia como uma ciência concreta, tendo sempre (implícita ou explicitamente) uma base filosófica. Parte-se do pressuposto

que o comportamento humano não se encontra separado do desenvolvimento histórico geral (LEÓNTIEV, 1999).

No presente artigo, apresenta-se o relato de uma pesquisa que busca explicitar as práticas de cuidado em saúde mental realizadas por uma equipe de saúde da família, evidenciando que tais práticas encontram-se intimamente relacionadas com acúmulos anteriores representados pelos aspectos da formação e experiência precedentes, formais e informais, em constante transformação, frente ao cotidiano das atividades e sua inserção histórico-social.

Na medida em que esta análise situa-se no desenvolvimento de uma pesquisa participante<sup>2</sup>, consiste na etapa de levantamento de necessidades para um trabalho em saúde mental realizada juntamente com a equipe, para o que se considerou importante identificar as concepções relacionadas às práticas de atenção à saúde mental no cotidiano do trabalho.

### **Marcos teórico-metodológicos**

Em decorrência da forma de adaptação e do caráter social da sua atividade, diferentemente dos demais seres vivos, a relação do ser humano com a natureza não se dá somente no sentido de desenvolver ações práticas voltadas à satisfação imediata de necessidades biológicas. São caracteristicamente humanos a organização social do trabalho, a intencionalidade consciente das ações (uma pré-ideação, teleológica e interna, da realidade e das finalidades das suas atividades) e o uso de meios indiretos (signos e instrumentos) para realizá-los, tendo em vista a

---

<sup>2</sup> O projeto “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família” é coordenado por Sueli Terezinha F. Martins (Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e fazem parte da equipe: Marcelo Dalla Vecchia (mestrado em Saúde Coletiva), Íris Renata Vinhas (graduanda em Enfermagem), Sandra Fogaça Rosa Ribeiro e Tiago Rocha Pinto (mestrandos em Saúde Coletiva).

satisfação de necessidades também “espirituais”, psicológicas, mediatas, “descoladas” – na maioria das vezes – de seu caráter imediato.

Para que seja possível abordar os mecanismos que estão na base da constituição da atividade consciente do ser humano, os estudos de L. S. Vigotski e seus colaboradores partem da hipótese de que haveria um elemento de mediação na formação da consciência na qualidade de *instrumento psicológico*. O recurso aos *signos*, que atuam de forma mediada na formação e desenvolvimento de funções psicológicas superiores e complexas (por exemplo, a memória cultural, a atenção seletiva e formação de conceitos), consiste em uma forma especificamente humana de utilização de instrumentos.

São postulados três momentos determinantes para a análise das formas superiores, especificamente humanas, de comportamento. O primeiro destes momentos é a necessidade de se diferenciar a análise do objeto pela análise do processo: “a análise do objeto deve se contrapor à análise do processo, o qual, de fato, se reduz ao desdobramento dinâmico dos momentos importantes que constituem a tendência histórica de dado processo” (VYGOTSKI, 1931/1995, p. 101). A tarefa fundamental, desta forma, é restituir o processo em questão à sua etapa inicial (que nada mais é do que converter objeto em processo), de modo que as formas psicológicas sejam apreendidas historicamente.

A tarefa de análise, uma “investigação pensante”, não deve se restringir à descrição da aparência do fenômeno psicológico, aos seus traços e manifestações externas, atentando, porém, para que no momento explicativo se incorpore a investigação de relações e nexos dinâmico-causais em sua origem real.

Finalmente, em relação aos comportamentos automatizados (ou “processos fossilizados”), reforça a necessidade de uma análise genética, que

restitua o processo para sua forma inicial de maneira artificial, experimental: “não devemos nos interessar pelo resultado acabado, nem buscar o balanço ou o produto do desenvolvimento, senão o próprio processo de aparição ou o estabelecimento da forma superior tomada em seu aspecto vivo” (Id., Ibid., p. 105). Considera, assim, que a forma psicológica superior é qualitativamente peculiar, nova, aparecendo no processo de desenvolvimento humano como “uma determinada esfera de possibilidades que só em uma determinada situação ou em um determinado conjunto de condições leva à formação de um determinado fenótipo” (p. 104).

A partir destas hipóteses e em referência à história social humana, foi possível demonstrar, experimentalmente, que os signos reorganizam funções psíquicas superiores, cuja inter-relação constitui o fenômeno da atividade consciente. Parte-se de uma analogia: a atividade humana depende de instrumentos, sendo mediada por meio de ferramentas, para a satisfação de necessidades, sejam elas “do estômago ou da fantasia”.

O primeiro fato histórico é pois a produção dos meios que permitem satisfazer as necessidades, a produção da própria vida material (...)  
Uma vez satisfeita a primeira necessidade, a ação de a satisfazer e o *instrumento* utilizado para tal conduzem a novas necessidades e essa produção de novas necessidades constitui o primeiro fato histórico (MARX & ENGELS, 1979, p 40, grifo nosso).

Os signos, estruturados em sistemas lingüísticos de representação (a língua, as diferentes formas de numeração e cálculo, mapas, diagramas, obras de arte, etc.), adquirem o valor de instrumentos psicológicos ao converterem-se, através da atividade prática, em portadores de determinados *significados*. Neste processo de apropriação da realidade na consciência, de constituição de um reflexo psíquico

consciente<sup>3</sup>, os significados se estabilizam enquanto representações da realidade e, comunicados socialmente na forma da fala, objetivam-se, orientando intencionalmente a atividade consciente do ser humano, dando sentido a ela.

Vigotski (1934/2001) sintetiza este processo dialético de apropriação e objetivação ao afirmar que os signos são criações artificiais culturais da humanidade e seguem uma lógica particular de desenvolvimento: dirigem-se primeiro para fora através da atividade prática, voltam-se para o ser humano como reflexo psíquico da realidade para, então, desenvolverem-se internamente, constituindo *sentidos pessoais*. Este desenvolvimento, porém, não se dá no “vazio”, na medida em que cumpre uma específica função social:

A comunicação, estabelecida com base em compreensão racional e na intenção de transmitir idéias e vivências, exige necessariamente um sistema de meios cujo protótipo foi, é e continuará sendo a linguagem humana, que surgiu da necessidade de comunicação no processo de trabalho (p. 11).

Leontiev (1975), na mesma direção, acrescenta que

No processo da produção material os homens produzem também sua linguagem, que lhes serve não somente como meio de comunicação, senão também como portadora dos valores socialmente criados, fixados nela (p. 79).

Em termos concretos, como a linguagem pode ser um recurso para a produção de conhecimento sobre as práticas em saúde mental realizadas por uma equipe de saúde? Nesta perspectiva teórica, como se compreende o papel da palavra na constituição da consciência e, portanto, como a análise do conteúdo de

---

<sup>3</sup> “A imagem do reflexo psíquico se manifesta em toda a sua riqueza como experimentando em si aquele sistema de relações objetivas no qual existe realmente o conteúdo por ela refletido. Com maior razão isso se refere à imagem sensível consciente, à imagem do reflexo consciente do mundo” (Leontiev, 1975, p. 44-45). Para Vigotski e seus colaboradores, a consciência individual é, portanto, uma forma especificamente humana de reflexo subjetivo da realidade objetiva, caracterizada também pela parcialidade, ou seja, a imagem sensível do reflexo psíquico é conscientizada enquanto parte da realidade, cujo movimento é independente da existência ou percepção deste movimento pelo ser humano.

entrevistas pode apoiar no entendimento de como a equipe compreende tais práticas, nesta perspectiva? Carone (2001), discutindo a respeito da dialética marxista, aponta que

Os dados empíricos, por mais rigorosos que sejam coletados, permanecem presos às ilusões e inversões ideológicas das representações imediatas dos objetos sociais. Eles necessitam, portanto, ser interpretados e convertidos pela mediação teórica, ou seja, os dados imediatos devem ser mediatizados pela teoria (p. 26).

O que pensa um indivíduo em relação a determinado objeto implica em se compreender o significado deste objeto (no caso, práticas em saúde mental) para ele. Em primeira instância, do ponto de vista psicológico, o significado da palavra é um conceito, uma generalização, cristalizada e estabilizada por intermédio do acúmulo histórico e cultural da prática social humana.

No processo de socialização, no qual os indivíduos tomam contato com a realidade concreta e seus signos e com as outras pessoas e se comunicam, os significados adquirem, para cada indivíduo em particular, a forma de sentidos pessoais, expressando a unidade dinâmica de processos intelectuais e afetivos. Vigotski (1934/2001), ao estudar a formação do pensamento verbal, sintetiza essa relação entre os sentidos e significados da seguinte maneira:

Tomada isoladamente no léxico, a palavra tem apenas um significado. Mas este não é mais que uma potência que se realiza no discurso vivo, no qual o significado é apenas uma pedra no edifício do sentido (p. 465).

A relação entre o pensamento e a palavra é mais bem explicada, assim, pelo movimento dialético de um a outro sendo, então, um processo de desenvolvimento. Na medida em que “o pensamento não se exprime na palavra, mas nela se realiza” (p. 409), o autor considera importante discriminar os planos pelos quais passa o pensamento até que ele se realize na palavra.

No ato de falar, ocorre uma transição do plano interior da linguagem para o exterior: uma linguagem dirigida ao outro, em que ocorre a transformação do pensamento em palavra, sua materialização e objetivação, com predomínio do significado sobre o sentido das palavras. No ato de compreender, a transição muda de direcionamento, do plano exterior para o interior: ocorre uma “evaporação” da linguagem no pensamento, caracterizada por certa fragmentação e abreviação, com predomínio do sentido sobre o significado; porém, “o pensamento não é só externamente mediado por signos como internamente mediado por significados” (Id., *Ibid.*, p. 479).

Leontiev (1978) discute que o conteúdo e a função social do signo se transformam no decorrer do desenvolvimento histórico da humanidade e, portanto, os processos de produção e reprodução social determinam diferentemente as circunstâncias e as formas de apropriação e objetivação, pelos indivíduos, dos signos e, assim, dos sentidos e significados da sua ação. Desta forma, de uma “formação primitiva integrada da consciência”, presente nas formas comunais de produção, pré-capitalistas, teríamos evoluído, na sociedade de classes, caracterizada pela divisão social e técnica do trabalho e pelas relações de propriedade privada dos meios de produção<sup>4</sup>, para uma modificação essencial da relação entre o plano dos sentidos pessoais e o plano das significações sociais historicamente acumuladas.

Nas condições da sociedade de classes, ocorre um afastamento da maioria dos indivíduos com as possibilidades de plena realização das suas

---

<sup>4</sup> Há estudiosos pós-modernos que têm defendido que nos encontraríamos em um estágio de desenvolvimento das forças produtivas no qual seria descabido falar em classes sociais em conflito ou na centralidade do trabalho enquanto atividade prática com o fim de satisfazer necessidades humanas. Reivindicam que o domínio conquistado no campo da ciência e da técnica nos permitiria avançar para uma transição “natural” ao comunismo, em que o trabalho assumiria automaticamente uma forma livre e auto-consciente. Recomendamos, para um exame minucioso e crítico destas posições, a leitura de Antunes (1999) e Lessa (2005), dentre outros.

necessidades, determinando níveis diferenciados de apropriação dos instrumentos e, portanto, dos signos disponíveis e historicamente acumulados, em conformidade com o lugar que o indivíduo ocupa no processo geral de apropriação do trabalho social. Este processo, objetivamente colocado, reflete-se psiquicamente frente às contradições da vida humana nas circunstâncias da sociedade de classes, criando o que o autor denomina os “problemas de consciência” ou “contradições da consciência”: o desenvolvimento desigual dos sentidos pessoais e das significações sociais.

Segundo Aguiar (2001), na pesquisa na abordagem sócio-histórica, a apreensão do significado da fala enquanto unidade do pensamento e da linguagem implica em adotar a palavra com significado como unidade de análise. Neste processo, é possível a identificação de *núcleos de significação*, que expressam formas e conteúdos de realização dos sentidos pelos indivíduos a partir de sua prática concreta e sua inserção histórica e social:

A fala, construída na relação com a história e a cultura, e expressa pelo sujeito, corresponde à maneira como este é capaz de expressar/codificar, neste momento específico, as vivências que se processam em sua subjetividade; cabe ao pesquisador o esforço analítico de ultrapassar essa aparência (essas formas de significação) e ir em busca das determinações (históricas e sociais), que se configuram no plano do sujeito como motivações, necessidades, interesses (que são, portanto, individuais e históricos), para chegar ao sentido atribuído/construído pelo sujeito (p. 131)

Ao explicitar as relações entre o intelecto e o afeto na consciência humana, Vigotski (1934/2001) assinala que “existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda idéia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade

representada nessa idéia” (p. 16). Desta forma, identificar núcleos de significação implica que o pesquisador não se atenha tão somente à dimensão da análise sintática da palavra expressa no discurso, considerando, também, que a “linguagem contém os registros sociais, produzidos historicamente (significados), mas contém, também, os registros pessoais, com as dimensões subjetivas correspondentes: ações, cognições, afetos” (GONÇALVES, 2005, p. 103).

Cabe, finalmente, apontar em linhas gerais o processo concreto de análise que será empreendido na presente pesquisa. O objeto deste estudo, como já foi indicado, são as práticas de produção de cuidados em saúde mental realizadas por uma equipe de saúde da família.

Parte-se, inicialmente, de uma primeira aproximação com o plano das significações sociais destas práticas, dos seus significados, levando-se em conta a inserção social e histórica da atividade da equipe. Considerando o universo da população pesquisada (profissionais que compõem a equipe de saúde) o quê, em síntese, é esperado para a atuação das equipes de saúde da família em termos dos cuidados em saúde mental? Quais são os conceitos, as concepções, a compreensão do papel desempenhado pelas equipes de saúde da família para atuar frente a estas questões, informados pelas diversas instâncias concernentes a esta prática social?

O segundo movimento implica propriamente na identificação dos núcleos de significação das práticas de produção de cuidados em saúde mental para a equipe em particular: o quê, por sua vez, emerge no discurso na qualidade de generalizações, enquanto conceitos, representações, concepções a respeito de tais práticas, considerando a atividade concreta e cotidiana desta equipe de saúde?

Neste segundo momento, é fundamental discutir os sentidos pessoais destas práticas para os profissionais da equipe, individualmente considerados, tendo por referência os núcleos de significação identificados: as concepções sobre as práticas realizadas permitem identificar em que medida, ou como, estas respondem às suas necessidades enquanto apropriação e objetivação dos bens culturais historicamente acumulados e a efetiva realização de seus potenciais humanos?

Neste processo, entende-se que será possível aprimorar a compreensão em torno dos motivos que determinam a forma particular de produção de cuidados em saúde mental pela equipe, construindo-se um quadro analítico abrangente em relação aos sentidos e significados destas práticas, também em relação a equipes de saúde da família que se encontram em circunstâncias semelhantes.

### **Desenvolvimento da pesquisa**

A partir de estudo anterior que investigava as relações de cuidado ao portador de transtornos mentais na família e o papel da internação psiquiátrica nesse processo (VECCHIA & MARTINS, 2005), delineou-se projeto de pesquisa que tencionava analisar práticas e concepções sobre saúde mental emergentes em uma equipe do PSF, fazendo uso da estratégia da pesquisa participante. Posteriormente, o estudo integrou-se como um dos subprojetos do projeto temático “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa de Saúde da Família”.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB, o projeto foi apresentado em reunião da coordenação municipal do PSF de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Uma das equipes presentes nesta reunião manifestou interesse em participar de levantamento de necessidades para

um trabalho em saúde mental, ao informar que problemas de saúde relacionados (depressão, alcoolismo, violência doméstica, doenças crônicas, etc.) têm sido significativos na área de abrangência. Preservados os dispostos da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, consentiu-se pelo início da pesquisa participante juntamente a esta equipe.

Como recurso inicial para a fase de levantamento de necessidades enquanto etapa exploratória da pesquisa realizou-se a sistematização de informações relacionadas aos seguintes aspectos: a) equipes do PSF constituídas no município, b) localização das áreas de abrangência, c) contexto e início das atividades e, d) número e categoria profissional dos componentes das equipes.

O município conta com equipes que atuam em Unidades de Saúde da Família (USF) construídas especificamente para o início das atividades, com a coexistência de centros locais estruturados a partir de ações programáticas realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A abrangência territorial da população de referência das UBS foi reformulada com o início das atividades das equipes do PSF, contando, no período de realização deste estudo, com aproximadamente um ano e seis meses de implantação. Houve ampliação da cobertura assistencial para a atenção básica, na medida em que as equipes localizam-se em regiões periféricas e de urbanização recente com maiores barreiras para o acesso considerando-se, pelo menos, o aspecto da proximidade físico-geográfica.

É possível que a complexa rede de assistência médico-hospitalar disponível no município tenha minimizado a necessidade de implantação mais imediata de uma estratégia de atenção primária cujo maior impacto vem sendo observado, efetivamente, em regiões que anteriormente não contavam com nenhum

tipo de assistência, como no Norte e Nordeste do país (MS, 2003). A constituição das equipes segue de maneira bastante estrita as recomendações do Ministério da Saúde em termos do número mínimo de profissionais e sua categoria de origem: a equipe pesquisada contava com um profissional médico e um de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais<sup>5</sup>.

A aproximação com a equipe pesquisada se deu a partir da apresentação e discussão do projeto de pesquisa para a enfermeira responsável pela coordenação da equipe, com confirmação antecipada de horário para a realização de entrevista individual com cada um dos membros, de modo que não houvesse concorrência com atividades anteriormente programadas.

Informou-se, nesta ocasião, que ações de promoção, prevenção e/ou assistência relacionadas com as demandas em saúde mental identificadas vinham sendo realizadas na unidade: grupo de artesanato, grupo de alcoolistas, acompanhamento terapêutico com portadores de depressão, grupo de caminhada. Destacaram, também, algumas das dificuldades que depois seriam constatadas nas entrevistas, como: a necessidade de um suporte profissional mais específico, a necessidade de formação na área de saúde mental, as dúvidas e dificuldades em relação ao encaminhamento para a atenção especializada quando necessário.

Antes da realização de cada entrevista, solicitou-se o fornecimento de informações destinadas à caracterização da população pesquisada: foram entrevistados os doze membros da equipe, cujos componentes são, em sua grande maioria, do sexo feminino (91,7%), com uma média de 29,2 anos de idade, tendo 75,0% cursado o nível médio, 8,3% superior incompleto e 16,7% pós-graduação.

---

<sup>5</sup> Atualmente, há aproximadamente dois anos e meio de início das atividades, a equipe ampliou-se com a atuação de uma equipe de saúde bucal e, eventualmente, de um profissional de saúde mental.

Também em termos médios, contam com 3,1 anos de experiência na profissão e 1,8 anos de atuação no PSF.

Ainda que não se conte com informações comparativas das outras equipes constituídas no município, pode-se afirmar que é uma equipe jovem, com pouco tempo de experiência na profissão e que, na sua maioria, têm no PSF uma primeira oportunidade de trabalho. Considerando-se que metade da equipe são ACS e que o início de sua atividade na equipe é concomitante à implantação do PSF no município, observa-se que a média de 0,8 ano de tempo de experiência na profissão e de atuação no PSF sugere haver certo nível de rotatividade dentre estes profissionais. Além disso, consiste em um subgrupo ainda mais jovem da equipe pesquisada, com média de 25,8 anos de idade.

A observação participante foi adotada como estratégia para apoiar a identificação dos núcleos de significação, com o acompanhamento de visitas domiciliares em situações avaliadas como de interesse da área de saúde mental, reuniões de equipe, observação em sala de espera e atividade em grupo de apoio com alcoolistas. Recordando o que aponta Cruz Neto (1999) em relação à observação participante

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (p. 59).

Houve registro integral das entrevistas realizadas, com posterior transcrição, adotando-se também um protocolo de observação participante, com registro em diário de campo, constituindo-se ambos no *corpus* desta etapa da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada partiu da seguinte pauta: 1) histórico profissional anterior à inserção do profissional no PSF, com ênfase na experiência relacionada à saúde mental (cursos, treinamentos, formação acadêmica, experiência pessoal, etc.); 2) a inserção em uma equipe do PSF (processo da seleção, acolhimento na equipe, percepções e expectativas em relação ao trabalho); 3) cursos e treinamentos realizados enquanto componente de uma equipe do PSF no que se trata à formação para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde mental; 4) percepções, sentimentos, opiniões a respeito de portadores de transtornos mentais e pessoas em condição de sofrimento psíquico, bem como da sua relação com os familiares e, destes, com a equipe; 5) encaminhamentos instituídos pela equipe em relação a estes casos bem como seu manejo cotidiano, além das principais possibilidades percebidas e dificuldades enfrentadas.

### **Análise de sentidos e significados**

Como ponto de partida para a análise das concepções relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental da equipe de saúde da família estudada, a partir da perspectiva teórico-metodológica adotada, procura-se, a seguir, sumarizar os significados desta prática social tendo-se por referência suas instâncias responsáveis.

A revisão realizada apontou que a continuidade da atenção em função da adscrição da clientela, favorecendo a constituição de vínculos, a gestão coletiva do cuidado em equipe multiprofissional e o recurso a estratégias de acolhimento da demanda são questões importantes em termos de princípios operacionais do PSF. São relevantes as implicações, neste processo, da inclusão do agente comunitário de saúde (ACS), incorporando cotidianamente a atividade de visita domiciliar.

Procura-se atuar a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, numa imbricação entre saberes clínicos, epidemiológicos e ferramentas de gestão, nos marcos da vigilância à saúde. Isto possibilitaria ampliar a apreensão das necessidades em saúde e a reorganização da oferta conforme a demanda/encargos da atenção à saúde, para o que se requer adequado dimensionamento de pessoal, formação continuada e a participação popular. Deve-se levar em conta, nesse sentido, a complexidade epidemiológica do trabalho na atenção primária à saúde ainda que, na maior parte das situações, as ações de saúde desenvolvidas requeiram certa simplicidade técnica e instrumental.

Especialmente no que se refere aos cuidados em saúde mental, a estratégia de saúde da família favoreceria superar os riscos de psiquiatrização e psicologização dos problemas sociais a partir de práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico, com foco no território. O PSF se estabeleceria, assim, enquanto porta de entrada para a saúde em geral e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto porta de entrada para a saúde mental. Nota-se, com efeito, que os princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, refletidas no PSF, encontram ressonâncias nas propostas de desinstitucionalização: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersectorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional.

A partir das entrevistas realizadas<sup>6</sup>, observa-se que um dos núcleos de significação emergentes consiste na concepção de que *condições de vida são importantes determinantes do processo saúde-doença* da população adscrita. Em diversas ocasiões, os profissionais observam que as práticas de cuidados em saúde

---

<sup>6</sup> Os nomes atribuídos aos entrevistados são fictícios, para a garantia de sigilo e anonimato.

mental dependem da articulação de um conjunto de condições, como a própria organização do sistema de atenção à saúde e o acesso aos equipamentos sociais. Expressam uma compreensão do sofrimento psíquico enquanto também sendo influenciado por tais condições, não seguindo um curso “natural”, na medida em que diversas doenças são também determinadas por componentes psicológicos. Algumas falas evidenciam esta questão:

A gente encontra muitos obstáculos, né? Às vezes não dá pra ajudar as pessoas do jeito que a gente queria, né? Aí entra tudo, assim... As dificuldades financeiras das pessoas, da remuneração e... Moradia... É coisa que não dá pra gente interferir muito, né? Muitas vezes, eu me sinto frustrada de ver as pessoas passando necessidade. (Glória)

Então eu acho que o impacto mesmo só os grupos, o vínculo entre a comunidade, entre eles mesmos. Que é a potencialidade que cada um tem. E na consulta a gente sempre procura estar dando este enfoque da vida social, dos problemas, do que incomoda. (Leandra)

A gente conhece toda a família da pessoa e vê se pode ser realmente saúde mental. O que está... O que está afligindo a pessoa pra ela estar fazendo aquilo. A grande maioria é depressão. Muita depressão relativa à família, marido, problema na vida... A maioria dos casos. (Isabel)

Conseqüências de muito... Desencadeante externo. Agressão, perda familiar, em razão de desemprego... Muito contexto ruim que vai pressionando as pessoas e elas vão adoecendo. (Karina)

Há, porém, sentidos diversos e até mesmo contraditórios entre si se analisarmos mais atentamente tais assertivas: para Glória, isso implica em esbarrar em circunstâncias que são praticamente impossíveis de mudar (“*não dá pra interferir muito, né?*”); Leandra considera que se trata de uma questão de atitude do profissional (“*a gente sempre procura estar dando este enfoque*”), enquanto para

Isabel e Karina as condições de vida permitem identificar causas suficientes para o adoecimento (“*depressão relativa a problema na vida*”, “*contexto ruim que pressiona*”).

Outro núcleo de significação emergente refere-se à importância de *recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta*. Referem, desta forma, à necessidade de utilizar uma variedade de recursos (atividades em grupo, estratégias de educação em saúde, visitas domiciliares, etc.), além da medicação, para possibilitar o cuidado integral à saúde, inclusive dos portadores de transtornos mentais:

À medida que você vai tirando da pessoa o que é que é melhor pra ela é que a gente vai conseguindo... Achar soluções, né? Depois é difícil você colocar na cabeça da pessoa que se ela ir pra um lugar desses [CAPS] ela vai obter um tratamento. De uma terapia ou de um trabalho de um artesanato, de alguma coisa que vai melhorar. Porque eles estão muito acostumados ao remédio. Tomar Diazepan, tomar calmante e dormir, entendeu? (Maria)

Aqui é uma das unidades onde os auxiliares coordenam grupos, os agentes comunitários coordenam grupos. Isso eu acho que é... Que é um pouquinho já do trabalho de educação em saúde que eles priorizam. Eu acredito que a saúde mental seja trabalhada em grupo e na conversa. (Leandra)

Eu não sei se eu vejo errado. Mas a sensação é que, por exemplo, os pacientes não estão melhorando, não há uma intervenção, assim... De discussão, abrir aquele caso, sei lá: põe mais um remédio. Aí fica quatro, cinco, seis remédios. A minha sensação é que só está enrolando o paciente. Essa é a minha sensação. Eu não tenho conhecimento pra dizer que é isso. (Karina)

Aqui, também, os sentidos atribuídos à utilização de estratégias diversas no cuidado são heterogêneos. Maria considera que diversificar as estratégias é um desafio (“*eles estão muito acostumados ao remédio*”); Leandra, que o trabalho de

educação em saúde é também um recurso para o desenvolvimento dos profissionais (“os auxiliares coordenam grupos, os agentes comunitários coordenam grupos”) e, para Karina, diversificar as estratégias possibilita ampliar a resolutividade e reduzir a iatrogenia (discutir o caso, abrir o caso).

Um terceiro núcleo de significação que ilustra a diversidade de sentidos conferidos aos significados das práticas de atenção à saúde mental da equipe refere-se à *atenção à saúde mental dos próprios profissionais da equipe*. Referem a necessidade de “descarregar”, de “não levar os problemas pra casa”, encontrando-se muitas vezes sobrecarregados em ouvir e conversar sem dar encaminhamento ou solução para determinadas demandas verificadas no cotidiano do trabalho, sensibilizando-se com as necessidades das pessoas. A demanda por um espaço que possibilite a discussão do trabalho cotidiano e não se restrinja aos procedimentos administrativos é expressa de forma mais significativa pelos agentes comunitários:

Porque agora que a gente chega ali na... No meio do povo... É diferente. Você vê que é diferente. Tem as dificuldades... Tem muita coisa. Doença, pessoas passando necessidade... Então é... Não é fácil [voz embargada]. (Ismélia)

Então é trabalhar um pouco nós, um pouco a nossa cabeça, pra descarregar um pouco. Pra gente estar preparado depois pra encontrar o problema lá fora. Porque se você está carregado, como você vai receber do outro? (Maria)

Porque chega em casa, assim, meia... Porque pega, né? Porque mais que a gente tente não pegar, a gente acaba pegando um pouco pra gente. Eu, pelo menos, me falta experiência.... (Glória)

Ismélia, bastante sensibilizada, se expressa no sentido de que o contato mais próximo com a população implica em cotidianamente tomar consciência das

suas muitas necessidades (“doença, pessoas passando necessidade”). Para Maria é necessário um espaço para “desabafar” (“trabalhar um pouco nós, um pouco a nossa cabeça”) e Glória considera que a própria experiência cotidiana exerceria um fator de proteção à sua saúde mental.

Significados e sentidos distintos são, por sua vez, atribuídos ao *papel da família no cuidado dos portadores de transtornos mentais*, não sendo possível identificar um núcleo de significação que permita abranger uma concepção relativamente uniforme da equipe a este respeito. Consideram que a família às vezes adocece junto, por encontrar-se sobrecarregada com as necessidades de cuidados intensivos ou ainda por não saber como lidar com a sintomatologia do transtorno mental, mostrando-se muitas vezes impacientes ou agressivos com o familiar. Vêem como uma dificuldade a população entender como funciona o tratamento e o próprio contato com o PTM: fica trancado em casa, é impaciente com outras pessoas. Relatam não haver nenhum trabalho planejado da equipe neste sentido, mas expressam sua necessidade.

Tem casa que [o PTM] é bem aceito. Tem casa que não. Depende da família, né? Eles tratam de uma forma diferente. Se é a mãe, assim... A gente percebe que às vezes não tem paciência. (Ismélia)

Tem caso de família que... O tratamento com eles é muito, muito bom. Mas tem caso que é... Extrema rejeição. Nesses casos de rejeição, não é a família quem procura [a USF]. É alguém de fora que vem nos procurar, sabe? Porque a família está maltratando. A família já não procura por isso. (Isabel)

A família sofre muito. Primeira coisa que você acha: entrou em surto, é porque a família não está dando a medicação. Que não está cuidado direito. Mas o papel do cuidador é muito difícil. Eu não sei trabalhar muito bem com esses sentimentos que geram no contexto

familiar, que é super complicado. Na medida do possível, eu ajudo com as orientações e ao estar ao lado. (Leandra)

Quando as pessoas começam um tratamento... Eu falo, assim, no caso do alcoolismo. A família tem que... É junto. Pra ajudar, pra incentivar, pra lembrar da reunião... Pra ver como é que é. A família tem que estar em conjunto. (Glória)

Eu falei, “como está sendo a reação da sua família quanto a essa depressão que você está tendo? Eles estão compreendendo? Eles estão te ajudando? Porque se eles te ajudarem, é cinquenta por cento do tratamento”. (Ester)

Há outros dois núcleos de significação que, tanto por terem sido mencionados por praticamente todos os entrevistados, quanto pela relevância que possuem enquanto características centrais da estratégia de saúde da família, contribuem de forma importante na compreensão das concepções a respeito das práticas em saúde mental da equipe. O primeiro deles consiste no significado atribuído ao *acolhimento como recurso terapêutico*:

Já têm uma confiança, né? Porque chegam e falam muito. Tudo o que acontece... Eles se abrem muito mesmo. Porque é uma forma de desabafar também. E, às vezes, a gente sai até meio... Sobrecarregada. (Glória)

É... Que a gente já tem um vínculo, né? Então a gente já... É... Pergunta como está, pergunta como é que está a medicação... Então é por aí que a gente entra. Aí a pessoa começa a relatar. E aí, a gente tem que ir entrando, assim... Às vezes com o pai, com a mãe, pra perguntar. (Maria)

Às vezes a pessoa senta pra conversar com a gente e você vê que ela não quer levantar. A pessoa tem carência de sentar e ficar conversando aqui com a gente. Às vezes não é nada. Quantos eu não falo: “ah, dona Maria... Vai lá, toma um chazinho...” (Isabel)

Pergunto, pergunto, pergunto, pergunto, pergunto, pergunto... Se eu vejo que a pessoa está... Se fechando, se ela não responde pra mim, né? Aí eu relaxo. Começo a pergunta de outra forma, né? Quando ela dá abertura pra eu perceber o que está afligindo ela, aí eu consigo perceber. Se é uma depressão, se é... Né? Geralmente, a pessoa, na terceira palavra, ela já começa a chorar e... A pessoa já vem se entregando, né? Ela já vem querendo conversar. (Ester)

Outro núcleo que expressa uma unidade importante em torno de sentidos e significados consiste na questão da *constituição de vínculos e continuidade nos cuidados em saúde*:

Pra essa parte de saúde mental foi bom [refere-se ao PSF]. Porque é mais fácil a gente ir lá, abordar e saber o porquê disso. Porque às vezes a pessoa não... São muitas barreiras que a gente tem que atravessar. É difícil. Nossa... A gente não tem aquele apoio que precisaria, né? (Joana)

Não na primeira visita, mas depois de algumas visitas que a pessoa pega um pouquinho de confiança, aí ela se abre. Aí ela fala que tem problema com o marido que é alcoolista... Conta um caso que se passa... (Renata)

E tem que cuidar bem de perto porque tem que... Todo dia vendo essa família... Todo dia, todo dia, todo dia. Literalmente, todo dia fazer a visita pra essa família pra ver como é que está. Então, exige bastante. (Renata)

Pra nós, agentes comunitários, o paciente de saúde mental parece que eles prendem mais a gente. Parece que eles prendem mais. É que nem os acamados. A gente fica mais preocupado, assim, com eles. (Maria)

A necessidade de “cuidar de perto” (acompanhando, às vezes, diariamente), o uso da conversa como recurso terapêutico (saber ouvir, dar uma atenção especial, atender com calma e paciência), a importância de “colocar-se no lugar da pessoa” e de tratar o portador de transtorno mental como qualquer outra

pessoa para que seja possível adquirir confiança e constituir vínculos, entre outras questões assinaladas acima são viabilizadas por conta da própria forma de organização da assistência suscitada pela estratégia de saúde da família.

Entende-se que, nesta questão, há um sentido que pode ser assinalado enquanto unificador das concepções da equipe, distintamente dos demais núcleos de significação elencados: *a saúde da família enquanto possibilidade de ruptura com o núcleo exclusivamente biomédico de abordagem do processo saúde-doença*. Desta forma, seja em razão do próprio processo de acolhimento ser significado como um momento terapêutico, seja em razão da organização do trabalho viabilizar um acompanhamento continuado de problemas de saúde, pode-se observar que o sentido de ampliação da percepção das necessidades em saúde suscitada pela estratégia de saúde da família está presente com homogeneidade relevante.

## **Discussão**

Foi possível observar, durante a realização das entrevistas, que as questões relacionadas à atenção à saúde mental mobilizavam inúmeras preocupações por parte de todos os entrevistados independentemente de sua origem funcional na equipe. Tais preocupações se expressam desde a sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico até os temores relacionados com a possibilidade de que sintomas agressivos fossem deflagrados durante as visitas domiciliares.

Tomando-se o conjunto da produção de cuidado em saúde mental da equipe, nota-se que, efetivamente, não há formação e experiência precedente sistematizada pela grande maioria dos seus membros, com exceção de momentos pontuais na formação dos profissionais de nível superior. Aparentemente, há forte

incorporação ideológica dos princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica brasileira, ainda que de forma fragmentada, sinalizando, porém, condições favoráveis para a promoção da atenção à saúde mental em base comunitária:

A gente gostaria muito de um treinamento de saúde mental, porque é uma coisa muito legal. Eu acho muito legal e as meninas também sempre falam. Porque a gente está muito perto. Então, isso daí, seria um pouco nós. Trabalhar nós um pouco pra resolver essa situação. (Maria)

Projeto, assim, de... Atividade, de arte, estas coisas. E é importante este tipo de atividade pra desenvolv... Pra trabalhar as mulheres, né? Que às vezes você vê que está entrando em um quadro de depressão... A gente tenta ajudar com esses recursos. Porque ajuda. Bastante. (Renata)

A gente vê as meninas, assim... Quer dizer, uma vontade de participar, uma vontade de estar realmente junto da comunidade, sabe? Elas já estão, assim... É... Sendo criativas. As coisas já vêm delas. (Karina)

No trabalho cotidiano, até onde se pôde perceber através da análise das entrevistas, a atenção diferenciada dispensada aos portadores de transtornos mentais é significada na sua subordinação ao caráter generalista da produção de relações de cuidado, independentemente das especificidades de um projeto terapêutico-pedagógico de cuidado à saúde mental. Nestas circunstâncias, há uma tendência em se considerar uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, incluindo dimensões psicossociais e os determinantes da condição de vida da população da área de abrangência na identificação de situações que demandam atenção em saúde mental pela equipe estudada.

Os relatos permitem observar, também, que o recurso ao especialista em saúde mental é considerado relevante a partir de situações avaliadas como de

urgência e na necessidade de instrumentalização técnica e apoio com discussão de casos, ressalvadas as situações que, antes mesmo da abertura da USF, já vinham sendo acompanhadas na atenção especializada. É possível observar iniciativas importantes no sentido de se evitar a internação psiquiátrica através do acompanhamento dos egressos, orientação aos familiares e esforço para evitar a medicalização do sofrimento psíquico. Especificamente em relação ao cuidado na família, os entrevistados reiteram as dificuldades cotidianas vivenciadas por familiares cuidadores de portadores de transtornos mentais que têm sido informadas por vários estudos (TSU, 1993; MORENO, 2000; BRÊDA & AUGUSTO, 2001; MELMAN, 2001; ROSA, 2003, RIBEIRO, 2003).

Nota-se, além disso, que há uma importância atribuída a problemas relacionados aos encaminhamentos para a atenção especializada, ao questionamento da precisão do diagnóstico realizado, ao desconhecimento da proposta da estratégia de saúde da família por parte da população e à necessidade de suporte especializado para a equipe:

Às vezes o pessoal reclama que... A gente... Às vezes vem e não consegue atendimento. Porque é puxado: são quase cinco mil pessoas pra duas pessoas... Assim... Bem dizer, a médica e a enfermeira. (Joana)

Eles estavam acostumados à Unidade Básica de Saúde. Que nem, eles iam no [bairro] e lá tem um profissional pra cada coisa. O ginecologista, o pediatra e tudo. Aqui tem um profissional só, que é geral e que atende a todas as... Tanto a criança, como o adulto, como qualquer coisa. (Renata)

Eu acho que tem como trabalhar [o atendimento a portadores de transtornos mentais]. Desde que tenha uma pessoa pra fazer isso. Mas teria que ser uma pessoa ou duas pessoas. Referidas. Pra fazer isso. (Ester)

Eu gostaria muito de ter discussão de caso clínico. Assim... De ter uma equipe com quem a gente pudesse discutir os casos complicados. Mesmo que não fosse pra gente seguir, se fosse pra gente encaminhar, mas que a gente pudesse ter um mínimo de manejo daquilo. (Karina)

Aparentemente, no que tange aos cuidados em saúde mental, pessoas que demandam atenção especializada já vinham sendo acompanhados. No seu conjunto, porém, a equipe não percebe contar, tecnicamente, com instrumentos que possibilitem discriminar, pelo menos de forma mais imediata, as situações que podem ser cuidadas por profissionais generalistas e aquelas em que há necessidade de encaminhamento especializado. Em decorrência de os determinantes e fatores de proteção da condição de sofrimento psíquico não serem tão imediatamente evidentes e/ou apreensíveis e na medida em que o cuidado dos PTM tende a se estender no decorrer do tempo, exigindo diversas ações intermediárias, afirma-se ser mais difícil tratar de outros problemas de saúde quando está presente o sofrimento psíquico.

### **Considerações finais**

O vínculo e a continuidade da atenção evidenciam cotidianamente para a equipe que os cuidados em saúde mental requerem uma abordagem ampliada, sendo significados na mediação de condições sociais como o trabalho, as relações intrafamiliares e o apoio social e comunitário. O acolhimento como recurso terapêutico e o vínculo e continuidade da atenção enquanto possibilidades de ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença tem sido destacado por alguns estudos enquanto uma potencialidade

importante da estratégia de saúde da família, o que também se verificou no presente trabalho (SCHIMITH & LIMA, 2005; GOMES & PINHEIRO, 2005).

Quando se analisam as formas pelas quais as condições de vida da população são apontadas enquanto determinantes do processo saúde-doença, é justamente o fato de se deparar cotidianamente com o enfrentamento das dificuldades sócio-econômicas da população atendida que parece implicar esta percepção ampliada. Na medida em que a área de abrangência da equipe é uma região periférica e de urbanização recente, cujos moradores, de uma maneira geral, são operários de indústrias da região e trabalham na lavoura, identificar as condições de vida traz a constatação aos profissionais de que há circunstâncias que são “impossíveis de mudar”, sabendo-as determinantes de processos de adoecimento.

Ainda que seja extremamente importante que o processo saúde-doença seja devidamente contextualizado frente às condições de vida, inclusive como forma de se ampliar a percepção de necessidades em saúde e as próprias possibilidades de assistência, há um risco que é permanente nesta situação que é o de naturalização de tais circunstâncias, que poderiam ser vistas como eternas, imutáveis e não enquanto determinadas por uma específica forma de organização social. Na medida em que as “possibilidades de mudar” são dadas pela necessidade de ações intermediárias, não-imediatas, a tendência é que se remeta à sua impossibilidade.

A própria abertura para outros recursos para além do enquadre clínico da consulta possibilitada pela forma de organização do trabalho no PSF contribui para esta percepção ampliada, ao passo que a equipe procura diversificar as estratégias de assistência oferecendo, além das consultas, atividades em grupo e outras

atividades comunitárias, bem como incorporando cotidianamente as visitas domiciliares também enquanto estratégia de assistência. Tomar consciência das inúmeras dificuldades que a população atendida vivencia neste processo é também uma fonte de sofrimento para os profissionais, o que fica evidente quando, nas entrevistas, se referem à saúde mental da própria equipe. A fala de uma agente comunitária é muito ilustrativa neste sentido:

De repente você consegue tirar da família que o problema dela é que ela não tem nada pra comer. Aí você chega aqui no posto e fala... E daí aonde nós vamos recorrer? Não tem assistente social que possa dar uma cesta básica, entendeu? É uma luta grande. Então tem certas circunstâncias que nós agentes ficamos entre a cruz e a espada. A gente não sabe como resolver, né? É muito tumultuado, né? Essas coisas. Pra nós.

Ao mesmo tempo, visualizam que a possibilidade de constituir espaços onde possam discutir o próprio processo de trabalho pode minimizar o sofrimento vivenciado com este contato muito imediato com as circunstâncias que produzem adoecimento. Com efeito, estudos têm apontado que estratégias educativas e terapêuticas na forma de supervisões externas são eficazes no sentido de acolher questões entendidas pelos profissionais enquanto necessidade de “descarregar” ou cujo enfrentamento pode ser potencializado através da reflexão sobre sua atividade cotidiana (PEDUZZI & PALMA, 2000; REIS & HORTALE, 2004; MATUMOTO et. al 2005; SILVA & TRAD, 2005).

Esta questão remete também à discussão a respeito dos limites e possibilidades colocados para os processos de formação e de educação permanente dos profissionais. A “entrada em cena” das condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença, bastante evidente na estratégia de saúde da família, impõe aos profissionais um processo de instrumentalização em torno de habilidades e competências necessárias para o

cuidado em saúde em que é relevante a necessidade de ampliação do núcleo biomédico de determinação do processo saúde-doença.

Se, por um lado, isso é entendido como a necessidade de mudança de atitude, a própria diversificação das estratégias de assistência exige um processo de desenvolvimento profissional que não se observou estar sendo realizado de forma sistemática e que pode auxiliar no desafio de superar uma cultura medicocêntrica e de medicalização do sofrimento.

É relevante indicar também que a análise apontou muito claramente como a equipe, pelo menos até onde se pode notar através das entrevistas e da observação participante, ainda vivencia dificuldades quanto à abordagem da família, seja em situações em que está presente o sofrimento psíquico, seja enquanto unidade de cuidado à saúde de uma forma geral:

A minha... Grande pergunta é essa: se é atendimento de família, a gente não faz. Quando é que a gente vai fazer atendimento de família? Não dizem que PSF é atendimento de família? Não faz. Não faz. Isso é só idéia, né? Com o tempo, eu acho, assim, pode ser que... Sem querer pode ser que a gente vá conhecendo todo mundo e faça a interligação...

Na medida em que a equipe iniciou suas atividades em uma área que anteriormente contava com barreiras geográficas importantes para o acesso, é possível cogitar que necessidades “escondidas” de atenção à saúde sejam identificadas e demandem resolutividade mais imediata no atendimento de uma população anteriormente não adscrita pelo sistema de saúde.

Neste sentido, deve-se levar em conta que, possivelmente, o contexto de implantação recente do PSF no município pode ser uma mediação importante para que dificuldades significativas relacionadas com o acesso, universalização e integralidade das estratégias de atenção à saúde sejam apresentadas. Por outro

lado, isso sugere que não houve um adequado dimensionamento dos recursos necessários, para o que concorrem ferramentas epidemiológicas e de gestão. O estrangulamento das referências especializadas é fator de estresse e impacta negativamente para a resolutividade/eficácia neste nível de atenção à saúde, de uma forma geral, inclusive na atenção à saúde mental. Neste particular, pelo que se pôde observar, a efetiva constituição de uma rede de serviços e dispositivos de cuidado em saúde mental ainda requer aprimoramentos.

### **Bibliografia**

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 129-140.

ALVES, D. S. N.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p. 221-240.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, jun. 1997.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999. 258p.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CARONE, I. A dialética marxista: uma leitura epistemológica. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) *Psicologia social: o homem em movimento*. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 20-30.

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. *SaúdeLoucura 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-32.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 12. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999. p. 51-66.

FERNANDES, M. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral, 1999. 332p.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GONÇALVES, M. G. M. O método de pesquisa materialista histórico e dialético. . In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs.). *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 86-104.

LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p. (*SaúdeLoucura*, 7)

LEONTIEV, A. N. *Actividad, conciencia, personalidad*. Habana: Pueblo y Educación, 1975. 249p.

LEONTIEV, A. N. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência. In: \_\_\_\_\_. *O desenvolvimento do psiquismo*. Trad. Manuel D. Duarte. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978. p. 89-142.

LEÓNTIEV, A. N. Artigo de introdução sobre o trabalho criativo de L. S. Vigotski. In: VIGOTSKI, L. S. *Teoria e método em psicologia*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 425-470.

LESSA, S. *Para além de Marx? Crítica da teoria do trabalho imaterial*. São Paulo: Xamã, 2005. 99p.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 2. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979. 138p.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

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

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Revista Brasileira de Atenção Materno-Infantil*, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.

MORENO, V. *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico*. 2000. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-250.

PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.

RIBEIRO, M. B. S. *Estudos de características familiares de usuários de uma associação civil para a reabilitação psicossocial*. 2003. 132p. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2003.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SILVA, R. C. *O trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: algumas reflexões sobre as funções da Psicologia na atenção primária à saúde*. 1988. 2v. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

TSU, T. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP/Vetor, 1993.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. *O cuidado de portadores de transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica*, 2005. 24p. Trabalho não publicado.

VIGOTSKI, L. S. (1934) *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 496p.

VYGOTSKI, L. S. (1931). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Tradução de Lydia Kuper. Madrid: Visor, 1995, p. 47-119. (*Obras Escogidas, III*).

## DESDOBRAMENTOS DO PROCESSO DE PESQUISA PARTICIPANTE

Em sua vertente militante, a pesquisa participante, ainda na década de 1960, reivindicava que a Universidade deveria sair à rua e estudar a vida cotidiana para contribuir com soluções e explicações para os problemas advindos de uma realidade de dominação e carência de poder na América Latina.

A superação de questões relacionadas aos efeitos da colonização, da pobreza e da dependência, assim, demandaria a realização de estudos científicos dos processos que geram essa realidade e que poderiam contribuir na condução de transformações sociais. São utilizadas estratégias tais como a “devolução sistemática” e estudos verificavam a importância de se construir “memória coletiva” juntamente com a população pesquisada, visando à restituição do conhecimento adquirido através da recuperação crítica da base cultural tradicional, deslocando o eixo da produção de conhecimento cujo único beneficiário seria a Universidade (MONTERO, 1994).

Em decorrência deste movimento, se inicia um processo de questionamento do modelo positivista na pesquisa social, o positivismo sociológico. As principais críticas recaíam no caráter de suposta neutralidade da produção de conhecimento, na medida em que o conhecimento cientificamente válido deveria se ater aos fatos e não aos valores. Neste sentido, para o positivismo, conforme Minayo (2000), “as ciências sociais, para analisar determinado grupo ou comunidade, têm que descobrir as leis invariáveis e independentes de seu funcionamento” (p. 39).

No Brasil, no final dos anos 1970, com a “distensão gradual e progressiva” da ditadura, no processo de redemocratização, coloca-se também uma crítica à elitização das profissões e ao afastamento da Universidade dos movimentos sociais

(LANE, 2001). A aproximação com os movimentos populares ocorre tanto por pressões dos próprios movimentos quanto pelo questionamento do papel da Universidade que se dá em seu interior.

Na história mais recente, inclusive em decorrência de conquistas obtidas na reivindicação de direitos sociais básicos, observam-se pesquisas participantes que têm se voltado para espaços de representação da sociedade civil e de controle social, como conselhos locais e municipais de saúde, conselhos tutelares, etc. (PEDROSA, 1997; CORREIA, 2003; MARTINS, 2005; MACEDO & SILVA, 2005).

Ao término deste procedimento de análise de sentidos e significados das práticas em saúde mental da equipe estudada, em continuidade aos procedimentos da pesquisa participante proposta, solicitou-se à coordenação da equipe uma “reunião devolutiva”, quando foi possível expor esta análise e, realizando a avaliação das possibilidades de trabalho conjunto, propor encaminhamentos práticos. A equipe assinalou e discutiu aspectos apresentados pelos pesquisadores durante a exposição, esclarecendo e aprimorando a análise.

Antes da exposição, as necessidades de ação decorrentes do processo de análise foram categorizadas em dois conjuntos de atividades para as quais os pesquisadores poderiam contribuir na operacionalização de um trabalho em saúde mental, da seguinte forma: 1) ações para as quais a equipe pode atuar de maneira mais imediata (realizar atividades de orientação para o cuidado com os familiares; montar um grupo específico com os portadores de transtornos mentais na unidade; organizar um grupo na equipe para discussão de casos; realizar ações em saúde mental relacionadas com as visitas domiciliares, e organizar um grupo de formação em saúde mental para a equipe) e 2) ações para as quais a equipe necessitaria de ações intermediárias (organizar um sistema efetivo de fluxo e contra-referência;

contar com profissional de referência para suporte técnico e assessoria; aprimorar o transporte para a utilização dos outros serviços do município de atenção diária à saúde mental; organizar um sistema de informação por grupos de problemas de saúde, e contar com profissional de saúde mental na equipe).

Na ocasião, a equipe reiterou a relevância para o trabalho cotidiano das propostas levantadas; porém, optou em votação pela organização de um grupo de formação em saúde mental para a equipe. Cogitou-se que houvesse a participação de todos os membros da equipe neste trabalho, que foi organizado na forma de uma “oficina”, entendendo-se, aqui, em um de seus sentidos etimológicos, como “espaço de transformação”. A Oficina de Formação em Saúde Mental viabilizou-se no horário destinado à reunião da equipe, planejada inicialmente para ocorrer em periodicidade quinzenal, em aproximadamente dez encontros.

Os primeiros encontros foram dedicados à discussão sobre alguns marcos referenciais importantes a respeito dos cuidados em saúde mental na atenção primária à saúde, em caráter introdutório: as mudanças sobre o entendimento da loucura no decorrer da história, informações epidemiológicas sobre a prevalência de transtornos mentais comuns, a desinstitucionalização e as reformas psiquiátricas, a atenção à saúde mental em base comunitária, a família e o portador de transtornos mentais e a reabilitação psicossocial. À apresentação e discussão em grupo dos temas seguia uma discussão de casos. A equipe passou a avaliar que os temas propostos inicialmente poderiam se desdobrar do decorrer da Oficina em encontros temáticos, contemplando uma instrumentalização efetiva para os cuidados à saúde mental requeridos na prática cotidiana do conjunto da equipe.

Na seqüência, foram organizados textos específicos para o trabalho da Oficina; primeiramente, sobre atenção primária à saúde mental e, a seguir, sobre a

abordagem da família no PSF. Esta demanda confirmou a análise realizada, quando se observou que as práticas de atenção à saúde mental da equipe tendem a ser realizadas em estreita associação ao cuidado a condições de saúde mais gerais. Somente nos últimos encontros os participantes retomam a preocupação com os transtornos mentais mais prevalentes. Os encontros temáticos da Oficina, então, foram organizados a partir de um “mapeamento” inicial das situações de interesse em saúde mental que são atendidas nas microáreas de abrangência, tendo-se por referência o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

A partir de uma categorização, os participantes observaram que as três situações de maior prevalência eram, na ordem, as seguintes: 1) depressão, 2) abuso de álcool e outras drogas e 3) violência intrafamiliar. Discutindo sobre a forma de se tratar os temas na Oficina de Formação, a equipe coloca que são poucas as situações em que estes problemas aparecem isoladamente, sendo mais comum enfrentá-los em um conjunto de circunstâncias cotidianas. Na medida em que se passa a discutir sobre a forte dependência entre as condições de vida da população atendida e a necessidade de ação planejada nos cuidados em saúde, foi possível encaminhar-se de modo que práticas de atenção à saúde mental fossem ressignificadas.

Não é o objetivo, no presente trabalho, analisar pormenorizadamente a Oficina de Formação em Saúde Mental e seus desdobramentos para o trabalho da equipe, o que se pretende realizar em estudo posterior. Cabe, aqui, afirmar que, por intermédio da análise do processo grupal, tem sido possível um processo de reflexão sobre as práticas vividas, problematizando-se a gestão dos serviços e o processo de trabalho da equipe tanto no que se relaciona com a produção de atenção à saúde mental quanto de uma forma geral. Entende-se que tais práticas e

seus significados podem ser repensados, refletidos coletivamente e reendereçoadas, partindo-se do princípio que vivência e reflexão sobre as práticas vividas são necessárias para a mudança e o enfrentamento coletivo do desafio de produzir transformações com substanciais reflexos no trabalho cotidiano da equipe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 129-140.
- ALEIXO, J. L. M. Atenção primária á saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.
- ALVES, D. S. N. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 167-176.
- ALVES, D. S. N.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p. 221-240.
- AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, jun. 1997.
- AMARANTE, P. D. C. (Org) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 136p.
- AMARANTE, P. D. C. *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141p.
- AMARANTE, P. D. C. 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, 1997. p. 163-185.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS JUNIOR, T. *Por que a Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.esf.org.br>. Acesso em: 30 set. 2002.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999. 258p.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003. 268p.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BODSTEIN, R. C. A.; FONSECA, C. M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R. et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1989. p. 68-90. (Saúde e realidade brasileira, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria Executiva/Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 24 jul. 2005.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CABRAL, B. et al. 2000. Estação comunidade, pp. 137-153. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec. 220p. (SaúdeLoucura, 7).

CAMPOS, F. C. B. *As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção à saúde mental de Campinas/SP*. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em: 08 abril 2005.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

CARONE, I. A dialética marxista: uma leitura epistemológica. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) *Psicologia social: o homem em movimento*. 13 ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 20-30.

CARVALHO, R. S. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec. p. 121-136. (SaúdeLoucura, 7).

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. *SaúdeLoucura 1*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-32.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORREIA, M. V. C. C. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 138-147, maio/ago. 2003.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: SCLIAR, M. et al. (Org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 13-43.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 12. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999. p. 51-66.

CYRINO, E. G. et al. (Org.) *A universidade na comunidade*. Educação médica em transformação. Botucatu: UNESP, 2005. 164p.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

EZPELETA, J. Notas sobre pesquisa participante e construção teórica. In: EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. *Pesquisa participante*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. p. 77-93.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 139-162, 1976.

FERNANDES, M. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral, 1999. 332p.

FRANCO, T.; MEHRY, E. *PSF: Contradições e novos desafios*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 08 abr. 2005.

FREITAS, M. F. Q. Psicologia na comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (Social) Comunitária: práticas da psicologia na comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, R. T. F. (Org.) *Psicologia Social-Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 54-80.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GONÇALVES, M. G. M. O método de pesquisa materialista histórico e dialético. . In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs.). *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 86-104.

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 87-102, jan./jun. 2002.

INVERSO (Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social) *A via de mão dupla da reforma*. Declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária. Disponível em: <http://www.inverso.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2005.

LANCETTI, A. (Org.) Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: \_\_\_\_\_. *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 11-52. (SaúdeLoucura, 7).

LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p. (SaúdeLoucura, 7).

LANE, S. T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: CODO, W.; LANE, S. T. M. *Psicologia social: o homem em movimento*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 11-19.

LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. Psicologia: ciência o política? In: MONTERO, M. (Coord.). *Acción y discurso – Problemas de psicología política en America Latina*. Venezuela: Eduven, 1991, p. 59-85.

LAURELL, A. C. La Logica de la Privatizacion em Salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde*. O público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 31-48.

LEONTIEV, A. N. *Actividad, conciencia, personalidad*. Habana: Pueblo y Educación, 1975. 249p.

LEÓNTIEV, A. N. Artigo de introdução sobre o trabalho criativo de L. S. Vigotski. In: VIGOTSKI, L. S. *Teoria e método em psicologia*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 425-470.

LEONTIEV, A. N. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência. In: \_\_\_\_\_. *O desenvolvimento do psiquismo*. Trad. Manuel D. Duarte. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978. p. 89-142.

LESSA, S. *Para além de Marx? Crítica da teoria do trabalho imaterial*. São Paulo: Xamã, 2005. 99p.

MACEDO, L. M.; SILVA, N. R. Teoria da vida cotidiana e processo grupal: possíveis caminhos para a prevenção da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. 2005. Trabalho não publicado. 15p.

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

MARTINS, S. T. F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F. (Orgs.). *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 139-154.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 2. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1979. 138p.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

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

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. *Distrito Sanitário*. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. pp. 19-91.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Revista Brasileira de Atenção Materno-Infantil*, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.

MONTERO, M. (Coord.). *Psicologia social comunitária* – teoria, método y experiencia. México: Universidad de Guadalajara, 1994. 469p.

MORENO, V. *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico*. 2000. 173 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec. 2001. 112p.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. et al. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Fapesp/Hucitec, 2000. p. 217-229.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: OPAS, 2001. 173p.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia* – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-23.

PAIM, J. S. Apresentação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 7-8, set. 2004/fev. 2005.

PAULIN, F. L.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004.

PEDROSA, J. I. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-748, out./dez. 1997.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-250.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 167-198. (SaúdeLoucura, 7).

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

PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-74.

RIBEIRO, M. B. S. *Estudos de características familiares de usuários de uma associação civil para a reabilitação psicossocial*. 2003. 132p. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2003.

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

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401p.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 199-220. (SaúdeLoucura, 7).

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

SAWAIA, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.) *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 35-53.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18(suplemento), p. 203-211, 2002.

SILVA, M. C. F. et al. Saúde Mental e Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 155-166. (SaúdeLoucura 7).

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SILVA, R. C. *O trabalho do Psicólogo em Centros de Saúde: algumas reflexões sobre as funções da Psicologia na atenção primária à saúde*. 1988. 2v. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 107p.

TSU, T. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP/Vetor, 1993. 87p.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In EM Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-19.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. *O cuidado de portadores de transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica*, 2005. 24p. Trabalho não publicado.

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

VIGOTSKI, L. S. (1934). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 496p.

VYGOTSKI, L. S. (1931). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: \_\_\_\_\_. *Obras Escogidas III*. Tradução de Lydia Kuper. Madrid: Visor, 1995, p. 47-119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Summary report. Geneva: WHO, 2004. 67p.

YASUI, A. S. A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico. 1999. 183p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis. 1999.

## ANEXO – 1

### ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

#### Orientações preliminares

##### 1) Apresentação inicial

- Pesquisador(es)
- Objetivo da pesquisa: identificar necessidades de intervenção em saúde mental na área de abrangência e organizar programas de formação com equipes do PSF.
- Orientadora: Prof. Dr. Sueli Terezinha Ferreira Martins, Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Unesp/Botucatu.

##### 2) Apresentação da pesquisa e consentimento

- As informações coletadas serão utilizadas para efeito de análise e divulgação científica, com gravação em fita cassete da entrevista.
  - Garante-se anonicidade e sigilo com relação a todo seu conteúdo (ex., uso de nomes fictícios, omissão do nome da unidade e equipe, etc.)
  - O consentimento para uso das informações poderá ser retirado a qualquer momento, informando a decisão aos pesquisadores, sem prejuízo à vida pessoal ou profissional.
  - Esclarecimento de dúvidas
  - Verificar possibilidade de retornar a entrevista para complementação de dados  
Dias da semana/Horários:
- 
- Solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

##### 3) Observações

- É importante que o entrevistado seja sincero e autêntico nas respostas, fornecendo-as a partir da sua experiência pessoal e profissional.
- Não existem respostas “certas” ou “erradas” para cada questão que se propõe
- Sempre que achar necessário, o entrevistado pode recorrer a exemplos e situações da vida real de forma a explicar suas opiniões e sentimentos.
- Não há tempo fixado para a entrevista, mas considera-se em princípio que 30 a 40 minutos são suficientes.

## Registro e Roteiro de Entrevista

Data do preenchimento: \_\_\_ / \_\_\_ / 2004.

Unidade: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Autor do registro: \_\_\_\_\_

### DADOS GERAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Situação civil

( ) solteiro(a) ( ) casado(a)/união estável ( ) viúvo(a) ( ) separado(a)

Escolaridade

( ) Nível fundamental.

( ) Nível médio. Curso técnico? Área: \_\_\_\_\_

( ) Nível superior. Curso: \_\_\_\_\_

( ) Residência/especialização. Área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado. Área: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado. Área: \_\_\_\_\_

Função que exerce na equipe: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na profissão (em anos completos): \_\_\_\_\_

Local de moradia (bairro): \_\_\_\_\_

### PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Tempo de atuação no PSF: \_\_\_\_\_

- Processo seletivo.

- Expectativas no início do trabalho.

- Opinião sobre o trabalho que desenvolve atualmente.

- Dificuldades enfrentadas.

### FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

(Cursos – duração/carga horária, Capacitações, etc.)

- Anterior ao PSF.

- Como componente de equipe do PSF.

### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

(Atuação nos serviços, Estágio, Residência, etc.)

- Anterior ao PSF.

- Como componente de equipe do PSF.

### SAÚDE MENTAL

- Opinião a respeito do tratamento de casos de saúde mental.

### **ASSISTÊNCIA E REABILITAÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PSF**

- Realização de identificação/diagnóstico dos casos.
- Transtornos mais frequentes.
  - Homens/Mulheres.
  - Faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos, idosos).
  - Conhecimento/informação de pessoas que estão em tratamento na área.

### **FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL NO PSF**

- Abordagem com a família adotada pela equipe no atendimento.
- Função que o entrevistado desempenha na abordagem.
- Opinião sobre a relação da família:
  - Com a equipe;
  - Com o usuário/familiar.

### **RECURSOS DA COMUNIDADE**

- Conhecimento/informação.
- Utilização:
  - Recursos locais (da própria comunidade);
  - Recursos municipais (referências).

### **AValiação**

- Possibilidades de atuação das equipes de PSF no atendimento destes casos.

## ANEXO – 2

### PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

#### Protocolo de observação

##### GESTÃO

- Atividades (frequência e formato das reuniões);
- Recursos materiais;
- Relações de poder no cotidiano: profissão, idade, experiência, escolaridade, gênero, chefia, outros grupos;
- Encaminhamento de problemas apontados por usuários;
- Relação com outros serviços de saúde mental (referência e contra-referência);
- Supervisão externa para casos de saúde mental.

##### SALA DE ESPERA

- Atividades;
- Relação equipe/usuário;
- Acolhimento;
- Tempo de espera.

##### ATENDIMENTO INDIVIDUAL

- Objetivo, Linguagem utilizada pelo profissional, Processo de comunicação;
- Atitude terapêutica: acolhimento, escuta, emergência;

##### GRUPO

- Objetivo, Linguagem utilizada pelo profissional, Processo de comunicação;
- Característica do grupo (grupo operativo, grupo terapêutico, grupo de orientação, atividade socioterápica, atividade de sala de espera, atividade educativa em saúde, etc.);
- Composição do grupo: idade, sexo, classe social, escolaridade, demanda.

##### VISITAS DOMICILIARES

- Objetivo, Linguagem utilizada pelo profissional, Processo de comunicação;
- Atitude terapêutica: acolhimento, escuta, emergência;
- Envolvimento/relação com o grupo familiar.

##### ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

- Objetivo, Linguagem utilizada pelo profissional, Processo de comunicação;
- Breve histórico da viabilização da intervenção;
- Relação da equipe com lideranças comunitárias (associação de moradores, partidos, igrejas, escola, creche, pessoas mais antigas do bairro).

## ANEXO – 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, funcionário(a) da equipe \_\_\_\_\_ da Unidade de Saúde da Família \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, tendo sido satisfatoriamente informada(o) sobre a pesquisa “*A formação em saúde mental no nível primário de atenção: investigando práticas e representações de uma equipe do Programa de Saúde da Família*”, que pretende identificar necessidades de intervenção em saúde mental na área de abrangência e organizar programas de formação com equipes do PSF, a ser realizada sob responsabilidade e com orientação de Dr<sup>a</sup> Sueli Terezinha Ferreira Martins, concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada em fita k-7, com a garantia de anonicidade e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Pesquisador: Marcelo Dalla Vecchia  
Endereço  
Telefone  
E-mail

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins  
Telefone  
E-mail

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura