

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – JÚLIO DE MESQUITA FILHO
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

ELAINE MIRANDA SILVEIRA BELLO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA
PERSPECTIVA DE MÉDICOS GENERALISTAS DA ESF
NA CIDADE DE DIADEMA-SP**

Botucatu-SP
2009

ELAINE MIRANDA SILVEIRA BELLO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NA
PERSPECTIVA DE MÉDICOS GENERALISTAS DA ESF
NA CIDADE DE DIADEMA-SP**

Dissertação de Mestrado apresentada
à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública, no
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins

Botucatu-SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Bello, Elaine Miranda Silveira.

Representação social em saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da ESF na cidade de Diadema-SP / Elaine Miranda Silveira Bello. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Assunto CAPES: 40600009

1. Saúde mental - Brasil - Aspectos sociais 2. Psiquiatria 3.
Serviço social

CDD 362.2

Palavras-chave: Atenção básica; Estratégia saúde da família; Reforma psiquiátrica; Representações sociais; Saúde mental



À minha filha Sofia,
que tornou esse mestrado um desafio
ainda mais prazeroso e inesquecível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a minha orientadora Sueli Terezinha Ferreira Martins, que mesmo sem me conhecer aceitou-me, não somente como orientanda, mas como pessoa, como pesquisadora, dando-me liberdade para fazer minhas escolhas teóricas, cometer meus erros e aprender. Por sua paciência e compreensão e mais ainda, por sua gentileza para com minha filha. Sempre com uma palavra de apoio e incentivo, mas me guiando, sendo norte, minha bússola nessa viagem de aventura que foi o mestrado.

Quando estava confiante e ansiosa demais com a minha capacidade de ter uma filha no meio do mestrado, ser mãe e pesquisadora tudo ao mesmo tempo, ela me tranquilizava, me orientava, com sua experiência de vida.

Ao meu marido, companheiro de jornada. Pudemos viajar juntos literalmente rumo ao mestrado, e dividimos aprendizado, experiência, na vida e na academia. Também foi muito paciente com todo meu estresse, foi meu sorriso quando ansiosa, preocupada. Um ótimo pai, a quem pude confiar muitas vezes o cuidado de nosso tesouro encontrado no meio da aventura do mestrado, nossa filha, para que eu pudesse me dedicar à pesquisa. Meu muito obrigado.

Agradeço a meus pais, em especial minha mãe, que sempre me apoiou em minhas escolhas, com uma palavra de estímulo, de sabedoria. Valeu mãe! Mais uma fase se completando com sua valiosa ajuda. Não mediu esforços, deixou a sua vida para me socorrer com minha filha sempre que precisei.

A minha irmãzinha Márcia, obrigada por acreditar em mim, e espero que eu possa ter aberto alguns caminhos a você com a minha vida, que os meus erros e acertos te sirvam de inspiração.

A cidade de Diadema, por ser tão ímpar, tão voltada para busca de melhores soluções, aberta ao novo, inovadora em suas conquistas e por muitas vezes pioneira. Valorizadora do conhecimento teórico e vivencial. Por valorizar o imigrante que construiu e constrói sua história. Mesmo não sendo munícipe, sinto-me enquanto trabalhadora, mais uma imigrante bem recebida.

E aos profissionais da saúde de Diadema, batalhadores, idealistas, cheios de desejo de mudança. Vocês são fonte de energia inesgotável. Obrigada pela oportunidade de fazer parte desta grande equipe.



SAÚDE DA FAMÍLIA

BELLO, E. M. S. *Representação social em saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da ESF na cidade de Diadema – SP*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.

RESUMO EM PORTUGUÊS

A presente pesquisa buscou verificar as representações sociais sobre saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Diadema - SP. Foram entrevistados dez médicos representantes de diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os conteúdos abordados foram referentes a políticas públicas de saúde mental, saúde mental e transtorno mental. Como referencial teórico foi utilizada a teoria das representações sociais. Verificou-se que as representações sociais em saúde mental estão em processo de construção com forte influência do apoio matricial. Os médicos não possuem clareza dos princípios da Reforma Psiquiátrica, o que pode dificultar o processo, mesmo assim, compreendem em linhas gerais aspectos como o fim das internações e um tratamento de base comunitária os considerando positivamente. Percebem que a intervenção biomédica não responde a complexidade do processo saúde-doença, principalmente referindo-se a transtornos mentais, necessitando de novas estratégias terapêuticas. O trabalho em equipe precisa ser melhor fomentado. Conceitos como clínica ampliada, projeto terapêutico singular e co-responsabilidade ainda precisam ser amadurecidos, mas existe um terreno bastante fértil para mudança paradigmática do modelo biomédico para um modelo de base comunitária, visto que muitos já buscam trabalhar a autonomia do usuário/ sujeito, valorizam a cidadania, a integração a comunidade, a qualidade de vida como formas de manter a saúde mental. Estratégias como o apoio matricial e educação permanente em saúde podem viabilizar tal mudança.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção básica; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Representações Sociais.

ABSTRAT

The present inquiry looked to check the social representations on mental health in the general doctors' perspective of the Strategy of Health of the Family (ESF) of Diadema -SP. There were interviewed ten representative doctors of different Basic Health Unities (UBS) and the boarded contents referred to public politics of mental health, and mental upset. The theory of the social representations was used as a theoretical referential system. It is verified that the social representations in mental health are in construction process with strong influence of the matrix support. The doctors have not enough clarity of the Psychiatric Reform principles, which can make the process more difficult, even so, they positively consider general lines aspects as the end of the admissions and a treatment of communitarian base. They realize that the biomedical intervention does not answer the complexity of the process health-disease, mainly referring to mental upsets which needs new therapeutic strategies. The team work need to become better promoted. Concepts like amplified clinic, singular therapeutic project and co-responsibility still need to be ripened. Therefore, there is a quite fertile land for pragmatic change from the biomedical model to a communitarian base model considering that many people already want to work the users autonomy, they value the of citizenship, the integration to community, the quality of life as the forms of maintaining the mental health. Strategies as the matrix support and continuing health education might make feasible such a change.

Key words: Family Health Strategy; Primary Health Care; Mental Health; Psychiatric Reform; Social Representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Árvore de representações sobre políticas Públicas de saúde mental.....	74
Figura 2 - Árvore de representações sobre saúde mental.....	83
Figura 3 – Árvore de representações sobre transtorno mental.....	94

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados.....	69
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP= Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO = Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS= Agente Comunitário de Saúde
CAPS = Centro de Atenção Psicossocial
CLT= Consolidação das Leis do Trabalho
CNS= Conferência Nacional de Saúde
CONEP= Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DINSAM= Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF= Estratégia de Saúde da Família
MTSM= Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS= Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB= Norma Operacional de Base
OMS= Organização Mundial de Saúde
ONG= Organizações não governamentais
ONU = Organização das Nações Unidas
OPAS= Organização Pan-Americana de Saúde
PACS= Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET= Programa de Educação pelo Trabalho
PNH= Política Nacional de Humanização
PS= Pronto Socorro
PSF= Programa de Saúde da Família
PTS= Projeto terapêutico singular
QUALIS= Qualidade Integral à Saúde
SINDHOSP= Sindicato dos Hospitais
SUS= Sistema Único de Saúde
TCLE= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC= Transtorno mental comum
UBS= Unidades Básicas de Saúde
UERJ= Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USC= Unidade de Saúde em Casa

SUMÁRIO

Lista de ilustrações

Listas de tabela

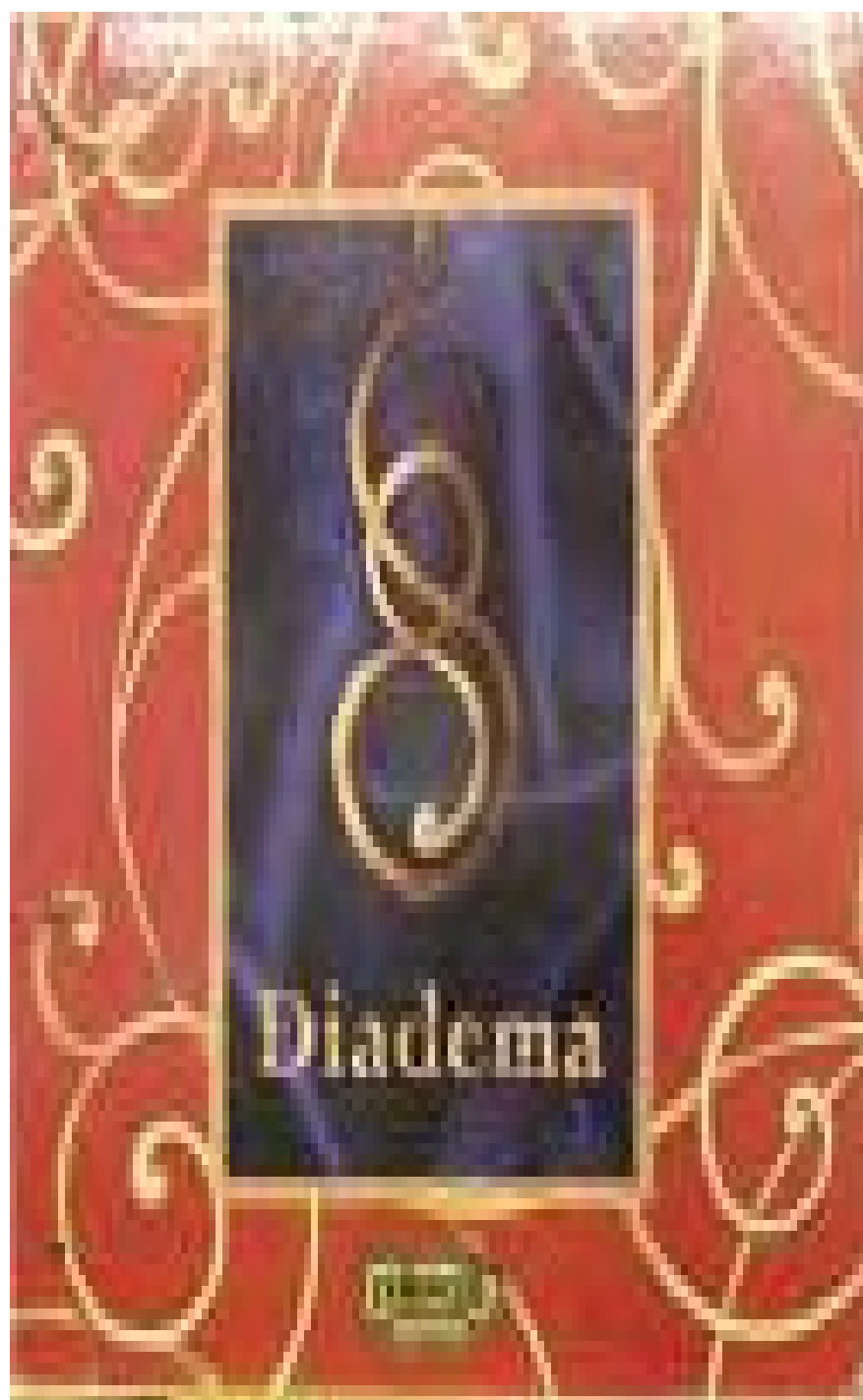
Lista de Abreviaturas

Resumo

Abstract

Apresentação

I-Introdução.....	15
II - História, Desafios e Atualidade.....	19
II. 1 - A família e o portador de sofrimento psíquico.....	22
II. 2 - Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.....	24
II. 3 - Saúde mental na atenção básica.....	34
II. 3. 1 - Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular.....	44
III - Teoria das Representações Sociais.....	51
IV - Objetivos.....	57
V - Justificativa.....	59
VI - Considerações Metodológicas.....	62
VI. 1 - Caracterização do local	62
VII - Apresentação e discussão de resultados.....	73
VII. 1 – Representações sobre políticas públicas.....	75
VII. 2 – Representações sobre saúde mental.....	88
VII. 3 – Representações sobre transtorno mental.....	99
Considerações Finais.....	123



Apresentação

APRESENTAÇÃO

Ainda durante a faculdade, ao iniciar as aulas da disciplina de psicopatologia, surgiu uma grande paixão pela área de Saúde Mental, e já no primeiro semestre, me propus a fazer estágio optativo em um Hospital Psiquiátrico, e fui ficando. Tornei-me monitora da disciplina, representante dos estagiários junto à instituição, e era responsável em apresentar o Hospital aos novos estagiários. Inclusive recebi a “chave” do Hospital. A chave que diferenciava os reclusos, excluídos, dos que possuem liberdade. Somente funcionários, e poucos pacientes dos lares abrigados que pertenciam ao hospital e ficavam a seu redor, possuíam.

Fui cada vez me envolvendo mais e numa contradição aparente fui me envolver com o movimento da luta antimanicomial. E no fim da faculdade, dentro do hospital, eu tentava compreender toda essa imensidão que é o segundo maior movimento do país, somente atrás do Movimento dos Sem Terra.

E de repente eu estava no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. A viagem já foi uma experiência e tanto 56 horas de viagem em um ônibus que quebrou, junto com usuário e profissionais da Saúde Mental, rumo a Maceió. Dali por diante, passei a freqüentar esporadicamente reuniões do movimento e pouco tempo depois estava fazendo parte da Comissão de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica da Cidade que era vinculada ao Conselho Municipal de Saúde.

Assim que me formei, uma surpresa. Surgiu uma vaga para psicóloga no Hospital e após três anos de estágio, passei pela seleção e fiquei. Meu sonho... Desmanchar o manicômio de dentro pra fora. E trabalhava com os lares abrigados e programa anterior de preparação pra esses com os pacientes moradores.

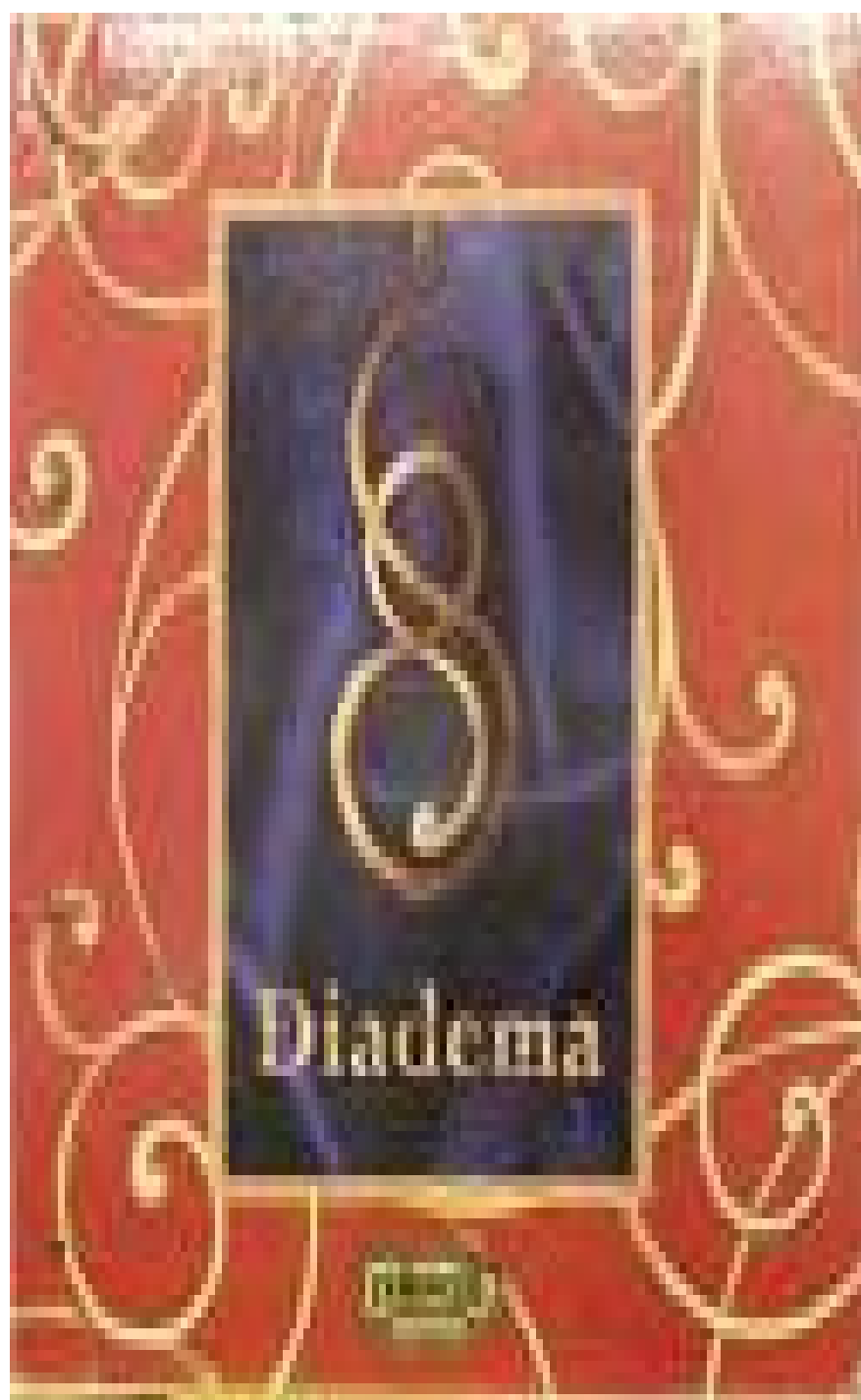
Meu envolvimento com as políticas públicas foi crescendo e participei da III Conferência Nacional de Saúde Mental como delegada representando os prestadores de serviço. E estava lá, trabalhando no manicômio e lutando pelo fim do mesmo.

Mas novos rumos cruzaram meu caminho e acabei mudando de cidade e iniciei um trabalho na atenção básica. Tudo novo. Nem tudo. A Saúde Mental ainda era o foco. E por um ano fiz novamente parte de uma Comissão de Saúde Mental, agora ligada a Secretaria de Saúde.

No dia-a-dia, atendimentos e reflexões, parcerias com médicos clínicos gerais, generalistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, assistente

social, fonoaudióloga e outra psicóloga. Novas indagações sobre os profissionais não considerados “da saúde mental”, mas que cotidianamente tem contato com portadores de sofrimento psíquico. O que pensam? E como isso afeta suas atitudes diárias? E o médico? Como vê essa história de saúde mental?

A partir dessa caminhada esse projeto foi construído junto com minha vida profissional.



Introdução

I - INTRODUÇÃO

A partir da experiência em Saúde Mental, na Atenção Básica, por vezes em parceria com a equipe de Programa de Saúde da Família, surge o objetivo desta pesquisa, verificar a representação social em Saúde Mental por médico generalista da Estratégia de Saúde da Família do município de Diadema.

Os médicos generalistas pertencem à equipe de profissionais que são responsáveis pela nova estratégia de atendimento a Atenção Básica de Saúde, que segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade, integralidade, hierarquização, universalidade (1988) e os princípios da Estratégia de Saúde da Família (2006), atenderiam toda população, inclusive portadores de sofrimento psíquico¹.

Para desenvolvimento das reflexões acerca do estudo presente, subdividiu-se em:

- **HISTÓRIA, DESAFIOS E ATUALIDADE.** Inicialmente, será apresentado um panorama de todo histórico da loucura, sua evolução enquanto fenômeno médico, todo desenvolvimento de instituições a partir deste fato e suas implicações para as representações atuais. Será também discutida a relação do portador de sofrimento psíquico e sua família por diversas correntes ao longo da história.

Ainda dentro desse tema, haverá espaço importante para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, aspectos de grande relevância para o estudo, que vem influenciando as mudanças atuais à atenção ao portador de sofrimento psíquico.

¹ O termo portador de sofrimento psíquico foi escolhido entre tantos outros como: doente mental, portador de sofrimento mental, portador de transtorno mental, louco, doido, pois como bem coloca Oliveira e Alessi (2005) "Uma característica fundamental do novo 'local social' da loucura/doença mental, identificada nessa produção teórica e relacionada diretamente a essa possibilidade de cidadania para os doentes mentais, é a substituição dos termos 'doença' e 'doente mental' por 'sofrimento psíquico' e 'pessoas portadoras de sofrimento psíquico'. Essa diferença pretendeu (e pretende) ir além de uma mera adequação técnica ou semântica. Trata-se, como consta na descrição dos marcos conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, de *construir uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico* (Brasil, 1992), contextualizando o processo saúde/doença mental e vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania" (p. 195). Outros termos serão utilizados quando referente à bibliografia, respeitando a opção dos autores.

Por fim, serão discutidos a partir de diversas pesquisas e documentos Ministeriais, a Saúde Mental na Atenção Básica, o próprio médico, seus ideais de profissão, a busca por identidade, culminando com a clínica ampliada, apoio matricial e projeto terapêutico singular.

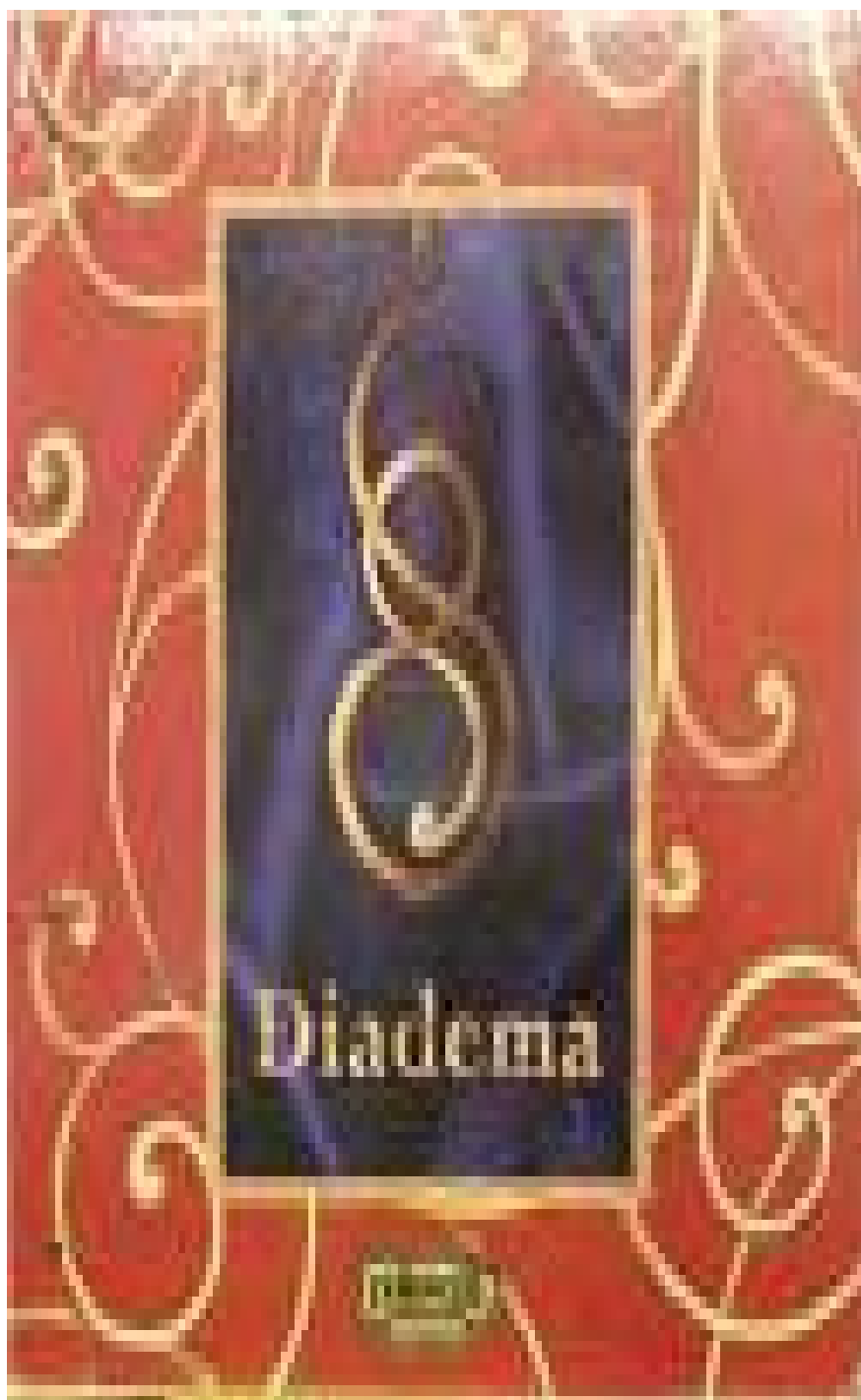
- **TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.** A teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici será apresentada: seu surgimento, alguns conceitos e sua utilização no campo da saúde.

- **OBJETIVO.** Os objetivos que nortearam essa pesquisa serão apresentados.

- **JUSTIFICATIVA.** O porquê foi escolhido o profissional médico para a pesquisa e não toda a equipe de ESF será explicitado, bem como a relevância da pesquisa e possíveis contribuições.

- **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.** Será apresentada a metodologia utilizada, sendo um estudo qualitativo. Será apresentada uma caracterização do local onde foi realizada a pesquisa, cidade de Diadema, em suas características e evolução de suas Políticas Públicas de Saúde.

- **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.** As discussões dos resultados serão traçadas em três eixos: representação social das políticas públicas de saúde mental; representação social da saúde mental e representação social do transtorno mental. A partir das quais caminhamos para as considerações finais, vislumbrando descobertas e indagações sobre as representações sociais em saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da Estratégia de Saúde da Família de Diadema - SP.



História, desafios e atualidade

II - HISTÓRIA, DESAFIOS E ATUALIDADE.

Os transtornos mentais, ao longo da história, tiveram diferentes interpretações e intervenções. As pessoas com transtorno mental foram consideradas nas sociedades primitivas, anjos ou demônios, isto é, consideravam que sofriam de possessão demoníaca, ou eram iluminados pelos deuses. No século XV, os loucos eram escorraçados das cidades, havia a “nau dos loucos”, e esses eram expulsos por serem indesejáveis. “É para outro mundo que parte o louco em sua barca louca...” (Foucault, 1972, p. 12). No século XVII na Europa, o louco passou a ser visto como agressivo, improdutivo, perigo, passou a ser trancafiado. O pensamento econômico mercantilista, cujo pressuposto básico é a produção e a acumulação de bens, se viu na pertinência de considerar todos os que não podiam tomar parte nesse processo de produção como incapazes e indesejáveis. Um novo destino para o navio dos loucos, sob a orientação do pensamento econômico, filosófico e religioso. Nessa nova fase a ociosidade se configura como o grande pecado para uma sociedade burguesa incipiente, sob a égide da ética protestante (Foucault, 1984, 1972).

São criados os Hospitais Gerais, espaço de exclusão reservado aos marginalizados, entre eles o louco, que muitas vezes eram acorrentados, pelo seu caráter de periculosidade considerado no período. A internação nada tinha a ver com tratamento ou cura. No século XVIII iniciam-se movimentos pela humanização de tais espaços, e Pinel, em 1773, como Diretor do Asilo de Bicêtre², inicia uma importante transformação, inscrevendo as alienações na nosografia médica, passa a dar-lhe um caráter médico. O louco passa a ser o doente que necessita de tratamento, para a cura. Desamarra-lhes das correntes, porém, lhes condena ainda mais a exclusão, pois a considera essencial para o tratamento. Assim, o número de asilos cresce vertiginosamente (Costa e Tundis, 1987; Amarante, 1996).

“Indubitavelmente o internamento toma então uma nova significação: torna-se medida de caráter médico” (Foucault, 1984, p. 81). O hospital torna-se o

² Bicêtre e Salpêtrière eram hospitais gerais em Paris, locais onde eram internados toda sorte de excluídos, prostitutas, arruaceiros, desempregados, epiléticos e o louco, sendo assim local de clientela bastante diversificada. Ao louco eram reservados os porões e as correntes.

lugar de cura, o louco a ser objeto da medicina e a loucura a ser considerada doença.

Observa-se tomar forma em meio à relação de opressão e violência que se instaura, uma nova intervenção sobre a vida do sujeito: classificando-o de normal ou anormal – vai aos poucos se constituindo, em “um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa” (Gradella Jr., 2002, p. 89).

No Brasil não é diferente, para contextualizar a história da psiquiatria brasileira, Costa e Tundis (1987) fazem a seguinte observação “Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência Psiquiátrica brasileira...” (p. 36). História esta datada muito antes do início oficial, segundo Figueiredo (2000), “Vem, da Santa Casa de São João Del Rey, Minas Gerais, datado de 1817, o primeiro registro de internação de doente mental no Brasil” (p.133). A partir do século XVIII as Santas Casas já reservavam acomodações para os doentes mentais.

Oficialmente essa história começa em 1852, com a inauguração do primeiro Hospital Psiquiátrico, o D. Pedro II, no Rio de Janeiro. O número de pacientes internados, já nos primeiros anos ultrapassava o esperado. Desta maneira houve a necessidade de mais e mais hospitais em todo o Brasil. Chegou-se ao absurdo número de 14 a 15 mil doentes internados na década de 1960 só no Hospital do Juquery. O mesmo ocorria em todos os cantos do país: Barbacena, Hospital São Pedro em Porto Alegre, Hospital Colônia em Curitiba e Florianópolis, Hospital Tamarineira, São João de Deus na Bahia, Colônia Nina Rodrigues no Maranhão, Hospital Psiquiátrico de Niterói, Hospital Colônia Eronildes de Carvalho no Sergipe e o Asilo de Caxipó da Ponte em Cuiabá. Todos sem exceção tornaram-se superlotados, com paciente além de sua capacidade, que disputavam o pouco espaço em meio aos corredores em condição caótica. Os internos eram condenados a um caminho sem volta, e isso não cessou de crescer (Costa e Tundis, 1987).

Em fevereiro de 1952 é clinicamente introduzido na França o primeiro medicamento antipsicótico sintético, o clorpromazina. E logo em seguida foram surgindo outros medicamentos similares, esses são grandes colaboradores no movimento que vem a seguir, possibilitando o tratamento de pacientes psicóticos em ambulatorios, e hospitalização parcial (Frota, 2003).

Terapêuticas invasivas e rudimentares como a lobotomia, o eletrochoque, o choque cardiazólico, a insulinoaterapia e a malarioterapia, além da contenção física como único recurso no manejo das agitações psicomotoras graves, puderam ser, pela primeira vez na História, substituídos por alternativas mais humanas, eficazes e seguras. Este movimento logo tomou dimensões mundiais, assumindo um caráter irreversível (Frota, 2003, p. 12).

Os medicamentos foram um grande avanço, abriram novas possibilidades de tratamento, mas por um longo período a internação psiquiátrica ainda era o tratamento primordial. Mesmo com o advento da medicação, os hospitais continuaram crescendo.

De 1965 a 1970 houve fenômeno maciço de internações em hospitais privados. A clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 em 1970 (Costa e Tundis, 1987). Durante longos anos o portador de sofrimento psíquico era visto numa lógica hospitalocêntrica, eram retirados do convívio social e submetidos a uma ruptura das barreiras que separam esferas da vida. Tudo era realizado num mesmo espaço institucional, sob as regras da instituição (Goffman, 1961). Deste modo perdiam a individualidade, a identidade, eram massificados, perdiam a característica do ser humano de ser único, com história própria de vida. Isto tudo na instituição perde o valor e o ser humano por traz da doença deixa de ser visto. Assim não só a patologia, mas também a institucionalização favorecem a cronificação (Bettarello, 1998). Cronificação caracterizada como embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações práticas; que acaba por justificar a tutela e a submissão do portador de sofrimento psíquico a mecanismo de violência institucional. Ao passar por este processo, acaba condenado a internação psiquiátrica por toda a vida, pois inviabiliza “qualquer possibilidade de retorno ao convívio social pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado” (Gradella Jr., 2002 p.89).

II. 1- A FAMÍLIA E O PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que discutiremos mais adiante é um recurso valorizador do grupo familiar, do contexto sociocultural do território, podendo utilizar o vínculo e o acolhimento como estratégias de cuidado. A equipe de Saúde da Família é responsável por toda a família e não somente por parte de seus membros, como ocorre no modelo anterior da Atenção Básica.

Segundo Rosa (2003), após a loucura passar a ser objeto do saber médico e ser transformada em doença mental, a relação do portador de tal transtorno e sua família, passa a ser mediada por trabalhadores e organizações de saúde. Ele é excluído do seu meio social e familiar, e a família espera passivamente sua cura prometida. O distanciamento entre eles tem princípio terapêutico que é paradoxal, pois considerava a família sob ameaça da alienação, mas por outro lado como propiciadora do transtorno mental. Posteriormente com avanços no campo psi, o grupo familiar passa a ser o foco, e a família incluída como paciente. Muitas teorias a incluem negativamente como agente patológico. Nesse período a esquizofrenia “emerge como um produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, sobretudo a mãe” (p.61). Outros autores, como Pichon - Rivièrre, colocam o portador de sofrimento psíquico como porta voz de uma patologia familiar.

A antipsiquiatria Norte-Americana vê a internação psiquiátrica como forma de punição e a Psiquiatria como forma de controle social. Assim, a família é vista como um grupo que quer se livrar do integrante indesejável e se utiliza à internação para este fim. Os representantes da antipsiquiatria Inglesa “Atribuem a etiologia da esquizofrenia às relações familiares rígidas, autoritárias, que impedem a individuação” (Rosa, 2003, p. 63).

A partir da experiência Basagliana, na Reforma Democrática Italiana, em um tratamento de base comunitária, a família pode ser vista como parceira protagonista de cuidado social, e sujeito dos serviços de saúde, embora também visibilizada como instituição de violência (Rosa, 2003).

Nas terapias familiares a família é vista numa visão circular onde influencia e é influenciada, é dada atenção para a relação, não só entre seus membros, mas com a sociedade (Rosa, 2003).

Rosa (2003) apresenta as colocações sobre a família referindo que ela era vista por cinco perspectivas, sintetizadas por Vecchia e Martins (2006):

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. (p.40)

Para Bettarello (1998) “a família deve ser compreendida, informada, amparada e orientada para ajudar o paciente, para que não ocorram novas desestruturações dentro dela” (p.53).

Nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente esses aspectos da convivência com a doença. Entretanto, de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamento alternativos (Villares, Redko e Mari, 1999, p.37).

Ao acompanhar esses autores e suas avaliações de familiares de pacientes esquizofrênicos verifica-se que eles depositam uma crença no potencial destes. Suas análises trataram de dar relevância a dados que antes não eram de interesse particular para a compreensão do chamado transtorno esquizofrênico ou mesmo de interesse para seu tratamento e prognóstico, dando visibilidade às estruturas familiares. Conclui-se com eles que esse potencial observado pode ser possibilitador de uma organização familiar mais positiva.

As transformações na assistência a saúde mental são recentes e somente nos anos 1990 começaram a ressoar nos serviços de saúde. As famílias de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, até há pouco tempo, eram vistas pelos técnicos de saúde mental como vítimas ou culpadas e, não, como protagonistas na nova forma de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico (Moreno 2000).

Segundo Ribeiro (2003)

o grupo familiar torna-se então, parte importante da rede social de suporte dos pacientes. No entanto, há um conhecimento bastante limitado da estrutura destes grupos, bem como das necessidades e dificuldades que o mesmo vem enfrentando neste processo

relacionado à convivência com seu membro acometido pelo transtorno mental (p.6).

Pereira (2003) pesquisou as representações sociais de familiares de portadores de sofrimento psíquico, concluindo que mediante vivências concretas, os familiares têm dificuldade de relacionamento com o portador de sofrimento psíquico, o que por vezes resulta em condutas como agressão, depreciação e abandono, gerando grande necessidade de se contar com o suporte do serviço de saúde. “A carência de informações, de apoio, de orientações, conduzem a um leque de necessidades não satisfeitas; e evidenciam a fragilidade do núcleo familiar” (p. 81). Deste modo, não é possível um processo de desestigmatização, desinstitucionalização, sem que a família tenha respaldo.

Está se aprendendo a trabalhar com as famílias de portadores de sofrimento psíquico, vendo-as como atores importantes, que por vezes necessitam também de atenção e cuidado. A ESF já trás alguma bagagem em além de ter uma lógica na atenção à família, trabalhá-la no seu território.

II. 2- REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL

Por volta da metade do século XX, vários movimentos de contestação à psiquiatria vigente, ao modelo hospitalocêntrico, surgiram em diferentes partes do mundo, dos quais se destacam os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos da América e a Psiquiatria Democrática, na Itália, que muito influenciará a reforma psiquiátrica brasileira.

Esses movimentos se caracterizaram por visar uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, constituindo em rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria (Rotelli *et al.* 1990). A antipsiquiatria, surgida na Inglaterra, e difundida em outros locais no mundo, propõe uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, desconsiderando a “loucura” como doença (Amarante, 1995a). Os outros movimentos fazem críticas ao manicômio, buscando novas

alternativas de tratamento. Todos esses movimentos trazem contribuições para a mudança do paradigma psiquiátrico de exclusão.

Em Trieste, na Itália, Basaglia inicia a desmontagem do aparato manicomial, juntamente com a criação de novas maneiras e espaços de lidar com a doença mental. Constrói centros de saúde mental regionalizados, que funcionam 24hs por dia. Abre grupos-apartamentos, que são residências para usuários que moram sozinhos ou acompanhados por técnicos ou voluntários. Constroem também cooperativas de trabalho, para resolver questões de campo de trabalho para ex-internos do hospital e novas necessidades que surgissem. O serviço de emergência psiquiátrica funciona em regime diuturno, e atuam coordenadamente com os centros de saúde mental, grupo-apartamentos e cooperativas, servindo de apoio (Amarante, 1995a).

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil teve como estopim a “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental), em 1978, no Rio de Janeiro. Houve a greve dos profissionais em quatro unidades, seguida da demissão de 260 estagiários. A crise é deflagrada a partir de denuncia de irregularidades da unidade hospitalar, maus tratos. Nasce o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), através da organização de Núcleos de Saúde Mental, um espaço de luta não institucional, com encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica (Amarante, 1995a).

Relembremos que nesta década, ao Brasil, era vendida a idéia de “um Brasil que vai pra frente”, com a imagem de uma nação promissora que respirava o progresso; era o momento do milagre econômico, do bem estar, o país do “ame-o ou deixe-o”. Esta imagem contradizia com o aparato construído desde o pós-64, no qual esse período foi marcado – e manchado - pelas perseguições e torturas. Era um Brasil opressor, de um regime autoritário, norteador por um modelo capitalista selvagem, monopolista e dependente. Tendo como resposta – aqueles contrários, aos que se opunham ao modelo, nossos críticos, nossos intelectuais, a sociedade de pensantes cidadãos – a tortura, os assassinatos, os seqüestros e, por fim, o desaparecimento (Rocha, 2008, p.36).

Era um momento de descontentamento, de ânsia por liberdade, por cidadania, de luta geral, pela democracia, por mudanças nas relações, mudanças políticas.

Diversos eventos subseqüentes reforçaram o Movimento e a organização em nível nacional, inclusive com a que possibilitou a vinda dos principais mentores e pensadores da rede alternativa a Psiquiatria como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman. Nesses espaços o modelo asilar é criticado e modelos alternativos a Psiquiatria começam a ganhar espaço (Amarante, 1995a).

Em 1987 inicia-se o movimento da luta-antimanicomial, no contexto em que coloca Jorge e França (2001). No fim da década de 1980 e início de 1990 surgem no Brasil e no mundo, diversos documentos referentes aos direitos dos pacientes psiquiátricos e aclamação por mudanças na legislação, principalmente referente ao modelo hospitalocêntrico e a internação involuntária. Em 1989 é realizada a Declaração de Luxor sobre os Direitos Humanos dos Doentes Mentais, da Federação Mundial para Saúde Mental e apresentado o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, no Brasil. Em 1990, convocada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), surge a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, cujo documento final é a Declaração de Caracas. E em 1991 a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adota os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

A Reforma psiquiátrica com o movimento da Luta antimanicomial,

[...] amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. O lema 'Por uma Sociedade Sem Manicômios', construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica (Amarante, 1995b, p. 492).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial teve como marco organizativo o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, interior de São Paulo, em 1987. Reuniu trabalhadores, estudantes, portadores de sofrimento psíquico e seus familiares, com o objetivo de reivindicar condições dignas de tratamento e atenção ao portador de sofrimento psíquico com o fim dos hospícios e manicômios. Passaram a ocorrer fóruns nacionais, que englobam várias entidades, como organizações não governamentais (ONG) e Conselhos de Familiares de Portadores de Transtorno Mental (Maia e Fernandes, 2002). Inúmeras atividades culturais, artísticas e científicas em todo país, vem sendo realizadas a fim de sensibilizar e envolver novos atores sociais. Diversas associações de familiares,

usuários e voluntários de serviços em saúde mental foram criadas ao longo dos anos. Além da participação de entidades da sociedade civil, que passaram a incluir em seus debates e atuações tal tema (Amarante, 1995b). Ganharam como marco nacional o Dia da Luta Antimanicomial, 18 de maio. Em recordação ao primeiro encontro.

O movimento organizou sua estrutura administrativa por meio de um núcleo estadual que, por dois anos, busca apoio de outras entidades, planeja encontros nacionais e desenvolve estratégias de pressão junto a bancadas partidárias e órgãos legislativos (Maia e Fernandes, 2002).

O movimento antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla a nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal (Maia e Fernandes, 2002, p. 162).

Um acontecimento em 1989 foi muito importante no processo, a intervenção e o fechamento do hospício privado Casa de Saúde Anchieta, pela prefeitura de Santos, e a substituição do modelo de atenção, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), projetos culturais, lares abrigados para ex-internos e novos pacientes que não tenham condições de moradia e uma cooperativa de trabalho que dava condições de trabalho para população carente, inclusive sem problemas psiquiátricos (Amarante, 1995b). A partir de então ocorreu o surgimento do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que previa a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, e substituição por outras modalidades de cuidado, que acaba passando doze anos aguardando aprovação, o que ocorre somente depois de modificações no projeto original em 2001. É a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para um modelo em Saúde Mental de base comunitária (Brasil, 2001c). Nesta mesma linha anteriormente, em 1999, houve a aprovação da lei 9.867 que dispõe sobre a criação e funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, incluindo neste, acometidos por transtornos mentais (Brasil, 2001c).

O Ministério da Saúde em 2003 criou o Programa “De Volta Para Casa”, um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais,

egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708 que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Propunha reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em Hospitais Psiquiátricos, por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária (Brasil, 2003c).

A partir de tais leis, busca-se a construção de uma nova realidade, envolvendo toda a sociedade, chamando a atenção para o diferente, para que se aprenda a conviver com a diversidade, como coloca Saraceno (2001), “um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos” (p.151).

Bastos (2003) nos recorda que as doenças mentais não são abolidas simplesmente por decretos, e que não se podem esvaziar os hospitais sem o surgimento dos recursos ambulatoriais. Importante para essa pesquisa enfatizar dentre tais recursos a ESF, como auxílio inclusive para não haver novas internações.

A internação psiquiátrica consumia segundo dados do DATASUS no ano de 2001, 90% dos recursos, e somente era destinado à rede substitutiva 10%. Este ano foi um marco histórico, pois foi o ano da aprovação da Lei Paulo Delgado, como exposto acima. Também foi o ano da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Em relatório mais atual, como o Relatório de Gestão 2003-2006, Saúde Mental no SUS, acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção, há dois destaques descritos:

- mais de 1.000 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados até 2006;
- superação pela primeira vez dos recursos financeiros destinados à atenção extra-hospitalar em relação às destinadas aos Hospitais Psiquiátricos (Brasil, 2007).

A reforma psiquiátrica ocorrendo na prática mostra real investimento na construção de uma rede de atenção de base comunitária.

O relatório ainda discorre sobre o estímulo que o Ministério da Saúde tem dado nos últimos anos “a inclusão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, de diretrizes que considerem as dimensões subjetivas dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes de apoio matricial de profissionais da saúde mental junto a essas

equipes” (Brasil, 2007, p. 21-22), assim como incentivando e promovendo cursos de formação, capacitação a fim de integrar Saúde da Família e Saúde Mental em diversos Estados.

As mudanças não são unanimidade. Primeiro várias críticas ao modelo Basagliano, que muito inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorreram. A lei 180³ havia sido aprovada sem que tivesse reais condições de efetivação, havendo segundo Basaglia um boicote administrativo e político. Não havia serviços substitutivos suficientes, mesmo com fechamento dos manicômios, o que gerou sobrecarga aos familiares. Além disso, a lei foi englobada pela reforma sanitária, sem que se especificassem pontos importantes para sua viabilização. Os profissionais, médicos e enfermeiros, também não eram simpáticos à lei, com formação acadêmica em instituições refratárias a temática, o que acarretava dificuldade em sua aplicação (Goulart, 2008). Tais eventos prejudicaram a viabilidade e aplicabilidade da lei, e apesar de sua valiosa inspiração, esses fatos abrem grande possibilidade de críticas aos movimentos anti manicomiais, dando forças para aqueles contrários ao movimento reafirmarem o Hospital Psiquiátrico como local adequado para tratamento.

No Brasil, as críticas ao atual modelo da reforma psiquiátrica vêm primordialmente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Sindicato dos Hospitais (SINDHOSP) referindo-se que defendem um modelo hospitalar de atenção. O SINDHOSP mantém uma revista intitulada Saúde Mental em Foco, que em diversos boletins informativos⁴, trazem artigos criticando a Reforma Psiquiátrica atual. Em seus argumentos estão: uma desassistência dos portadores de sofrimento psíquico, que o modelo é retrógrado e baseado em preconceitos, que Associação Brasileira de Psiquiatria está aquém do processo, entre outros.

Outra figura nesse movimento contrário é Valentim Gentil Filho, professor e dirigente do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo que escreve

³ A Lei 180 foi aprovada na Itália em 13 de maio de 1978 e determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência. Ficou conhecida como Lei Basaglia.

⁴ Para maiores informações pode-se acessar: <http://www.sindhosp.com.br/website/publicacoes.asp>. As revistas citadas são os boletins : Nº 01/07 - Tiragem: XXX - set a nov – 2007; Nº 02/08 - tiragem: 500 - dez a fev – 2008; boletim nº 03/08 - tiragem: 500 - mar a mai – 2008.

artigos, dá entrevistas, participa de debates públicos criticando a lei Paulo Delgado, que em suas palavras:

apresenta pelo menos dois problemas fundamentais: a) proíbe a construção de hospitais públicos e a contratação ou financiamento de novos leitos psiquiátricos pelo SUS, configurando uma espécie de "reserva de mercado" e impedindo a modernização do parque hospitalar; b) proíbe a existência de asilos não-hospitalares, negando o direito de asilo aos portadores de transtornos mentais (Gentil Filho, 1999, p. 5).

Mesmo antes da aprovação da lei, o autor já inicia suas críticas, referindo que a Psiquiatria ficou aquém das discussões em relação à Lei. Mantém ao longo dos anos, discurso defensor do aparato hospitalar, defendendo o Hospital Psiquiátrico como local de assistência, que precisa de modernização, mas não pode ser extinto. Ele, a Associação Brasileira de Psiquiatria e o SINDHOSP são enfáticos na defesa do Hospital Psiquiátrico, o diferenciando de manicômio.

Lado a lado as críticas e embates, com avanços e retrocessos, a rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, foi sendo composta e hoje compreende:

- CAPS I, II e III um serviço de atenção psicossocial funcionando como serviço ambulatorial de saúde mental de atenção diária, territorial, no atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. As nomenclaturas de CAPS I, II ou III são definidas por porte de complexidade e abrangência populacional.

- CAPS i um serviço de atenção psicossocial destinado a atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

- CAPS AD um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas⁵ (Brasil, 2002).

- Residências Terapêuticas que são moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica de longa permanência, que não possuem suporte familiar ou social a fim de viabilizar sua reinserção social. São

⁵ Os CAPS i e CAPS AD seguem a mesma lógica dos CAPS I e II, diferenciam-se pelas características da população atendida. O CAPS III tem característica diferenciada por conter leitos de atenção à crise funcionando 24hs. Todos os detalhes sobre regulamentação e características dos CAPS podem ser encontrados na Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.

vinculadas a serviços ambulatoriais que realizam supervisão e acompanhamento⁶ (Brasil, 2000).

- Centros de Convivência e Cultura são locais onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade, são, sobretudo, destinados a portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Há oferta de oficinas e atividades coletivas visando à criação de laços sociais e facilitando o convívio. Não são espaços destinados a atendimento assistencial, mas espaços de articulação com a vida⁷ (Brasil, 2005a).

- Serviços de urgência psiquiátrica em hospitais gerais que funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional⁸ (Brasil, 1992).

- Atendimento na Atenção Básica, busca contar com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como facilitadora nos processos de mudança que buscam a Reforma Psiquiátrica, pois é um modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e qualidade de vida, dirigido à família e à comunidade, e inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças.

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) com o propósito principal de reorganizar a prática de atenção à saúde, numa tentativa de substituir o modelo tradicional, trabalhando com um conceito ampliado de saúde que transcendesse as atividades clínico-assistenciais, conceito esse já implantado através do SUS e de seus princípios doutrinários de equidade, integralidade e universalização.

A construção do SUS é fruto de um processo de embates políticos e ideológicos, ao longo dos anos, por diferentes atores. O SUS, como colocam Cunha e Cunha (2001), passa a “conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. O direito a saúde nessa visão, se confunde com direito à vida” (p.298). Mas a sua construção não cessou com a regulamentação da lei que o instituiu, lei nº 8.080/90, ela está em processo constante, cotidiano e o PSF

⁶ Detalhes sobre as Residências Terapêuticas podem ser encontrados na Portaria 106/00 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde de 11 de fevereiro de 2000.

⁷ Maiores detalhes sobre os Centros de Convivência e Cultura poderão ser encontrados na Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005.

⁸ Maiores detalhes sobre Serviço de Emergência Psiquiátrica na Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

veio como uma estratégia para que o SUS transcenda o “papel”, que se efetive em ações e mudanças reais.

Gonçalves (2002) afirma que o modelo médico assistencial ao qual o SUS se propõe a transcender é fruto de uma concepção biologicista que “não leva em conta as relações sociais, culturais, ambientais e econômicas vivenciadas em um dado espaço geográfico e em determinado tempo histórico da vida individual e coletiva” (p. 26). Assim, o PSF surge como resultado da elaboração de novas abordagens que pudesse dar conta da complexidade do processo saúde-doença.

Inicialmente o PSF foi implantado em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional e que tinham escassez de serviços e profissionais de saúde, com uma morbi-mortalidade próxima da que caracteriza os países do Terceiro Mundo (alta mortalidade infantil e materna, predomínio das enfermidades transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer), apresentando nesses locais resultados extraordinários, segundo Capistrano Filho (1999)

Em alguns municípios do Ceará, Pernambuco e Minas Gerais, a mortalidade infantil reduziu-se à metade, e continua a diminuir. Reduziram-se as internações hospitalares por desidratação, aumentou a aderência de pacientes de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase aos tratamentos prescritos. As ações de educação para a saúde há tanto tempo apenas preconizadas, começaram a dar frutos: aumentou o número de gestantes que completavam seis ou mais consultas de pré-natal, elevou-se à cobertura vacinal e a porcentagem de mães que amamentam seus filhos por mais de quatro meses (p.90).

Deste modo, como coloca Capistrano Filho (1999), o PSF passa a ser uma aposta capaz de mostrar resultados e podendo ser expandido para todo território nacional, inclusive para as grandes cidades.

Silva (2004) faz uma análise do PSF ao completar 10 anos de implantação e refere que a maioria das análises governamentais e trabalhos publicados até então percebe um PSF longe de seus objetivos e com muito a evoluir. Tais estudos consideram que muito se avançou em cobertura populacional, mas quando se trata de indicadores de saúde, que os resultados são modestos e pouco expressivos. O autor complementa que se ocorrer uma análise completa do PSF, haverá diferenças substanciais entre os Estados, apesar das diretrizes ministeriais,

pois nem todos seguem um padrão, tendo diferenças estruturais, de qualidade da informação e cultura de trabalho, o que possibilita os sucessos e insucessos do PSF.

Inicialmente considerado como um programa, o PSF é alçado à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou atenção básica, sendo formalizado pela portaria 648/2006 (Brasil, 2006). Antes mesmo de sua formalização como estratégia (ESF) Conill (2000) verificou que o PSF de fato “evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeito positivo na integralidade” (p.197). Para essa autora, cumulam-se evidências apontando para a visibilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional, mesmo considerando que as duas modalidades ainda coexistem.

Quanto aos princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a Portaria nº 648/2006, Anexo, capítulo III, explicita:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde –doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a sociedade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2006, p.20).

Com tais princípios, a Estratégia de Saúde da Família, é espaço privilegiado para o trabalho com as minorias (homossexuais, drogados, prostitutas...), entre elas o portador de sofrimento psíquico.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde (UBS) ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliares de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde entre outros) que compõem as equipes de Saúde da Família (Brasil, 2006). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Como bem coloca Lancetti (2003) no Programa de Saúde da Família não é possível passar os casos, mesmo quando esses precisam de acompanhamento de média ou alta complexidade, além deste acompanhamento, o paciente continua a ser da equipe, o que exige muitas vezes do profissional lidar com o sofrimento.

II. 3- SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O relatório sobre a Saúde Mental no Mundo de 2001 considera que a integração da Saúde Mental a Atenção Básica desempenha papel crucial da atenção à Saúde Mental. Que os distúrbios mentais são comuns e a maioria dos pacientes recebe apenas atenção primária de saúde, com seus distúrbios, muitas vezes, não sendo detectados. Sendo então o treinamento em Saúde Mental para profissionais da Atenção Básica, importante medida para detecção e tratamento de tais distúrbios (OPAS e OMS, 2001).

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001a), que teve como tema “Cuidar sim, excluir não”, sugere a inclusão da atenção básica em Saúde Mental como prioritária e discorre sobre as ações de Saúde Mental na Atenção Básica e PSF, prevendo capacitação dos profissionais das equipes em Saúde Mental e supervisão continuada do trabalho, respeitando o princípio da integralidade, garantindo maior resolutividade no nível primário de atenção. Inclui também criação de protocolos de atendimento e prescrição de medicamentos psiquiátricos, visando ações assertivas, reduzindo excesso de medicalização; oferta de ações mais locais realizadas pelos profissionais do PSF, como visitas domiciliares, potencialização de recursos comunitários, atendimento em grupos e

individuais e articulação dos profissionais de saúde mental. Também propõe a implantação de serviços de internação domiciliar realizada por equipes itinerantes ou equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF.

O Ministério da Saúde, na série “Pactos pela Saúde” (2006) refere que a atenção básica “considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (Brasil, 2006, p. 10).

Nesse sentido, a ESF surge como uma mudança de modelo, do modelo centrado na doença, hospitalocêntrico, para um descentralizado de base comunitária, em que os profissionais precisarão readaptar-se, atender o usuário de maneira integral e auxiliar o grupo familiar que nas palavras de Scóz e Fenili (2003) “deve assumir seu papel de ajudar o membro mais fragilizado a conviver com a situação, desta forma diminuindo a internação” (p. 73).

Esses autores acreditam que é imprescindível uma ação conjunta, dos profissionais e comunidade para implantação das ações de Saúde mental na ESF, seguindo os princípios do SUS, PSF e da Reforma Sanitária, no que tange a integralidade da atenção, interdisciplinaridade e o controle social. Deste modo consolida a família como base, como centro de referência no qual deve estar centrado a resolutividade das ações. Ou seja, o atendimento do indivíduo no seu contexto familiar de acordo com os preceitos do SUS e o grau de complexidade do atual serviço de saúde.

As estatísticas oficiais estimam que, funcionando adequadamente, as UBS podem ser capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento adequado, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Brasil, 2003a).

Capistrano Filho (1999) afirma que em São Paulo, o Programa de Saúde da Família adotado como Programa Qualis (Qualidade Integral à Saúde), ainda em 1999, praticamente no início das experiências, já resolvia “95% dos problemas de saúde da população adscrita, encaminhando para serviços especializados e hospitais menos de 5% dos pacientes atendidos” (p. 91).

Segundo o relatório final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2001b), que contava com a participação do Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral de Saúde Mental (Ministério da Saúde) e alguns Municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica, a incorporação de ações de saúde mental à rede diversificada de serviços do PSF contribui para alavancar um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS. Com a elaboração e implantação de um plano nacional de incorporação de ações de saúde mental no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde, o Ministério da Saúde pretende contribuir para uma maior compreensão da realidade em que a família vive, criando condições para os profissionais atuarem de forma resoluta nas situações de risco geradoras de sofrimento psíquico.

As ações propostas inicialmente pelo Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (2001), são as seguintes:

- a) Ação promotora e preventiva para diminuir:
 - O comportamento violento;
 - O abuso de álcool / consumo de drogas;
 - O isolamento social / afetivo;
 - Os sentimentos de baixa estima;
 - A dedicação exclusiva e competitiva à atividade de trabalho.
- b) Sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações;
- c) Sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou uma má qualidade dos vínculos familiares e sociais;
- d) Incorporação da promoção em saúde mental nas ações voltadas para grupos específicos: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana entre outros;
- e) Acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos NAPS⁹ e de outros recursos ambulatoriais especializados;
- f) Construção de intervenções terapêuticas de forma personalizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social;

⁹ NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial, que segundo a portaria 224 de janeiro de 1992 são equivalentes ao CAPS, mas após a Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002, deverão ser cadastrados como CAPS I, II e III.

- g) Mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de auto ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares;
- h) Promoção de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos de uma maneira geral com temáticas específicas de acordo com a realidade de cada comunidade;
- i) Construir de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade como oficinas comunitárias e outros que venham a ser criado pela mobilização social;
- j) Identificação e acompanhamento dos casos de transtornos psiquiátricos severos estruturando e ampliando os vínculos da ESF com eles (p. 9-10).

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na Atenção Básica, além da oficina acima citada, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado em 2002, pela parceria entre Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade de Harvard. Realizaram também a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, em 2003, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do território Nacional (Brasil, 2003b).

A Coordenação Geral de Saúde Mental, a partir dos subsídios produzidos por essas Oficinas, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propôs as seguintes diretrizes para organização de ações de Saúde Mental na Atenção Básica:

- Apoio matricial da Saúde Mental às equipes da Atenção Básica;
- Formação como estratégia prioritária para inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica;
- Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (Brasil, 2003b).

Pesquisa realizada em Maceió, sob a abrangência do PSF revelou que o cuidado ao portador de sofrimento psíquico na atenção básica em saúde tem sido medicalizado, hospitalar e fragmentado. Os profissionais de saúde, assim como as famílias têm reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico. Em tal pesquisa avaliou-se a ineficácia de mudança de modelo com princípios na Reforma Sanitária

e Psiquiátrica, pela equipe do PSF. Breda e Augusto (2001) autores de tal pesquisa, afirmam: “Sua penetração nas redes sociais é tímida e a dinâmica das ações é passiva e individual. Formas de abordagem baseadas na escuta, no acolhimento e no vínculo são raramente utilizadas” (p.471).

Ballester (2005), em sua pesquisa sobre o médico generalista e os problemas de saúde mental das cidades de Porto Alegre e Parobé, Rio Grande do Sul, concluiu que os profissionais percebem os problemas mentais na sua clientela, mas consideram que o diagnóstico e tratamento desses problemas é tarefa do especialista. Em suas falas referiam dificuldade na execução de tal tarefa.

Vecchia (2006) e Vecchia e Martins (2009) em pesquisa no interior do Estado de São Paulo, em Botucatu, realizada com todos os profissionais de uma equipe de Saúde da Família, concluem que foram incorporados por eles princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica brasileira, propiciando condições favoráveis para a atenção em saúde mental como o acolhimento e o vínculo.

Coimbra (2007), em Chapecó – Santa Catarina, a partir de um estudo de caso, realizado com uma equipe de Saúde da Família completa, avaliou a integralidade do cuidado do sujeito portador de transtorno mental na ESF e concluiu que a equipe apresentou potencialidade para atenção integral, uma vez que utilizou instrumentos como a formação de vínculo, a escuta e a vinculação ESF/ CAPS, contribuindo efetivamente para integralidade do cuidado.

As pesquisas que encontraram resultados mais positivos são mais recentes (Botucatu, 2006 e Chapecó, 2007), o que se pode considerar um possível amadurecimento da ESF e ambas analisaram toda a equipe. Pode também sinalizar que nesses municípios e/ou equipes a questão da saúde mental foi incorporada no cotidiano do trabalho.

Em Maceió, 2001, além da equipe de ESF, a pesquisa abrangeu também familiares, com achados negativos, mostrando uma não superação do modelo anterior. Nesse período a ESF tinha tempo menor de implantação, fica a dúvida se após esse período os achados seriam diferentes.

A pesquisa de Ballester (2005) chama a atenção pelo seu resultado mais negativo, a partir de um foco voltado para o profissional médico, que mostra ainda forte influência de sua formação biologizante e voltada para a especialidade.

Pesquisas voltadas para o médico não são tão freqüentes, num contraponto com pesquisas na área de enfermagem e voltadas para o ACS que tem crescido muito nos últimos anos. Mas algumas contribuições podem ser importantes para compreensão desse profissional na sua atuação na atenção básica.

Schraiber (1991, 1995) faz uma reflexão sobre o ideal da profissão de médico, chamando a atenção para questão da autonomia profissional, como representação nuclear do exercício da profissão, que no passado, como profissional liberal e bem sucedido, tinha autonomia na realização de suas práticas, era proprietário de seus meios de produção. Enfatiza a mudança da medicina liberal para a medicina institucionalizada e empresarial, o que a autora chama de “medicina tecnológica”. O médico passa a ser assalariado, sob o controle muitas vezes do Estado, ou do setor privado, envolto em alta tecnologia, sentindo uma mudança em sua autonomia. Mantém essa antiga autonomia agora como autonomia técnica, do plano do trabalho individualizado em sua relação com o conhecimento.

O médico com formação específica para curar, buscando combater a doença e a morte, precisa compreender que o objeto da saúde é complexo e que sozinha a ciência médica não é capaz de dar conta do fenômeno, pela multiplicidade de fatores que interferem no processo saúde-doença. Deste modo habilidades pessoais do médico, bem como suas experiências individuais, cultura e subjetividade contribuem para o desenvolvimento do seu papel enquanto promotor de saúde (Costa, 2004).

A medicina estimula a expansão do conhecimento sobre a vida, pois está voltada para o alívio do sofrimento humano, atuando por meio do conjunto de práticas que os humanos realizam para socorrer outros humanos, para que vida possa ser usufruída de forma mais rica em todas as suas dimensões (Costa, 2004, p. 9).

Estudo realizado a respeito da identidade do médico de família, por Romano (2008), reflete sobre a ambigüidade entre uma formação médica biologizante, que cuida da doença em detrimento do conceito amplo de saúde, valorizadora da especialidade, em que a atenção básica é desvalorizada e a necessidade de uma prática voltada para a atenção ao cuidado em saúde, buscando

o desenvolvimento de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e não na doença, levando em consideração suas características psicossociais. Em meio a essa ambigüidade, existe uma dissonância em sua prática e o médico se perde em sua identidade.

A autora ainda coloca que o médico de família “deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido” (p. 14). Um desafio é tanto pra quem veio de uma formação biologizante que não responde a tamanha complexidade. Conclui que os médicos generalistas que pesquisou:

[...] não tem parâmetros ou modelos a seguir, acabam por reproduzir a cultura médica a que foram expostos desde sempre, a partir de uma prática com foco na doença, insegurança diante do manejo das questões psicológicas, sociais e ambientais, com limitada ação de promoção e prevenção da saúde, e realizando poucas visitas domiciliares (Romano, 2008, p. 22).

Acredita que além de mudanças curriculares para profissionais da área de saúde, visando à formação de profissionais compatíveis com as propostas ministeriais, a educação permanente em saúde seja uma estratégia importante para mudança da lógica médica, melhorando o acolhimento à população.

Campos e Malik (2008) realizam pesquisa sobre rotatividade do médico da ESF e concluem que quanto maior a satisfação do médico, menor a rotatividade. Fatores que aumentam a rotatividade seriam que os médicos sentem-se pouco capacitados, tempo longo de locomoção para Unidade, falta de materiais para realização do trabalho e percepção dos profissionais sobre o ambiente físico da unidade. Quanto ao tempo de experiência, profissionais com formação de quatro a quinze anos, tendem a ter maior estabilidade, inversamente profissionais com formação inferior a quatro anos, tem maior rotatividade. Correlacionando a idade e o tempo de formação, profissionais com faixa etária até 29 anos têm maior rotatividade.

Nos últimos anos, a ESF tem sua implantação ampliada em todo o país, buscando um amadurecimento do processo capaz de uma intervenção através de um novo modelo assistencial, visando a integralidade do cuidado. Faz-se necessário enfatizar que os profissionais ainda estão na construção de uma nova identidade profissional e necessitando de novas parcerias e formação continuada para viabilizar

o processo. Deste modo, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Estes são formados por profissionais que não estão contemplados nas equipes de Saúde da Família, a fim de ampliar a resolutividade da Atenção Básica. Os NASF não são portas de entrada para o serviço, mas devem funcionar como apoiadores dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, com cada Núcleo ficando responsável por um número de Unidades de ESF, fazendo o apoio matricial e construindo articulações, redes, com outros serviços de especialidade, ou secretarias, como Esporte e Lazer. “A proposta tenta reverter à lógica do encaminhamento com base na referência/contra-referência, objetivando um acompanhamento longitudinal” (Onocko Campos e Gama, 2008, p. 225).

Sua portaria prevê que: “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) **profissional da área de saúde mental**” (Brasil, 2008a, p. 1, grifo do documento).

Os transtornos mentais na atenção básica, em diversas pesquisas, mostram alta prevalência, apesar de no Brasil ainda não haver estudos que tragam dados representativos desta prevalência, Onocko Campos e Gama (2008) citam que a partir de transposição de prevalência das estimativas Norte-Americanas, os índices seriam de 24,2% para doença mental, 6,0% para Doença Mental Severa e 3,1% para Doença Mental Persistente.

Estudos em todo Brasil mostram a alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns nas unidades de Atenção Primária e na comunidade (Fonseca, Guimarães e Vasconcelos, 2008). O termo “transtornos mentais comuns” (TMC) tem sido utilizado em pesquisas no campo da epidemiologia psiquiátrica para designar indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM- IV) e da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), mas que apresentam fadiga, irritabilidade, insônia, mal-estar, esquecimentos, queixas somáticas.

Em Olinda, Pernambuco, Ludermir e Melo Filho (2002) numa pesquisa de amostra domiciliar aleatória realizada em 1993 com indivíduos acima de 15 anos, encontraram prevalência total dos transtornos mentais comuns (TMC) de 35%. Os

trabalhadores manuais informais e os indivíduos com pior situação de renda familiar *per capita* apresentaram maior prevalência de TMC.

Na cidade de São Paulo, Maragno et al. (2006) pesquisaram a prevalência de TMC em pacientes do PSF- Qualis, e encontraram um índice de 24,95%, e maior vulnerabilidade entre mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda *per capita*.

No interior de Minas Gerais, Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007) em estudo realizado com objetivo de verificar a ocorrência de TMC em usuários do PSF, encontraram índice global elevado (37,8%), destacando-se as taxas significativamente mais elevadas no escore global para os homens, com 45,1%, apresentando sintomas, comparativamente a 32,6% das mulheres. Porém, as mulheres apresentaram porcentagens mais elevadas de perfil sintomático na subescala que se refere ao desejo de morte, 44,1% contra 29,9% dos homens. Este estudo revela importantes diferenças quanto ao gênero e a sintomatologia.

Em Petrópolis, Rio de Janeiro, Fortes, Villano e Lopes (2008) estudaram o perfil nosológico e a prevalência de TMC em pacientes atendidos pelo PSF e detectaram que

As categorias nosológicas mais encontradas entre os pacientes com transtornos mentais comuns positivos foram depressão e ansiedade, junto com transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de dor somatoforme e transtornos dissociativos. Houve alta frequência de comorbidade, especialmente entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos (p.32).

Na revisão bibliográfica feita sobre TMC em pesquisas no Brasil, Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) concluíram:

Falta de capacitação adequada para as equipes de saúde lidarem com formas de sofrimento não classificadas nos manuais diagnósticos; ausência de políticas públicas e metodologias saúde. A reflexão sobre esse tema, assim como a criação de espaços de acolhimento e escuta sensível para usuários e profissionais são de fundamental importância para que essas manifestações de sofrimento recebam o cuidado e a atenção adequados nos serviços de saúde (p.285).

Reiterando os autores acima, a disparidade ou até mesmo a contradição em que temos de um lado um grande número de pesquisas apontando para alta prevalência destes Transtornos Mentais Comuns, no Brasil e no mundo, transtornos

não menos importantes que os transtornos mentais graves, pois também geram limitações, incapacidades e sofrimentos. De outro lado temos a omissão das políticas públicas que pouco fala a esse respeito. Todas as tendências de atendimento, capacitação, apoio matricial, são voltadas para os transtornos mentais com classificação nos manuais, “patologias diagnosticadas” e a atenção básica passaria a observar, diagnosticar e tratar os transtornos mentais leves, como depressões e ansiedades, ainda distantes de observar os TMC, que também gritam a sua porta. Como coloca Onocko Campos e Gama (2008) “para os transtornos mentais menos graves, percebe-se a ausência de políticas mais efetivas e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental” (p. 223).

II. 3.1- CLÍNICA AMPLIADA, APOIO MATRICIAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS, que visa à priorização de atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários para uma consolidação do SUS. “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Brasil, 2004).

Para que ocorra a responsabilização e o vínculo terapêutico, práticas de atenção integral a saúde e para ampliação da clínica, questões necessárias para humanização do SUS, há necessidade de mudança nos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. O que por sua vez, depende de uma mudança na estrutura do poder existente (Brasil, 2004), ou seja, uma nova estrutura, onde as decisões sejam construídas de forma horizontalizada e não verticalizada.

Segundo o Ministério da Saúde, a clínica ampliada é:

- um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular;
- assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;

- buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE;
- RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores [...];
- assumir um compromisso ÉTICO profundo (Brasil, 2008b, p. 12-Grifo do documento).

“Uma clínica ampliada necessita de uma construção cotidiana pelo conjunto dos trabalhadores bem como de um processo de organização e gestão do trabalho que possibilite essa construção” (Brasil, 2005b, p. 62).

Para Campos (2003) a clínica ampliada inclui além da doença, a pessoa e seu contexto, que consiga compreender de forma ampliada, a pessoa e seu processo de sofrimento e adoecimento e possa a partir desse entendimento, construir projetos terapêuticos que visem intervir nas diversas dimensões desse adoecimento. Um desafio à clínica é enfrentar a fragmentação decorrente da especialização, não somente com a transdisciplinaridade, mas

centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre clínico de referência e sua clientela [...] operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros (p. 64).

O profissional de saúde nessa perspectiva de clínica ampliada precisa desenvolver a capacidade de auxiliar a pessoa a viver às vezes com a doença, apesar da doença, mesmo havendo limitações, que elas não impossibilitem de viver outras coisas, contribuindo assim para que o usuário tenha “capacidade de equilibrar a doença com a PRODUÇÃO DE VIDA” (Brasil, 2008b, p. 15 - grifo do documento).

Outro aspecto muito importante nessa discussão é à busca da autonomia do sujeito, não o vendo somente como “paciente”, no sentido passivo da palavra, mas como ator, construtor de sua vida. Autonomia é entendida tal como Campos e Amaral (2007) ressaltam

um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade,

a condição debilitante –hipertensão, diabetes, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente está envolvida (p. 852).

As equipes de referência e o apoio matricial são arranjos organizacionais, que tem como característica a transversalidade, que possibilitam a produção de relações que perpassem os trabalhadores e usuários, favorecendo a construção da clínica ampliada (Brasil, 2004).

Assim, as equipes de referência responsabilizam-se pela população adscrita, que pode se articular a partir de uma organização territorial. No caso de equipes de Saúde da Família, essas se responsabilizariam pela atenção integral a saúde, oferecendo um atendimento com vínculo e acolhimento, cuidando da saúde em todos os seus aspectos, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos necessários (Brasil, 2004).

O apoio matricial nesse contexto viria como complementar à equipe de referência, já que ela “é a responsável pelos SEUS pacientes, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio” (Brasil, 2004, p. 11, grifo do documento).

Apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas, equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilidade pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto à família e comunidade ou em atendimentos conjuntos (Brasil, 2003b, p. 4).

Segundo Campos e Domitti (2007) o apoio matricial é uma metodologia complementar aos sistemas hierarquizados: mecanismo de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. Esse vem para oferecer retaguarda assistencial, apoio pedagógico às equipes de referência. Com o apoiador matricial sendo o especialista que agrega conhecimento técnico e recursos a equipe de referência, visando uma intervenção com maior eficácia e eficiência.

Eles sugerem que para estabelecimento do contato entre equipe de referência e apoiadores, haja duas maneiras básicas: encontros periódicos e

regulares e possibilidade de acionar por meios diretos de comunicação, como telefone e e-mail o apoiador em casos de urgência.

Nos encontros periódicos “objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos” (Campos e Domitti, 2007, p. 401). Nos contatos de urgência preconiza-se o contato pessoal em detrimento do habitual encaminhamento feito através de impressos que o usuário portaria. Para essas situações, Campos e Domitti (2007) recomendam avaliação de risco.

A equipe de referência e o apoio matricial, juntos numa troca de saberes, constroem, formulam e reformulam um projeto terapêutico singular (PTS). “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Brasil, 2008b, p. 40).

Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergeticamente articulados pelo Campo, pelo interesse comum na melhoria das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na validação e na construção de novos saberes e práticas em saúde (Oliveira, 2008a, p.274).

O termo projeto terapêutico, já vem sendo utilizado no campo da saúde mental há algum tempo. Segundo Oliveira (2008b), o conceito de projeto terapêutico mais próximo do que ele considera o projeto terapêutico singular que deve ser utilizado atualmente, surge no movimento da luta antimanicomial em Santos (SP). No momento da intervenção ao manicômio e da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), novas problemáticas surgem, e um redirecionamento dos processos terapêuticos se fez necessário. O objetivo visado foi modificado, de promover a cura, para promover a emancipação. Nesta experiência, os profissionais de referência, juntamente com usuários e familiares, firmavam contratos de projetos e faziam freqüentes discussões entre a equipe sobre produção das relações e projetos terapêuticos. Segundo Campos e Domitti (2007, p.401) “O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado”, pois defende que “não há clínica eficaz sem personalização e contextualização dos projetos ou programas terapêuticos” (Campos, 1998, p. 868).

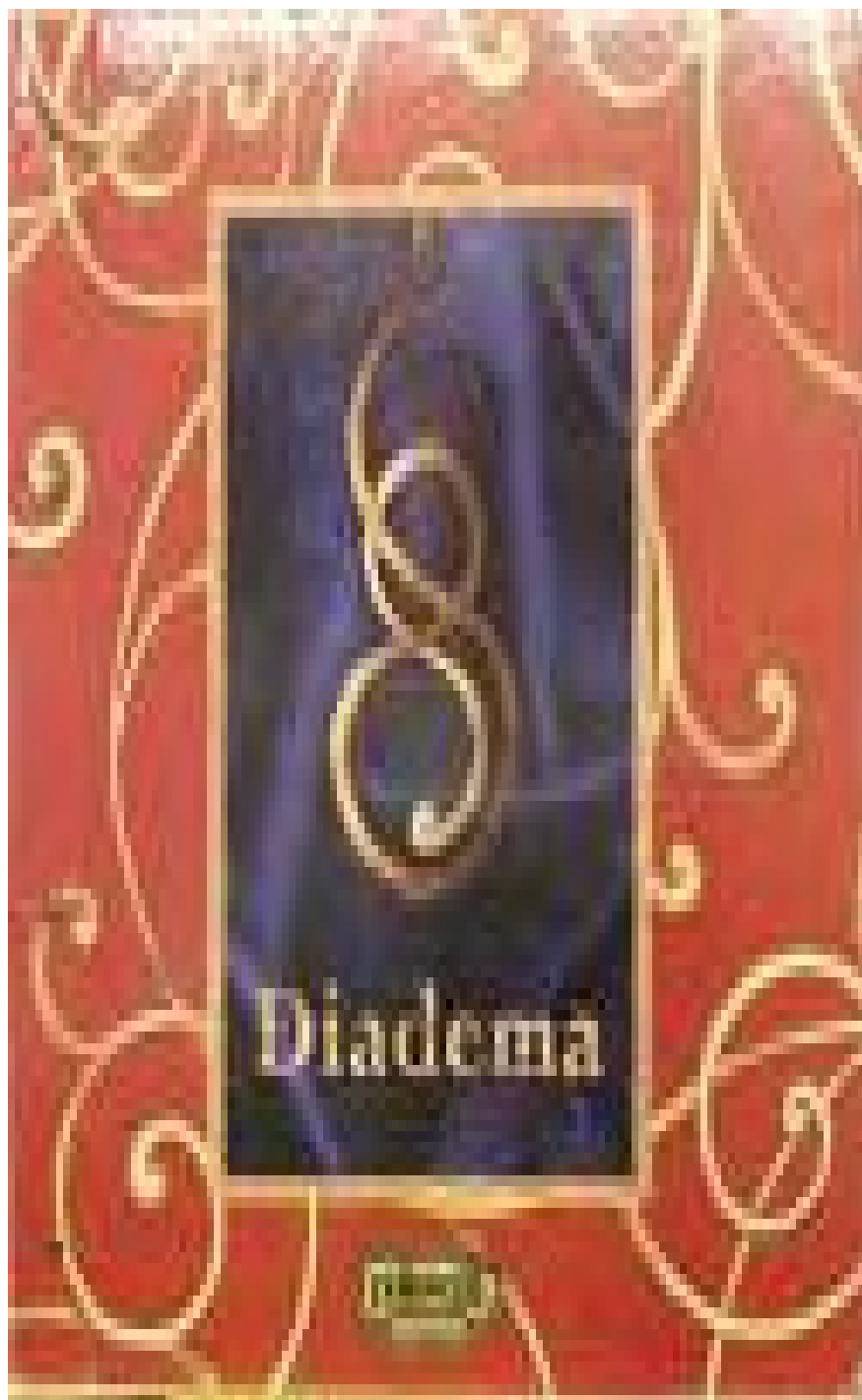
A formulação do PTS pode ser entendida como processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Nesse sentido entende-se que deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização entre os sujeitos no PTS (Oliveira, 2008b, p. 286).

Para esse autor, a formulação do PTS necessita da realização de três movimentos sobrepostos e articulados: a co-produção da problematização; a co-produção de projeto e a co-gestão/ avaliação do processo.

O primeiro movimento possibilita o acesso dos sujeitos à singularidade do caso que além da discussão em equipe, se faz necessário à proximidade, o contato direto com o usuário. No segundo movimento, busca conciliar as práticas de planejamento com a construção de novas realidades possíveis, num entendimento profundo do caso, pela equipe e pelo próprio usuário, a partir do movimento anterior, busca objetivos viáveis não perdendo de vista a singularidade do caso e a produção de saúde e autonomia. Já a co-gestão/ avaliação, o terceiro movimento, a designação de um profissional de referência do caso, pode favorecer o processo, sendo este aquele que articula e vigia o processo, possibilitando uma dinâmica de continuidade entre formulação, ações e reavaliação (Oliveira, 2008b).

O Ministério da Saúde propõe que o PTS tenha momentos semelhantes, mas os nomeia como: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação (Brasil, 2008b).

Campos (1998) coloca que em sua experiência na implantação de um modelo de gestão democrática, percebe que ao se ampliar espaços de trocas de informações, de discussões de questões onde se intercambiam saberes como o projeto terapêutico entre outras, há uma potencialização do amadurecimento dos profissionais envolvidos “para lidar tanto com aspectos técnicos, quanto políticos, humanos ou éticos, ou seja, crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas e estabelecer negociações e consensos” (p. 870).



Teoria das Representações Sociais

III - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para realização desta pesquisa utilizou-se da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida inicialmente por Serge Moscovici, em 1961, na França, em seu trabalho intitulado *La psychanalyse, son image et son public*, onde trás os primeiros delineamentos de tal teoria, propondo uma psicossociologia do conhecimento. Partindo de uma tradição européia, de uma psicologia social socialmente orientada, considera tanto os comportamentos individuais quanto os fatos sociais em sua concretude e singularidade histórica. Para ele a realidade é socialmente construída, e o saber uma construção do sujeito. Resgatou o conceito de Representações Coletivas de Durkheim, que procurava dar conta dos fenômenos como religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo.

Para Durkheim (apud Moscovici, 1978), os indivíduos seriam portadores e usuários das representações coletivas; os fatos sociais só poderiam ser explicados por outros fatos sociais, e defendia um rompimento da Psicologia com a Sociologia.

Moscovici, por sua vez, buscava a interface da Psicologia e Sociologia, modernizou o conceito durkheimiano, considerando a complexidade das relações contemporâneas, ideológicas, políticas, científicas. Com essa perspectiva, torna o conceito operacional para ser aplicado a essa nova sociedade. Trazendo uma plasticidade que busca captar um fenômeno móvel, que, segundo o próprio Moscovici, é o que garante que a teoria perdure. (Spink, 1995; Guareschi e Jovchelovitch, 2000; Arruda, 2002).

Segundo essa teoria as representações sociais são concepções que circulam em determinada coletividade contribuindo para a formação de uma visão de mundo própria àquele grupo social. As representações sociais “circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano” (Moscovici, 1978, p. 41).

Para esse autor as representações sociais são “como ‘teorias’, ‘ciências coletivas’ *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real” (Moscovici,

1978, p.50). Segundo o autor (2004) dois processos geram as representações sociais: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem é o “processo que transforma algo estranho [...] em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (p. 61). Quando um objeto a ser representado é comparado com as categorias pré-existente, adquire características dessa categoria e é re-ajustado para se enquadrar a ela. Ancorar é classificar e denominar. É dar uma identidade social àquilo que não era conhecido. Ao categorizar cada objeto, se estabelece uma relação positiva ou negativa com o mesmo (Moscovici, 2004).

O processo de “objetivação une a idéia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade” (p. 71). Objetivar é reproduzir um conceito em uma imagem, materializar um objeto abstrato, naturalizá-lo. Uma vez que as palavras não falam sobre nada, tende-se a ligá-las a imagens, buscar equivalentes não-verbais. Porém, nem todas as palavras podem ser ligadas às imagens, uma vez que a disponibilidade de imagens é menor. Assim, o autor chamou de núcleo figurativo um complexo de imagens que representam um complexo de idéias (Moscovici, 2004). Jodelet (1984 apud Sá, 1995) descreve três fases do processo de objetivação:

(1) seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais normativos; (2) formação de um “núcleo figurativo”, a partir dos elementos selecionados, como uma estrutura imaginante que reproduz a estrutura consensual; (3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, pela qual finalmente, “as figuras, elementos do pensamento, tornam-se elementos da realidade referentes para o conceito” (p. 41).

A Teoria das Representações Sociais tem sido muito utilizada em diversas pesquisas na área de saúde como as de Avellar (1992), Good (1994 apud Gomes, Mendonça e Pontes, 2002), Minayo (2000), Herzlich (2005) e Jodelet (2005), das quais serão destacados alguns aspectos.

Avellar (1992) realizou pesquisa sobre as representações das perturbações psíquicas e estratégias para sua resolução. Conclui que a representação do problema orienta a busca terapêutica. Quanto menos identificada essa representação, maior diversidade de buscas terapêuticas é encontrada.

Também são variadas as buscas terapêuticas quando a representação mais forte é a de que o problema deve ser resolvido a qualquer custo. Dentre as terapêuticas procuradas estão: psicólogo, médico, farmacêutico, psiquiatra, que caracterizam soluções medicalizadas; e a igreja, centro espírita, benzedeira, chás, que caracterizam as soluções não medicalizadas.

Good (1994 apud Gomes, Mendonça e Pontes, 2002) destaca quatro abordagens das representações da doença, ressaltando que esta não pode ser analisada por um único ponto de vista, dada a complexidade da questão.

Para o autor, a primeira abordagem, visa compreender as representações da doença com base no senso-comum, sendo a doença considerada natural. A análise de crenças populares sugere uma neutralidade política e psicológica. A segunda abordagem tem por base a antropologia cognitiva voltada para a investigação de como é estruturada a percepção através da linguagem e da cultura. Os modelos da doença são estudados em termos formais e semânticos. Existe entre suas vertentes um posicionamento das representações como termos mentalísticos, abstraídos do conhecimento incorporado, da influência e das forças sociais e históricas que moldam significados de doença. Na terceira abordagem, as representações de doença são centradas no significado, sendo constituídas culturalmente, é considerada interpretativa. Investiga como significados e práticas interpretativas interagem com processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzir formas distintas de doença e trajetória de doença. A quarta é a abordagem crítica, que entende as representações como mistificação. Tem base no pensamento neomarxista, busca elucidar a representação da saúde considerando as forças políticas e econômicas que interferem nas relações interpessoais, moldando comportamentos sociais e condicionando experiências coletivas. Considera assim, como as representações de doença podem servir de interesse para aqueles que se encontram no poder.

Minayo (2000) compartilha desta quarta abordagem, considera a necessidade de examinar a representação da doença, a partir de substratos econômicos, políticos e culturais. Numa sociedade capitalista baseada nas contradições, na divisão de classes, na desigualdade, tais condições se refletem na representação de doença.

As representações dominantes em toda sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica. Intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia que se expressa em torno do setor saúde, o médico é ao mesmo tempo o principal agente do conhecimento (p. 180).

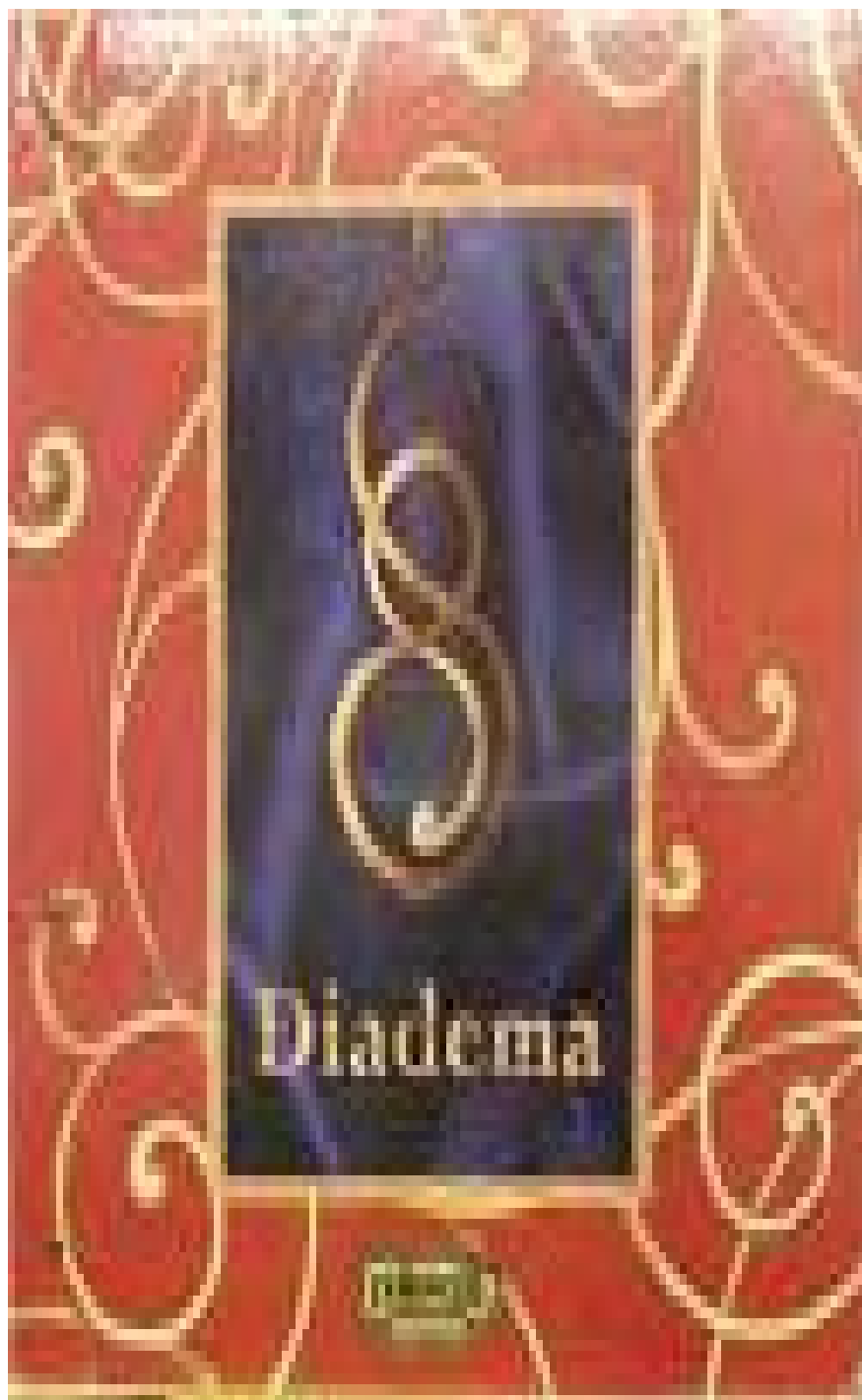
Para essa autora há uma formação ideológica embutida nas representações, com a medicina sendo importante veiculador de tal ideologia, que apresentam uma imagem da realidade que ignora as contradições da vida real. Assim, cai sobre a pessoa a responsabilização da doença, ou sobre o biológico, ou ainda sobre “modo de vida moderno” (aspas da autora).

Herzlich (2005) situa seu trabalho sobre as representações de saúde e doença, na linha de trabalhos antropológicos, que mostram que em cada sociedade existe um discurso sobre doença que é um via de acesso ao conjunto de concepções, valores e relações de sentido de tal sociedade. Para ela “a dupla oposição ‘saúde–doença’ e ‘indivíduo–sociedade’, que organiza a representação, dá sentido à doença. Por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas ‘imposições’, tais como o indivíduo as vive” (p.60).

Jodelet (2005) realizou importante pesquisa em uma comunidade na França, Ainay-le-Château, sobre a representação social da loucura, comunidade esta que desde o início do século XX possui uma instituição psiquiátrica aberta, praticando a instalação familiar de doentes mentais. Conclui que existem mecanismos de distanciamento e proteção, inclusive com demarcação territorial, a presença de conflito associado a um sentimento de ameaça, medo. A organização social se articula sob angustias frente a imagens da loucura. Existe uma necessidade interna de estabelecer diferenças entre o louco e o cidadão. A comunidade, através de rituais, se defende da proximidade com a loucura e do medo de fusão e contágio da doença mental, que são simbólicos. Tais mecanismos de distanciamento, segregação, acabam por não diferir dos reais muros dos hospitais psiquiátricos. E as representações da loucura criam muros imaginários que mantêm a exclusão.

As representações sociais na área da saúde e principalmente saúde mental, já tem uma bagagem, uma importante experiência. Assim tal teoria pode contribuir para a compreensão das representações sociais sobre saúde mental dos

médicos generalistas de Diadema, principalmente em um momento em que as propostas de mudanças paradigmáticas são recentes e diversas representações estão em construção, inclusive da própria Estratégia de Saúde da Família, do próprio médico generalista.



Objetivos

IV –OBJETIVOS:

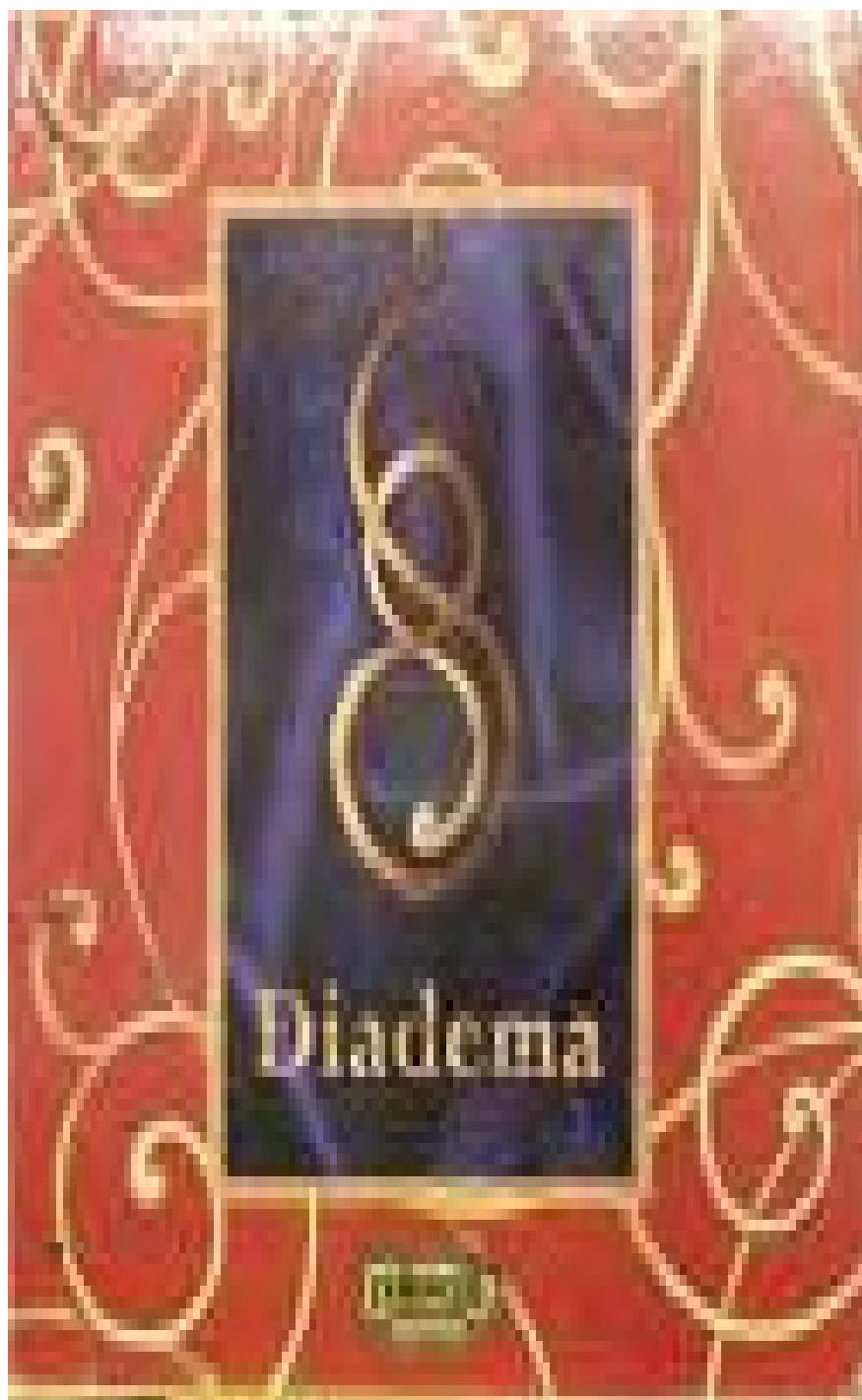
GERAL

Analisar as representações sociais em Saúde Mental na perspectiva de médico generalista da Estratégia de Saúde da Família do município de Diadema - SP.

ESPECÍFICOS

Verificar conhecimentos, sentimentos e opiniões de médicos generalistas da ESF de Diadema sobre:

- Aspectos de Políticas Públicas de Saúde Mental;
- O portador de transtorno mental;
- A saúde mental.



Justificativa

V – JUSTIFICATIVA

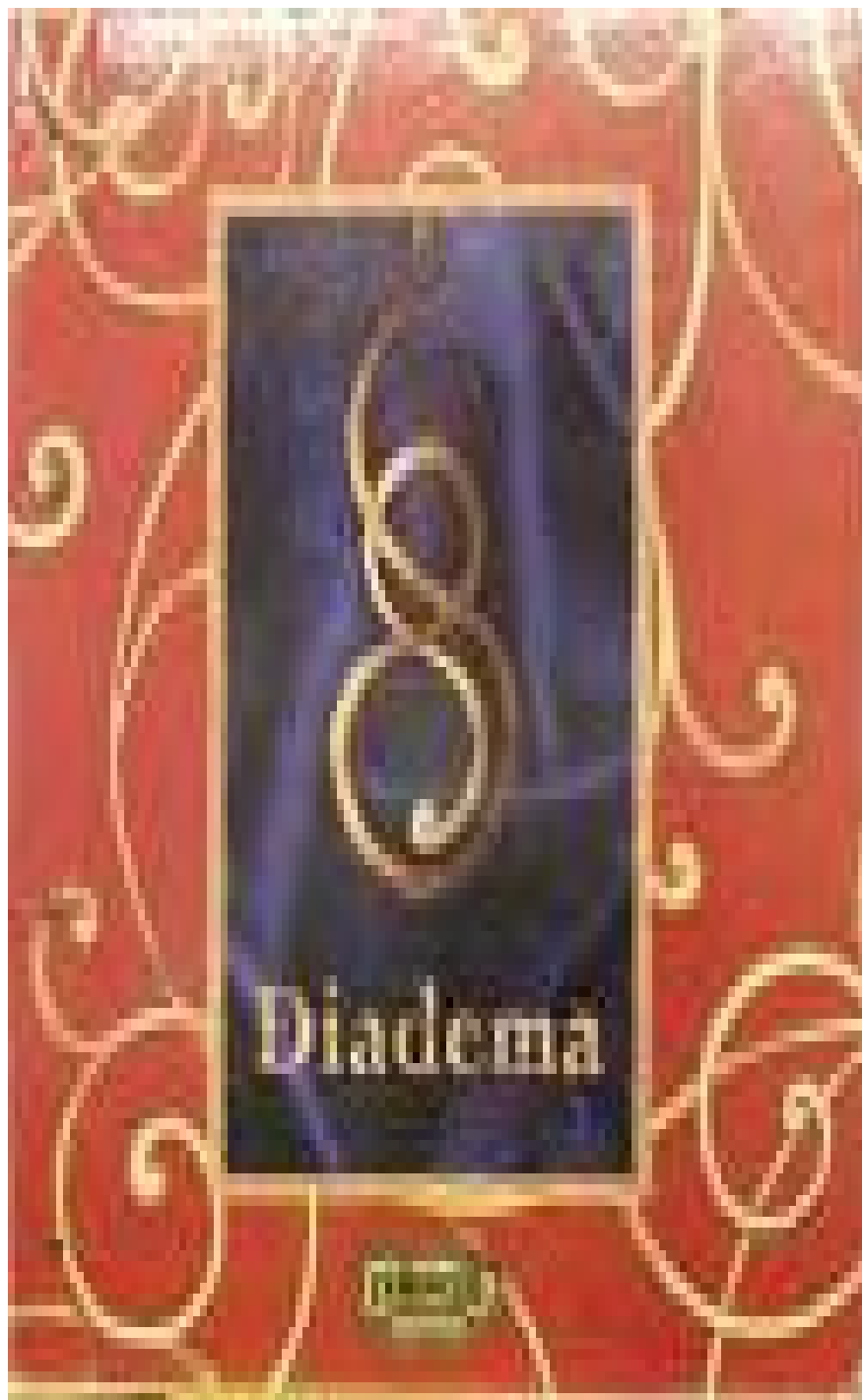
Na Estratégia de Saúde da Família, o trabalho em equipe segue o princípio da co-responsabilidade sanitária, embora na prática ainda haja conflito entre divisão de trabalho e poder na equipe (Rocha, 2005). Assim o médico, às vezes, mostra-se resistente, ou ainda com dificuldade de assimilar um novo modelo não centrado em seu poder, principalmente pela escassez de profissionais formados especificamente para tal estratégia, com uma formação em sua maioria num modelo tradicional, voltada para medicalização e especialização.

Sabe-se que existe no momento uma preocupação com a reformulação curricular para profissões da área de saúde, com o objetivo de formar profissionais mais voltados para o modelo de saúde pública vigente, segundo princípios do SUS. Desde 2002 os Ministérios da Saúde e da Educação investem para que as instituições formadoras garantam uma formação mais adequada às necessidades da população, iniciando apenas nos cursos de medicina com o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e ampliando para outros cursos da área da saúde nos últimos anos com o Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Em várias universidades públicas, como a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que é a pioneira no Programa de Residência em Medicina da Família e Comunitária, tais mudanças já se iniciaram.

Para Breda e Augusto (2001), “pode-se trabalhar com duas pressuposições. Primeiro, que existe uma dicotomia no PSF, entre o modelo biomédico e o modelo popular de atenção. Segundo, que este programa, apesar de se constituir numa nova proposta de reorganização da atenção em saúde, não supera o modelo biomédico dominante” (p. 473).

Neste cenário apresentado, de transição de modelo médico, escolheu-se então para tal pesquisa, o próprio, o profissional da área médica, visando compreender suas representações sobre a Saúde Mental, visto que esse atende e atenderá portadores de sofrimento psíquico.

Ao final do processo, as informações sobre representação social encontradas, permitirão maior esclarecimento de como na Região Metropolitana de São Paulo, Diadema, seus médicos generalistas das Unidades de ESF, vivenciam a mudança do modelo biomédico para o modelo de base comunitária, para uma atenção à saúde de maneira integral, incluindo assim atenção à saúde mental. A partir das análises poderemos compreender como essas representações sobre saúde mental orientam seu trabalho, possibilitando novos subsídios para discussões acerca do processo e comparações com outras realidades já pesquisadas ou futuras pesquisas. Caso os achados encontrem nítidas dificuldades como os referidos em pesquisas anteriores, permitirá aos gestores e outros pesquisadores, repensarem estratégias políticas para alavancar e facilitar a mudança do modelo de atenção.



Considerações metodológicas

VI - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

VI. 1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

Diadema é um município situado na região do ABCD, na Grande São Paulo, com uma população de aproximadamente 400.000 habitantes distribuídos em seus 32 km quadrados e com 48 anos de emancipação política, sempre caracterizada por gestões de governos municipais oriundos do Partido dos Trabalhadores, com exceção apenas para o período de 1997 a 2000.

A cidade de Diadema é, notadamente, a segunda maior cidade do Brasil em densidade demográfica. Possui 357.064 habitantes (censo IBGE/2000), com uma taxa de crescimento populacional anual de 2,48 %. Em 2008, a estimativa populacional do Instituto era de 394.266 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 12.619,2 hab/km².

Diadema nos primórdios, servia de cidade dormitório, por sua localização próxima a São Bernardo do Campo, local no qual muitos empregos foram gerados a partir das grandes montadoras automotivas, sendo a alternativa mais barata e próxima ao campo de trabalho. Hoje a própria cidade tem seu elevado número de indústrias das mais variadas que empregam muitos trabalhadores. Assim, com sua curta história de emancipação, uma cidade nova, sua expansão foi vertiginosa e um grande número de imigrantes de outros estados, principalmente Minas Gerais e estados do nordeste construíram a cidade.

Esse fato também trás peculiaridades a cidade, um sotaque misto é ouvido em todos os locais, as comidas típicas do nordeste são vendidas na rua com apoio da prefeitura, como a tapioca, por exemplo, poucos dos moradores com mais de 35 anos são nascidos na cidade e imigrantes continuam chegando para a casa de familiares melhores sucedidos. A construção das casas cresce verticalmente, com cada andar pertencendo a um familiar. Muitos arranjos familiares são formados, com parentes morando debaixo do mesmo teto, tios, sobrinhos, irmãos casados com família. O pouco espaço físico da cidade e a chegada de novos familiares que ainda

precisavam estabilizar-se proporcionam esse arranjo de “grande família”.

Existe um movimento na cidade de “moradores” sazonais, isto é, familiares que vêm periodicamente uma vez por ano aproximadamente para a cidade tratar de seus problemas de saúde e se vão quando isso já foi resolvido, voltando no próximo ano ou quando necessitarem de atendimento, da atenção básica às especialidades e nível terciário. Os serviços de saúde, numa contramão, percebem também diminuição da demanda em período de fim de ano, com muitos moradores indo visitar sua terra natal.

O ano de 1991 foi um marco de todo um planejamento oficial da Secretaria da Saúde do município, particularmente com a estratégia de serviço para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais especificamente com trabalhos destinados à atenção materno infantil. Esse foi o ano de início da inclusão de psicólogos nas UBS (Rocha, 2008).

Nesse contexto, existe atualmente na rede de saúde mental:

- Três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), atendem pacientes com transtornos mentais graves, a partir de 15 anos, tendo leitos de atenção à crise;
- Um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD);
- Um Pronto Socorro;
- Um ambulatório de psiquiatria, realizando o atendimento psiquiátrico de pacientes com transtornos mentais moderados, a partir de 15 anos;
- Dez mini equipes de saúde mental nas UBS, referenciadas por região, com um psicólogo para adulto e um para criança e assistente social e fonoaudióloga. Três delas só possuem um psicólogo. Os casos de transtornos mentais leves em adultos estão sendo discutidos para o acompanhamento da clínica médica, dentro de um projeto da Secretaria da Saúde, no modelo de Apoio matricial;

- Um ambulatório de psiquiatria infantil, com um psiquiatra com carga horária de 12 horas, dois psicólogos e uma terapeuta ocupacional, o psiquiatra a partir do ano de 2005 e os demais profissionais a partir do final de 2008;
- Quatorze Unidades Básicas e três CAPS possuem terapia comunitária¹⁰.

No ano 1997 iniciou-se a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), a princípio em “Casas” específicas, chamadas Unidade de Saúde em Casa (USC), e depois nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) já existentes, tornando-se Unidades Mistas, e duas UBS transformaram-se em duas USC. Em 2008 houve uma grande expansão, das 19 Unidades existentes entre USC e UBS, somente quatro não se transformaram em 100% Saúde da Família. A partir de então não se utilizou mais a nomenclatura USC e todas voltaram a ser chamadas de UBS.

Deste modo as duas estratégias de atendimento primário coexistem, muitas vezes dentro do mesmo espaço físico, sendo que segundo Negrão (2009)¹¹ a Estratégia de Saúde da Família corresponde hoje a 66 % de cobertura do município, com expectativa de aumento da cobertura para 100% até fim de 2009.

No final de 2005 foi realizado treinamento a todos os clínicos das UBS e médicos generalistas do PSF, sobre Saúde Mental, ministrado por um psiquiatra e focado no diagnóstico e na medicalização, mas, ainda de modo incipiente, tratou-se sobre a importância da estratégia da escuta médica.

Em Diadema, o apoio matricial em saúde mental foi adotado com nome de matriciamento e implantado em 2007. Por seis meses, somente duas unidades foram pilotos deste, que tinha como profissional matriciador, o responsável pelo

¹⁰ Terapia comunitária foi desenvolvida em 1987 pelo professor Adalberto Barreto, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, segundo os seguintes pilares teóricos: pensamento sistêmico, antropologia cultural, teoria da comunicação, pedagogia de Paulo Freire e resiliência. É um espaço de ajuda mútua, através de abordagem grupal, onde um terapeuta é o mediador, num espaço para se falar das preocupações cotidianas. A escuta da história de vida das pessoas, possibilita o comprometimento, a ajuda mútua, despertando para a solidariedade e uma valorização da dinâmica interna de cada indivíduo e sua capacidade de transformação individual e coletiva. (Barreto, 2008). Está sendo adotada na atenção primária pelo Ministério da Saúde que realizou convênio em 2008 para formação de profissionais da ESF. Pretende desenvolver nos profissionais e lideranças comunitárias, competências necessárias para desenvolver rede de apoio social (Soares, 2008).

¹¹ Negrão, A. I (Prefeitura Municipal de Diadema - Secretaria de Saúde- Atenção Básica) comunicação pessoal, 2009.

processo, um psiquiatra que vinha mensalmente e se reunia com médicos, psicólogos, assistente social e fonoaudióloga que já pertenciam a Unidade Básica. Posteriormente o processo foi ampliado a toda cidade, porém no início com espaçamentos maiores de tempo, chegando há quase três meses. Em 2008 foi instituído que o processo seria mensal, tendo neste momento três psiquiatras responsáveis por este, que são vinculados ao Ambulatório de Saúde Mental, e são referência das áreas nas quais fazem o matriciamento. Esse tem duração de quatro horas, nas quais são discutidos casos e realizadas interconsultas quando necessárias.

Segundo Negrão (2008)¹² quase todas as dezenove unidades possuem assistente social, mas equipes completas com psicólogo e fonoaudiólogo são somente dez. Deste modo os psicólogos de referência de UBS que não possuem o profissional passaram também a participar do matriciamento nessas Unidades.

Em 2009 foi iniciada a implantação de um projeto da Secretaria de Saúde, que visa ampliar a discussão sobre o cuidado, a princípio com enfoque na saúde mental, através de formação teórica a todos os funcionários da Atenção Básica e CAPS e outras práticas como rodas de discussão sobre o cuidado nos espaços coletivos já existentes como o matriciamento, reuniões de equipe, reuniões gerais e outros espaços já consolidados ou a construir. Para tal foi criada uma equipe de apoio gestor com integrantes de diferentes equipamentos da Secretaria de Saúde que darão suporte as discussões em cada UBS.

VI. 2 - METODOLOGIA

SOBRE A AMOSTRA:

Para Minayo (2000) “a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas múltiplas dimensões” (p. 102). Deve ter um conjunto diversificado de

¹² Ana Íria Negrão (Prefeitura Municipal de Diadema - Secretaria de Saúde - Atenção Básica) comunicação pessoal, 2008.

informantes, para que possam ser apreendidas as semelhanças e diferenças. Nestes preceitos, a amostragem utilizada foi de médicos generalistas do ESF que trabalham na Prefeitura Municipal de Diadema há pelo menos um ano, em regime de trabalho estatutário ou CLT, de ambos os sexos e idade variada. A exigência do período mínimo colocada é por considerar-se que em período de tempo menor, o médico ainda não se tornou parte do grupo de generalistas, podendo não compartilhar suas representações sociais. A seleção dos entrevistados foi feita pela gerência da UBS.

Em um primeiro momento, no início da pesquisa, foi solicitada autorização da Secretaria de Saúde do município para realização das entrevistas, posteriormente foi realizado contato telefônico com a gerência de cada Unidade, quando foram explicadas a natureza do trabalho e a necessidade de a entrevista ser realizada com profissional que tivesse mais de um ano de ESF. Esses então indicaram um profissional, houve agendamento posterior, com o gerente ou o próprio médico e as entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, sendo a amostra de um médico por Unidade. Existem dezenove Unidades Básicas, mas a entrevista foi possível somente em onze, sendo uma delas utilizada como piloto. Das demais Unidades, uma delas a gerência colocou limitações para a entrevista pela falta de médicos nas outras equipes da Unidade, deixando a agenda da única médica muito comprometida; as outras sete Unidades não possuíam médico generalista com mais de um ano de experiência em Saúde da Família.

SOBRE O MÉTODO

Richardson et al (1999) define a pesquisa qualitativa “como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamento” (p. 90).

Deste modo à pesquisa foi de natureza qualitativa, sendo entendida como capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais [...]” (Minayo, 2000, p. 10). O objeto é complexo, contraditório, em constante transformação, carregado de historicidade,

cultura, política, ideologia, aspectos não quantificáveis. Mas há necessidade de entendermos a inseparabilidade e interdependência do que é quantificável e o que é qualificável, não como sendo aspectos contrapostos (Minayo, 2000).

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a entrevista, que como aponta Minayo (1995).

busca informes contidos nas falas dos atores sociais. Não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p.52).

A entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores sociais. Esta por sua vez foi semi-estruturada em que o entrevistado teve possibilidade de discorrer o tema proposto sem condições pré-fixadas (Minayo, 2000), tendo como base um roteiro geral (ANEXO II) sobre os aspectos a serem investigados, propiciando a inclusão de novas questões no decorrer da entrevista. Essas foram gravadas em gravador portátil e imediatamente transcritas na íntegra, havendo um período de leitura e releitura do material colhido para ser analisado pela pesquisadora. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram realizadas na sala de atendimento dos médicos, na unidade de saúde.

Para Souza Filho (1995) “o ideal seria usar a forma de linguagem e situação o mais perto possível da realidade natural onde (e como) o fenômeno ocorre” (p.115). Sendo assim, optou-se em realizar as entrevistas no local de trabalho, onde o médico depara-se com questões de saúde mental. O autor considera que as técnicas verbais, como as utilizadas na entrevista semi-estruturada, são a forma mais comum de acessar as representações.

Segundo Lane (1995), nas representações “pode-se detectar os valores, ideologia e as contradições, enfim, aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social, sem a necessidade de inferir predisposições que pouco garantem uma relação causal com o comportamento” (p.59).

O conteúdo dos assuntos levantados nas entrevistas abordou conhecimentos, sentimentos e opiniões sobre:

- Aspectos de Políticas Públicas de Saúde Mental;
- O doente mental;
- A saúde mental;

- Atendimento cotidiano de doença mental (portadores de sofrimento psíquico)

Também foram coletados dados sócio-demográficos da amostra (idade, sexo, estado civil, formação, tempo de trabalho em ESF), para melhor compreensão da mesma.

As entrevistas foram analisadas segundo o referencial da teoria das representações sociais. No tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo através da qual foi possível a apreensão das representações sociais em saúde mental dos médicos generalistas.

Três eixos foram pré-definidos e nortearam o roteiro de entrevista:

- Políticas em saúde mental;
- saúde mental;
- transtorno mental¹³.

Após cada entrevista realizada, a transcrição foi realizada o mais breve possível, o que possibilitou além da escuta do áudio, resgate de memória da entrevistadora observando emoções expressas além das palavras. Foram anotadas ao final das entrevistas, primeiras impressões, conteúdos que num primeiro momento após a entrevista, chamaram a atenção. Posteriormente foi realizada leitura flutuante de todas as entrevistas que possibilitou emergir os contornos das primeiras unidades de sentido, a partir das quais, foram construídas por eixos (políticas de saúde mental, saúde mental e transtorno mental) as árvores de representação que serão mostradas mais à frente. Posteriormente foi realizada análise tendo como base a teoria das representações sociais.

Para Oliveira et al (2003) “o objetivo de toda análise de conteúdo é o de assinalar e classificar de maneira exaustiva e objetiva todas as unidades de sentido existentes no texto. Além de permitir que sobressaíam do documento suas grandes linhas, suas principais regularidades” (p. 16).

Segundo Bardin (2004, p. 95) “as fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos”, são eles:

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

¹³ Utilizamos o termo transtorno mental e não sofrimento psíquico por ser um termo médico, e facilitar a comunicação no momento da entrevista.

A pré-análise é uma fase mais intuitiva, organizativa, tendo por objetivo organizar um plano de análise, através de sistematização e operacionalização das idéias iniciais. Normalmente essa fase possui três tarefas: escolha dos documentos; formulação das hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que norteiam a interpretação final (Bardin, 2004).

Como primeira atividade dentro da pré-análise, surge a leitura flutuante, que possibilita imersão do pesquisador em todo conteúdo, deixando-se invadir por impressões e orientações. Vão emergindo hipóteses e projeções de teorias sobre o material ao longo do trabalho (Bardin, 2004).

A escolha dos documentos pode ser determinada *a priori*, ou após a definição do objetivo. No caso desta pesquisa, os documentos referem-se às entrevistas. Após a demarcação do universo, pode ser necessário proceder-se à constituição de um *corpus*, que seria o conjunto dos documentos a serem analisados. Para criação do corpus, necessita-se de regras como:

- regra de exaustividade (não pode deixar de fora nenhum elemento que não possa ser justificado no plano de rigor);
- regra da representatividade (amostra deve ser parte representativa do universo inicial, podendo os resultados serem generalizados ao todo);
- regra da homogeneidade (os documentos precisam obedecer a critério preciso de escolha, sendo homogêneos, não tendo espaço para diversas singularidades fora dos critérios);
- regra de pertinência (documentos adequados ao objetivo que suscita a análise) (Bardin, 2004).

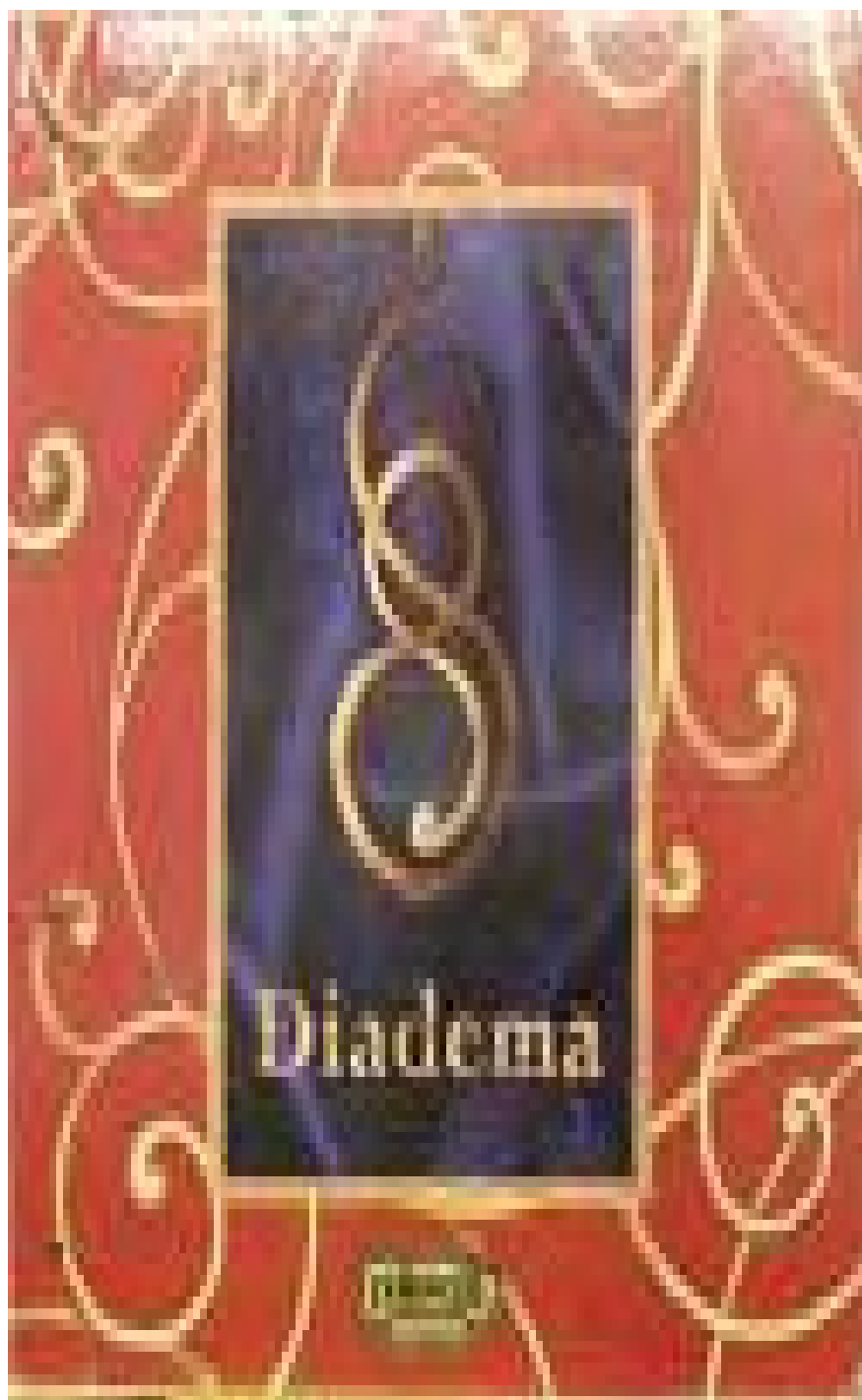
Ao final, o tratamento dos resultados deve ser trabalhado de maneira a serem significativos e válidos. Após os resultados, o pesquisador pode propor inferências e realizar interpretações a partir dos objetivos previstos (Bardin, 2004).

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu, que segue as determinações da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (CONEP). Todos os participantes do projeto assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) e só participaram aqueles que voluntariamente o desejaram, sendo assegurado o sigilo de suas respostas e a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem sanções (Brasil, 1996).

Antes do início de cada entrevista o TCLE foi lido para o entrevistado e retirada qualquer dúvida possível sobre o processo. Assinando posteriormente as duas vias, sendo que uma delas ficou em poder do entrevistado e a outra com o pesquisador. A própria pesquisadora realizou todas as entrevistas e na análise que se segue os nomes foram substituídos por nomes fictícios para garantir sigilo e anonimato.



Apresentação e discussão dos resultados

VII - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Como colocado anteriormente, foram entrevistados dez médicos generalistas, sendo cada um de uma Unidade Básica diferente, abrangendo diferentes regiões da cidade, em UBS com diferentes experiências, cultura, tempo de funcionamento como Unidade Básica ou como Unidade de Saúde da Família. Algumas haviam se transformado de Unidade Básica para Unidade Básica de Saúde da Família. Somente uma unidade referida nas UBS com entrevistados não era 100% Saúde da Família. Apresentam-se, a seguir, os dados gerais dos entrevistados, caracterizando a amostra pesquisada.

Quadro 1. Caracterização dos entrevistados

Profissional	Idade	Sexo	Formação	Tempo de experiência na profissão	Tempo de experiência em ESF
Ana	49 anos	feminino	Pediatria	25 anos	4 anos e meio
Cássio	37 anos	masculino	Oncologia, Medicina do trabalho e Medicina da família	11 anos	7 anos
Estela	28 anos	feminino	Clínica geral	3 anos	3 anos
Flávio	38 anos	masculino	Dermatologia e Acupuntura, capacitação em Saúde da família	14 anos	4 anos
Marta	57 anos	feminino	Medicina do trabalho, capacitação em Saúde da família	31 anos	1 ano e dois m.
Márcia	29 anos	feminino	Medicina da família e comunidade e Geriatria	4 anos	2 anos
Oscar	42 anos	masculino	Clínica geral	12 anos	2 anos
Patrícia	52 anos	feminino	Clínica geral e Nefrologia	25 anos	5 anos
Ricardo	68 anos	masculino	Clínica geral, Urologia, Medicina do trabalho e Acupuntura	37 anos	2 anos
Rosana	54 anos	feminino	Pediatria	30 anos	5 anos

Somente dois entrevistados declararam alguma formação anterior em nível de capacitação em Saúde Mental, um a realizou com recursos próprios, capacitação relacionada à dependência química; o outro a realizou pela própria Prefeitura, curso sobre saúde mental e trabalho.

Quanto à experiência em Saúde Mental anterior à inserção na Saúde da Família, nove declararam somente experiência no período de estágio da faculdade, no qual a disciplina tem duração de um semestre. Somente um tinha experiência na clínica médica com saúde mental.

Da formação em nível de pós-graduação, no curso de residência, uma grande variedade de especialidades médicas foi encontrada. Chama a atenção o fato de que quatro entrevistados ter mais de uma formação de especialista, sendo que somente dois com formação específica em Saúde da Família. Dois também referiram ter feito cursos (capacitação) em Saúde da Família, um declara experiência anterior inclusive ao Programa Saúde da Família, como generalista por dez anos.

A experiência profissional anterior como médico e juntamente com a experiência de Saúde da Família, variou de três a trinta e seis anos, numa média de 19,2 anos. Cinco dos entrevistados tinham experiência superior a 25 anos, três tinham experiência superior a 11 anos, somente dois tinham experiência inferior a cinco anos, o que mostra que a Saúde da Família tem despertado interesse de médicos já experientes, não somente de recém formados. Corrobora pesquisa realizada em São Paulo que identificou que quanto maior o tempo de formação, menor a rotatividade dos profissionais (Campos e Malink, 2008).

Em outro tópico observado verifica-se que o tempo de experiência dos profissionais em Saúde da Família variou entre um ano e dois meses e sete anos, numa média de 3,58 anos.

Somente um médico declara não participar do matriciamento¹⁴ em saúde mental, mas ter tido participações no início da implantação. Os demais declararam participar, um há três meses, dois há um ano e meio, e quatro a um ano, período em que foi implantado em toda cidade de maneira regular e com periodicidade mensal. A grande maioria dos profissionais, oito, passou a ter contato e experiência nesta área, somente após esse início de processo.

¹⁴ Utilizaremos o termo matriciamento, e não apoio matricial como coloca a portaria do Ministério da Saúde, por ser o termo adotado no município. E todas as vezes que o termo for utilizado, nos referimos ao apoio matricial em saúde mental.

VII. 1 - AS REPRESENTAÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Faz-se necessário observar que a representação social em saúde mental para os médicos generalistas de Diadema, está em recente processo de construção, pois somente com o início regular do matriciamento em saúde mental, há cerca de um ano, tal tema foi introduzido, como pode representar as falas a seguir:

Minha experiência em Saúde mental é mesmo no PSF. Na faculdade a gente faz né, seis meses no internato de psiquiatria, mas minha experiência é mais essa (Estela).

Esses atendimentos de saúde mental a gente veio fazer agora né. Tem o pessoal direcionando... E pra atender no sentido de... Antes não tinha não, eh... Então nesse aspecto a experiência é mínima (Ricardo).

Mesmo com todos fazendo a disciplina de psiquiatria na faculdade, não consideram como experiência. Alguns por acharem pouco tempo, em geral um semestre, e outros por referirem não ter interesse na época.

A faculdade, as faculdades em geral deixam um pouco a desejar a psiquiatria, é uma matéria de um semestre só e eu acho que deveria ser bem mais, né (Cássio).

Olha durante a faculdade os professores comentam alguma coisa, mas de eu ter estudado, lido, eu nunca me preocupei muito em estudar isso não, não foi um assunto que me despertou interesse (Márcia).

Na universidade a gente trabalhava com isso, leitura, né, porque não era de meu trabalho do dia-a-dia. Apenas alguma noção (Marta).

Dois médicos tiveram experiência anterior em Saúde Mental, um deles trabalhando na ESF de outro município onde havia atendimento conjunto com o psiquiatra. O outro refere interesse anterior pelo tema, estudando sozinho, solicitando auxílio de um colega de faculdade que é psiquiatra, no atendimento de pacientes oncológicos, anterior a trabalhar na ESF.

A compreensão de que saúde mental é um tema abrangente, que envolve necessariamente aspectos mais amplos que delineiam as atividades no campo da saúde mental, como o subtema das políticas públicas, que será discutido primeiro e o próprio transtorno mental, em sua concepção e contato cotidiano, que será discutido por último, é o que delineia a análise realizada.

Quanto às políticas públicas, questionamos sobre reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, chama a atenção que os entrevistados tinham nenhuma ou pouca informação, conhecimento ou opinião sobre Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Dois deles não tinham nenhuma informação ou faziam alguma idéia sobre os dois temas, um não sabia sobre a Reforma psiquiátrica, mas fazia alguma idéia sobre luta antimanicomial, outros dois referiam não saber sobre ambas, mas arriscaram deduções sobre os temas com certa aproximação do que de fato tratam. O restante, cinco, não tem clareza sobre os processos e os consideram a mesma coisa; somente um dos cinco, vê semelhança entre ideais de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial como compatíveis com os princípios da Estratégia de Saúde da Família, sendo assim capaz de se inserir no contexto geral, como mostra a fala a seguir sobre a luta antimanicomial:

em relação de as famílias tomarem conta dos seus familiares que tem problemas psiquiátricos, eles serem atendidos em Unidades do CAPS, acabar aquele internato, né, ad eterno. Na verdade eu acho que assim... Eu concordo plenamente com isso, né, e a proposta da saúde da família é exatamente esta, você conseguir acompanhar mais de perto, humanizar o tratamento o máximo possível (Estela).

O desconhecimento ou a falta de clareza sobre os temas faz-se questionar o papel do matriciamento como apoio pedagógico, parecendo ficar voltado para a prática de clínica médica: diagnóstico/ tratamento¹⁵, deixando de discutir questões mais amplas que embasam todo o processo de cuidado. O processo passa a ser visto, inclusive o próprio matriciamento, descolado de uma política pública, como se fosse uma política do município, descontextualizada. O que pode gerar nos profissionais da atenção básica, um sentimento de não pertencimento a um processo em construção. Pelo contrário, alguns se sentem forçados a assumir mais demandas que parece ser somente para cobrir falhas, falta de profissionais especialistas. As falas abaixo deixam claros tais sentimentos:

Eu não acho bacana... Esse matriciamento eu acho... Na minha opinião...eu acho que é pura enrolação. Porque não tem psiquiatra na rede, os caras fazem isso pra tentar contornar a situação. O que também não justifica colocar um monte de psiquiatra, e mandar os psiquiatras tudo pro Pronto Socorro. Que aí o cara também não vai acompanhar em nada, vai ficar trocando receita no Pronto Socorro. De receituário azul e medicação controlada (Cássio).

Na verdade, Diadema, é um município que tem muito poucos psiquiatras, então, acaba se dando bem se os médicos conseguirem fazer uma triagem melhor, aí passam pelo psiquiatra. Muitos... Eu digo que na nossa Unidade, a gente faz muito bem isso, as outras simplesmente ao isso, ou aquilo?(Flávio).

(transtorno mental) É uma doença que a gente tem tratado assim, até porque como não tem atendimento psiquiátrico pra todos os pacientes que tem transtornos realmente, então a gente faz aqui, acompanha com a psiquiatra (Estela).

Eu lido assim, que é uma responsabilidade a mais né, que o que eu to vendo na prefeitura assim é que é muito... muita coisa pra gente, então é só fazer, tudo vai ter matriciamento né, tem a saúde mental, tem G.O[...] tá tendo bastante, muitas coisas eles estão jogando pra gente mesmo, são laudos que a gente tem que fazer, mesmo psiquiátrico tem bastante laudo, eu não sei o que fazer, aí vem, tem que discutir com a Karina¹⁶ (psiquiatra matriciadora), pra ver o CID que eu posso por, e fica sobrando pra mim, todo mês fazendo aqui, então é muito trabalho, então já tem bastante trabalho e isso é uma coisa a mais (Ana).

O matriciamento na verdade é pra encobrir a falta de psiquiatra, ao contrário, não é pra... é pra jogar pra você os casos que eles consideram leves [...]Mas não é exclusividade de Diadema, psiquiatra no Brasil... é...não tem (Oscar).

Fica por vezes a impressão que o matriciamento é para empurrar demanda para a atenção básica, pela falta de psiquiatras suficiente na rede. Não se nega a dificuldade de contratação desse especialista, não só em Diadema, como em todo país. Há realmente escassez do profissional, mas olhando somente por esse prisma perde-se o foco da atenção territorializada de base comunitária, almejada por

¹⁵ Discutiremos em momento posterior mais profundamente a representação social do matriciamento abrangendo diagnóstico e medicação e a prática atual no município.

¹⁶ Os nomes referidos nas entrevistas foram alterados por nomes fictícios, para garantir anonimato e sigilo.

ideais da reforma psiquiátrica e corroborada nos princípios da ESF e a necessidade de alta resolutividade da atenção básica tão preconizada pelo Ministério da Saúde, que independe da escassez ou não do especialista.

Mesmo sem clareza sobre Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, algumas representações aparecem como o fim das internações psiquiátricas e o tratamento de base comunitária.



Figura 1 - Árvore de representações sobre políticas Públicas de saúde mental:
Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial

Quanto ao *fim das internações psiquiátricas*, oito entrevistados recorreram a esse tema, falando sobre a Reforma, a Luta Antimanicomial ou ambas, referindo-se ao fim das internações e/ou manicômios. Pensam como “fim”, sem considerarem alternativas como a existência de leitos de atenção à crises, nos CAPS ou Hospitais Gerais. Mesmo assim, somente dois entrevistados têm representações negativas sobre esse assunto. Um referindo a falta de assistência com o fim das internações, e a outra a questão da periculosidade.

O que aconteceu, a reforma psiquiátrica a primeira coisa dela foi acabar com a internação como se a internação deixasse as pessoas malucas, só que tem doente que tem que ser internado, o esquizofrênico em crise tem que ser internado, bipolar em crise de mania tem que ser internado, qualquer psicose tem que ser internado e você não consegue mais internar, só quem tem dinheiro, que tem clínica particular, o leito particular não vai acabar, acabou o leito SUS, então a família que não tem dinheiro, já não tem psiquiatra, não pode comprar os remédios mais caros que são melhores, quando o

doente tá em crise, porque vai entrar em crise porque não toma remédio, como ele vai ser internado? (Oscar).

reforma psiquiátrica é aquele negócio de fechar todos os locos da vida, e soltar os loucos por aí, deixar as famílias tomando conta, é isso [...] Mas eu acho que é uma coisa legal pra algumas... Alguns doentes, né, mas não serve pra todos. Tem uns caras meio violentos aí tem que ficar preso, num lugar fechado, são um risco pra sociedade [...] tem algumas pessoas que não tem possibilidade de ter convívio social, eles têm que ficar mesmo separado (Rosana).

A falta de conhecimento da rede substitutiva é um facilitador da manutenção de um pensamento manicomial: “soltar os loucos por aí”, sem respaldo, sem rede de atenção, e deixar para as famílias esse problema. As representações de ambos são diferentes no que tange a defesa à internação, Oscar a vendo como forma de assistência e Rosana como forma de controle. No entanto, ambos apresentam visão limitada sobre a Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, que, como já dito, todos não percebem diferenças no processo, tratando-os como equivalentes, numa visão em que se resume no fim das internações.

Amarante (1995b) coloca que os empresários que vivem da indústria da loucura, donos de hospitais psiquiátricos, por medo do que representa a reforma têm aterrorizado os familiares “deturpando os princípios da reforma, dizendo-lhes que o que se propõe é o fechamento dos hospícios e a devolução dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos nas ruas” (p. 493). Após mais de dez anos percebe-se que essa visão foi se reproduzindo e está fortemente presente nos dias atuais. É interessante como esses médicos internalizaram essa idéia, e mesmo sendo parte da rede substitutiva como trabalhadores da atenção básica, em processo de empoderamento de conhecimentos para atender essa nova população, ainda têm representações sociais ligadas a outro grupo social, não aos colegas de ESF.

Oscar vai além, defende a continuidade da internação, desqualificando, desacreditando dos relatos de abuso nos hospitais psiquiátricos:

Ficou aquela história de humanizar porque eu lembro de ter visto reportagens: o paciente tá comendo cocô porque não tem comida. Pô ele tá comendo cocô porque é maluco cara, não é porque não tem comida. O cara é maluco, pegou o cocô e comeu, então se criou esse negócio de que a internação... e tem toda aquela idéia de

castigar, de toalha molhada, de choque, que é tudo idéia errada, tanto que choque, é tratamento até hoje. O choque é tortura, mas eletroconvulsoterapia o paciente não sente dor, desmaia perde a consciência [...] Paciente diz que apanhou, que acordavam eles com água na mangueira, mentira, isso é alucinação dele, então isso é outro problema, porque a maior parte dos abusos que se conta de manicômio você não sabe se é verdade, porque o cara tem alucinação, como é que você pode confiar nele.

Num discurso muito próximo ao psiquiátrico, com termos médicos precisos, mostra familiaridade com o tema e representações fortemente influenciadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Defende o aparato hospitalar como forma de tratamento, afirmando sobre a Reforma Psiquiátrica: “Eu não concordo com ela, nenhum dos pontos dela e eu não to sozinho não”. Num segundo momento, refere diversas discussões, apoio e orientações recebidas de um colega de faculdade psiquiatria que pode ter influenciado suas representações.

Ele discute melhores soluções, desconhecendo que já existem tais princípios na Reforma: “eu concordo que com uma estrutura boa aproximadamente 70 % das internações seriam evitadas, mas ainda sobram trinta que você vai ter que internar, entendeu? Porque existe como qualquer doença paciente refratário a qualquer tratamento [...]”. Diferente de Rosana, ele tem um discurso mais instrumentalizado no que se refere à assistência, chega a referir “simpatia” ao portador de sofrimento psíquico e preocupação em seu atendimento e sua família. Queixa-se ainda: “Porque quando eles falam em reforma psiquiátrica eles só deram ênfase ao manicômio, ninguém falou em estruturar ambulatório, acompanhamento em casa, terapia, ninguém falou nada disso”. Quando faz críticas ao modelo, mostra sempre a preocupação na desassistência do doente e sua família, pontos que também serviram de crítica ao modelo Basagliano. Um conhecimento melhor dos princípios da Reforma Psiquiátrica poderia dar-lhe a resposta que ele já acha adequada, alternativas ao tratamento sem desassistir o portador de sofrimento psíquico e a família.

Rosana, porém, tem representações fortemente embasadas na periculosidade. Ao longo da entrevista relatou vários casos que envolviam pacientes com histórico de agressividade em algum momento, como que justificando sua representação.

De Tilio (2007) coloca que:

Mesmo com os avanços assegurados após a promulgação da lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), diferente da legislação italiana a lei brasileira não cessou a característica de periculosidade que o acometido supostamente possuiria, pois segundo os códigos penais e civis poderia a qualquer momento - devido a seu desajuste - cometer atos contra si próprio ou contra as relações sociais contratuais (p. 200).

Esse autor chama a atenção da necessidade de formação de profissionais que estejam cientes do conflito entre ideais da Reforma Psiquiátrica e nossos códigos legislativos e que estejam dispostos a lutar pela reestruturação desses e das práticas como maneira de efetivar os direitos do cidadão.

Morelo *et al* (2002) em pesquisa de opinião realizada em Belo Horizonte, também encontraram representações da loucura ligadas à incapacidade e à periculosidade, com 45,8% dos entrevistados considerando o louco como risco para sociedade, 40% dos entrevistados considerou que o louco é perigoso e 10,3% concordou com a afirmação de que os loucos cometem mais crimes violentos que as outras pessoas.

Assim as representações sociais de incapacidade e periculosidade construídas ao longo dos séculos na sociedade ocidental, influenciam tanto a opinião pública, quanto as nossas leis, assim como as leis auxiliam em sua manutenção. Morelo *et al* (2002) colocam que a concepção de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica deve ir além da clínica, numa intervenção no contexto social sobre a cultura capaz de desfazer os pilares que sustentam o estigma da loucura: incapacidade e periculosidade.

Dos demais entrevistados, uma ainda pensa na possibilidade de internação psiquiátrica Ana afirma: “Internação mesmo só em casos mais agudos, ou que esteja num trabalho mais psicótico, aí a gente interna”. Ela viveu a experiência de encaminhar um paciente seu para internação em hospital psiquiátrico, num momento quando havia só um CAPS na cidade e esse não era CAPS III, não tendo leitos de atenção à crise. Na cidade vizinha, São Bernardo, ainda existe um hospital psiquiátrico masculino em funcionamento que tem internação para psicóticos e dependentes químicos. Ela parece não saber das alterações no município a partir da implantação dos novos CAPS, que no momento tem três CAPS III. Sua representação construída a partir de experiência vivida, necessita de novas informações ou vivências para ser reconstruída. Apesar disso, Ana vê o fim das

internações como algo positivo, compartilhando a representação com outros cinco entrevistados:

[...] estão evitando a internação do paciente, tirando do convívio da família...Evitar tirar do convívio da família (Ana).

Na verdade se a gente for ver, de louco todo mundo tem um pouco, a loucura está na sociedade e a gente não pode excluir, tal e tal indivíduo, são... anti-sociais, fechar eles num ambulatório de saúde mental. Internar (Flávio)

[...] eu acho que tá sendo melhor pra família, que acha melhor que não tem que tá lá né isolado (Ricardo).

Bom, o pouco que eu sei, acho que bastante interessante, acho que era uma coisa retrógrada, na verdade, os antigos manicômios era uma coisa meio que largar os doentes lá como se não tivesse perspectiva de melhoria de qualidade de vida, nada (Márcia).

[...] acabar aquele internato, né, ad eterno. Na verdade eu acho que assim... Eu concordo plenamente com isso, né (Estela).

No tempo da universidade a gente leu e estudou o Pedro... Estudou sobre essa estrutura e a comunidade assumindo mais esse tratamento, doente mental. A falência desse sistema manicomial, né (Marta).

Apesar do pouco conhecimento sobre rede substitutiva, os ideais da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial estão se enraizando nas representações dos médicos, e estes vislumbram mesmo de maneira incipiente um *tratamento de base comunitária*.

[...] que seria como Hospital –dia, vai e passa tem as atividades, vai pra casa, volta no dia seguinte, e toma medicação. Eu tenho alguns pacientes que fazem isso, passam no CAPS, passam o dia lá, na fase mais aguda, tomam a medicação, a noite vem pra casa. E conforme vão melhorando vão espaçando as idas no local, até poder ficar só em terapia (Ana).

Eu tô achando isso daí que é pra gente dominar um pouquinho mais e fazer, engloba mais essa área né, saúde mental, psiquiatria, eu acho válido, mas só... que uma formação, uma orientação, um acompanhamento pra ter uma experiência melhor, e até lá. Pra poder receitar, pra ter um diagnóstico, nesse aspecto a gente sente. Ficou

melhor [...] generalizar, né fazer parte do dia-a-dia [...] essa divisão de especialidades e especialidades, eu acho que é mais difícil até pro paciente, em geral é o clínico que tem que fazer...As queixas diárias o clínico tem que dominar pelo menos essa parte, integrar, fazer clínica, criança, de modo geral, né acho que devia atender mesmo, inclusive essa parte psiquiátrica... básica... (Ricardo).

Na verdade é isso mesmo, você faz mais hospital-dia, procura integrar o doente mental na sociedade em vez de excluir (Flávio).

Apesar que algumas coisas realmente não tem cura, mas tem melhora de qualidade de vida, de inserção na comunidade, tudo, acho que a forma como era feita limitava essa possibilidade pro paciente [...] dá uma oportunidade de inclusão social mais efetiva (Márcia).

Nessas falas, somente Ricardo percebe-se nesse contexto envolvido, além de Estela, citada anteriormente. Ele além de concordar, fala da questão da formação necessária e vê o atendimento como algo que faz parte de suas atribuições, como atendimento integral. Em momentos posteriores, outros médicos trazem a questão do atendimento à pessoa portadora de sofrimento psíquico, também como parte do seu trabalho, mas não fazem essa ligação com Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial. A questão do atendimento será discutida no decorrer da análise.

Flávio e Ana fazem menção explícita ao CAPS como rede substitutiva, mas ficam restritos a isso, não falam de outros equipamentos ou possibilidades. Talvez por terem a representação anterior que a Reforma é o fim das internações, pensem somente no CAPS, pois esse parece na percepção deles o único capaz de acabar com as internações. Não mantém um pensamento da necessidade de uma rede mais complexa da qual inclusive fazem parte.

Neste bloco foi incluída a Reforma Psiquiatria e a Luta Antimanicomial como equivalentes devido às representações sociais dos entrevistados, mas vale enfatizar que são processos distintos, e que somente a Reforma Psiquiátrica pode ser vista como uma política pública propriamente. Como já foi explicitado anteriormente, a Luta Antimanicomial se constituiu e se mantém como movimento social organizado, que tem entre seus objetivos pressionar os gestores municipais, estaduais e federal para que políticas públicas antimanicomiais sejam

implementadas. Deste modo, podem caminhar no mesmo rumo, mas com caminhos diferentes.

Ainda é importante destacar que um tema que foi induzido brevemente no início do roteiro ao se perguntar sobre a participação dos médicos, foi o matriciamento, implantado como parte das políticas públicas do município. Como já dito antes, somente um médico não participa atualmente do matriciamento. Cada Unidade Básica tem suas peculiaridades sobre a formação de quem participa. Em algumas UBS participam representantes das equipes, em outras todos os profissionais da equipe, sendo que em algumas com participação dos ACS, em outras com participação da equipe de saúde mental ou somente dos psicólogos. Mas em todas as UBS há participação do médico.

Para a maioria dos médicos, uma tentativa de compreensão dos transtornos mentais passa a ocorrer após a implantação do matriciamento, pois anterior a esse, funcionava a lógica do encaminhamento, e esses não se responsabilizavam por esse usuário e atendiam segundo os próprios médicos, muito esporadicamente. O matriciamento então surge como apoio pedagógico, ensinando-os a lidar com uma nova situação, um novo usuário. A maioria deles tem gostado do matriciamento, referem que percebem como apoio, local de aprendizagem, discussão, novidade.

Três médicos fazem ressalva quanto ao matriciamento, Cássio por entender que o modelo adotado na cidade não dá conta, que é uma “enrolação” por falta de psiquiatra e o espaçamento das reuniões sendo mensal é muito longo. Ana compartilha da queixa de espaçamento excessivo do matriciamento e por perceber o matriciamento muito voltado para discussões em torno da medicalização. Mas ambos percebem ganhos na aprendizagem sobre o transtorno mental após o matriciamento. Já Oscar, compreende a proposta do matriciamento, a acha interessante, mas julga que no município, o que prevalece é a demanda empurrada para UBS.

Então a idéia do matriciamento é boa... do PSF, você vai capacitar os profissionais a lidar com aquilo, você não vai ficar enchendo o saco do cara com qualquer coisinha, mas na prática não funciona, por isso eu não participo aqui, porque também não tinha nenhuma novidade do que eles falavam pra mim e não me ajudava em nada, eu perdia tempo de estar atendendo [...] (Oscar).

Cássio tem experiência anterior em Saúde da Família em outro município, acredita que em sua antiga experiência em contato direto com psiquiatra que era referência de sua equipe, sentia-se mais seguro e com respaldo maior, chegando a atender em conjunto com a psiquiatra até pacientes graves. Gostava da experiência, ele coloca:

Eu atendia junto com a psiquiatra, nossa é outro mundo a consulta, a consulta de psiquiatria é outro mundo, é outra coisa, você vê os caras conversando, você fala meu Deus! (Cássio)

Apesar da crítica ao modelo atual, ele faz sugestões e acredita que o atendimento ao transtorno mental é função do generalista também, mas como enfatiza, com respaldo:

Então eu acho difícil, nesse sistema que tá eu acho difícil, eu acho que o paciente psiquiátrico ele fica largado, abandonado [...] O que teria que fazer é pelo menos assim, aumentar o número de vezes do psiquiatra estar indo nas Unidades de Saúde, de atender consultas, se assim, como em São Paulo é feito, né. Eu trabalhava em São Paulo, e existia é...Psiquiatra que eram referências de equipes é...[...] Aí você marcaria ambulatório três vezes por semana e ela vinha, atendia uma semana o... Vamos supor, ela ia lá três vezes por semana, atendia um dia pra cada equipe, nos casos assim, e o médico da equipe deveria acompanhar, acompanhava, discutia o caso, aí fica bem mais fácil pro médico da equipe acompanhar. Eu acho que seria o ideal, agora, esse esquema de matriciamento pra mim...[...] E eu com a minha limitação eu não consigo tratar, e ele não tem resposta né. Porque não vai pra lugar nenhum e o matriciamento não tá surtindo efeito satisfatório (Cássio).

Ana também percebe uma possibilidade de melhora no modelo afirmando:

Você quer saber, quando vem os psicólogos é mais produtivo, eles não vieram ontem, mas mandaram uma cartinha com a evolução dos pacientes, como estão [...] E quando eles vêm, a discussão melhora, aí eles falam, será que não dá pra pensar em outra coisa? A discussão fica mais rica (Ana).

Ana e Cássio concordam com o fato de que o matriciamento cerceia o direito do usuário de querer passar no médico, pois a orientação dada é que só será encaminhado para o psiquiatra casos discutidos primeiramente no matriciamento e que o psiquiatra julgue pela gravidade do transtorno.

eu acho que tem que colocar o paciente na frente da psiquiatria, ela tem noção melhor que a minha. É mesma coisa eu mandar às vezes o paciente pro cardiologista, tem coisa que tem que ser com o cardiologista, tem coisa que tem que ser com o psiquiatra, ou o psicólogo, porque eles fizeram uma especialização, uma... Uma... As caras têm mais conhecimento que a gente. A gente tem uma noção básica das coisas, quer dizer eles sabem mais que a gente, e é uma coisa que é assim, eles forçam uma situação, que é a gente é que tem que atender. A pessoa às vezes quer passar com o psiquiatra, só que às vezes ele não consegue, a gente veta a vontade do paciente: eu quero passar com o cardiologista. Porque não passar. Se você perceber que não precisa, você explica, é tal tal tal, mas se o cara quiser a gente vai fazer o que, né. É igual psiquiatra, o cara quer passar com o psiquiatra, às vezes quer se abrir melhor, às vezes não tem acesso (Cássio).

Muitas vezes o paciente quer um encaminhamento pra psiquiatria, eu vou explicar que não tem, e como funciona, tem uns que aceitam e tudo bem, mas tem uns que enquanto eu não falar, olha, você vai passar amanhã, ele já não dorme, não melhora (Ana).

Ao ser dificultado o encaminhamento para a psiquiatria, alguns médicos mostram insegurança, acham que é falta de respaldo, no entanto, talvez seja uma tentativa de manutenção do modelo anterior de encaminhamento, onde não se sentem responsáveis pelo paciente, ficando assim menos angustiados.

Marta aposta na proximidade de relação com o especialista para formação e sensação de maior respaldo, diminuindo assim a insegurança.

Eu acho assim que se a gente vai continuar, acho que é a idéia de continuar fazendo isso, né, trabalhando com esses casos, a gente vai ter que trabalhar com uma supervisão, não tipo psicoterapia, mas uma supervisão com alguém muito mais próximo da gente, não é só pegar qualquer cartilha de receita de bolo de como é que você age em depressão, como é que você age em transtorno... Acho que a gente precisa de uma supervisão muito mais próxima, ter o matriciamento uma vez por mês tudo bem, mas acho que a gente teria que ter assim um canal sabe, que eu possa levantar daqui e ter uma equipe de retaguarda pra eu poder trocar uma idéia já. Eu to com paciente na minha sala, né, sabe (Marta).

VII. 2 - AS REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE MENTAL

Para compreendermos as representações sociais da saúde mental na perspectiva dos médicos generalistas entrevistados, foi analisado *a priori* o bloco de questões do roteiro da entrevista que explicitava o tema saúde mental: Para você o que é saúde mental? Sua Unidade realiza alguma atividade em Saúde Mental? Você participa de alguma atividade em Saúde Mental? Qual? Posteriormente todo conteúdo das entrevistas foi lido e quando havia conteúdos referentes à saúde mental, também foram incluídos. A partir desta análise como colocado acima, pode-se levantar a seguinte figura:

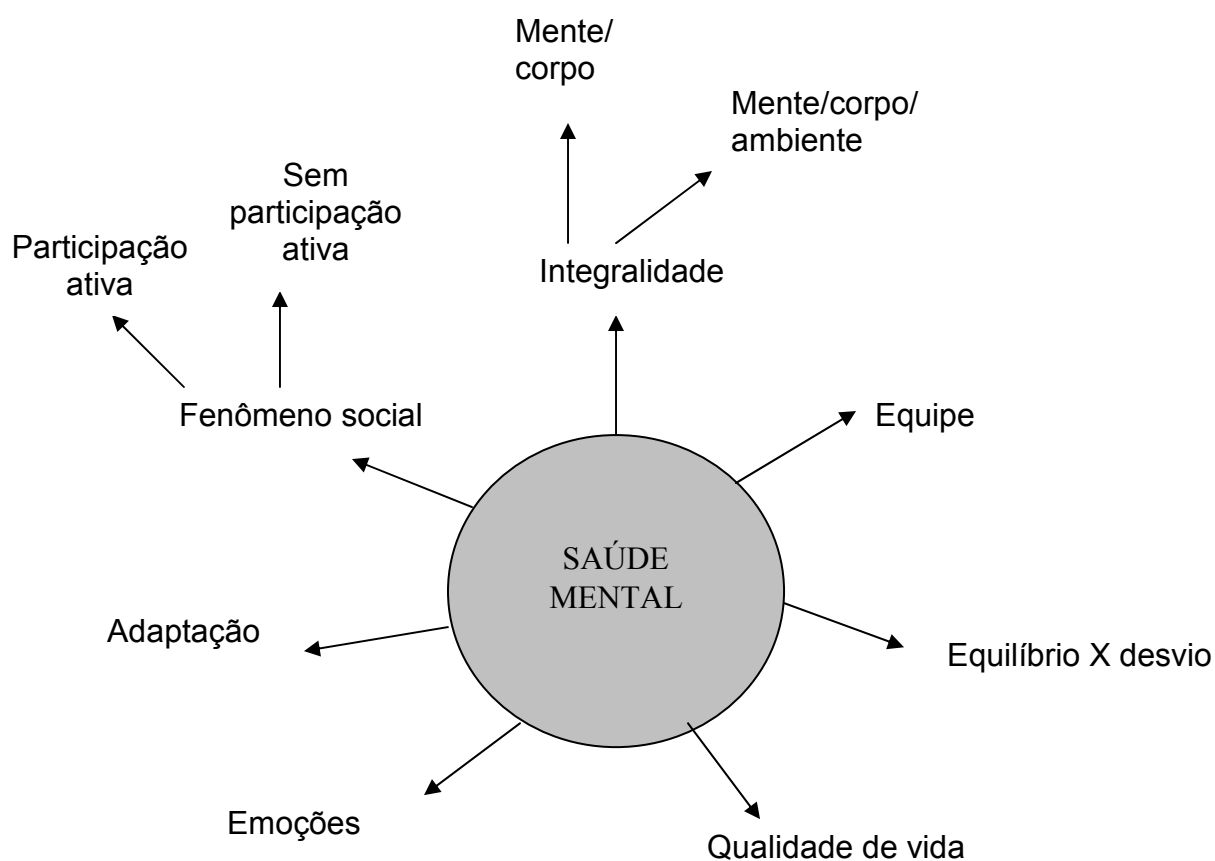


Figura 2 - Árvore de Representações Sociais da saúde mental

A partir desta figura pode-se observar que as concepções sobre saúde mental foram organizadas em seis grandes grupos: “Fenômeno social”, “Integralidade do cuidado”, “Equipe”, “Equilíbrio X Desvio”, “Qualidade de Vida”,

“Emoções” e “Adaptação”. Algumas vezes o entrevistado utilizou aspectos de mais de um grupo em sua concepção sobre saúde mental.

O grupo denominado “Fenômeno Social” será dividido em dois subgrupos: *Saúde mental como fenômeno socialmente determinado, sem a participação ativa do sujeito; saúde mental como fenômeno socialmente determinado, com a participação ativa do sujeito.*

Um entrevistado apresentou a explicação de *saúde mental como fenômeno socialmente determinado, sem a participação ativa do sujeito*, como determinante para a saúde mental. Mesmo incluindo outros aspectos da vida como saúde física e lazer num segundo momento, deixa claro que vê o social como determinante, sendo assim, o sujeito como produto do meio, no entanto não o percebe como participante ativo desse processo.

[...] favela, ali realmente tem muito problema [...] o negócio lá é grave, lá o Sebastião, que é o médico de lá, ele tem muito mais problema, porque eles não têm nada, tem de tudo, desde quem mora no barraco, no coberto lá, é muito complicado, tem muitos problemas. Muitos pacientes que tomam psicotrópicos, muitos são dependentes de auxílio do governo, vivem de bolsa disso, bolsa daquilo, eles são agressivos, se você não der alguma coisa que eles querem eles brigam, é uma amostragem diferente. Então você vê né, que a saúde mental no final das contas se a gente for pensar, como eu disse pra você dependendo de onde a pessoa cai, mas depende da condição social da pessoa né. E eles têm condição social péssima, então é muito ruim, eles tem muito mais problemas, eles estão num ambiente que não é saudável, pra eles, então a saúde mental na vida deles é complicado. Por isso, tem gente que... talvez uma criança que nascesse ali na área, que fosse criada em outro ambiente teria outro comportamento, né. Eu sei que isso não justifica totalmente, mas isso é muito comum... (Patrícia).

Ela entende que a saúde mental é intrinsecamente ligada a questões sociais e que as dificuldades sociais podem determinar maior vulnerabilidade na saúde mental, portanto maior número pessoas com portadoras de sofrimento psíquico caracterizados por elevado número de usuários que tomam psicotrópicos e que tem desvio de comportamento.

Garcia (2009)¹⁷ concorda em parte com essa afirmação referindo que um importante fator de vulnerabilidade a transtornos mentais é a desigualdade social, havendo estudos que comprovam esse impacto. Bem como estudos que referem

¹⁷ Garcia, L. de S. L. (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP) comunicação pessoal, 2009.

que quanto menor o status social independentemente de menor renda, também a vulnerabilidade é aumentada. Enriquece a discussão trazendo outros pontos de vulnerabilidade como: a questão do gênero feminino, menor escolaridade, sentimento de humilhação e aprisionamento em uma situação. Tais fatores se agrupados aumentam ainda mais a vulnerabilidade e podem estar presentes nas populações com maiores dificuldades sociais.

A concepção de *saúde mental como fenômeno socialmente determinado, com a participação ativa do sujeito*, foi apresentada por dois entrevistados, que explicitam de que a saúde mental depende da participação efetiva do sujeito na sociedade, na comunidade, de sua integração. Inclusive é citado que mesmo com transtorno mental, com diagnóstico médico, o sujeito pode ter saúde mental se estiver inserido socialmente e em exercício de sua cidadania. Ou seja, ressalta o papel ativo do sujeito, participante e interagindo com o meio.

Acho que o que pega mais quando eu penso em saúde mental, ter saúde mental, é a questão da cidadania. Porque como é que você se insere na sociedade, com independência, com a possibilidade de cuidar da própria vida, né. Quem cuida da própria vida, quem consegue se manter na sociedade é uma pessoa que tem saúde mental íntegra, tá. Então independentemente de ter, por exemplo, se uma pessoa com depressão ou com traço psicótico, se ele tiver... Assim, é uma idéia minha, se ela tiver possibilidades de levar a vida dela, ter projeto, de ter respeito como cidadão... Mesmo que eu pegue uma falha, fisiologia e tudo mais, ela consegue ter saúde mental (Marta).

[...] então é isso aí, a pessoa estar integrada na comunidade, se inserir em alguma coisa que gosta. Isso é estar mentalmente saudável [...] a pessoa tem que ser feliz na comunidade dela, no dia-a-dia dela, naquilo que ela se propõe a fazer, então ela tá mentalmente inserida no grupo (Flávio).

Mesmo que os entrevistados não tivessem clareza, ou conhecimento teórico sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, como referido anteriormente, fica claro que a representação por eles construída tem influência dos ideais de tais processos. A cidadania é a busca maior e mais difícil do 'louco', que por longos anos de aprisionamento nos manicômios teve sua cidadania negada, e hoje, mesmo livre dos muros concretos, os muros de pré-conceitos atribuindo-lhes

incapacidade e periculosidade, ainda dificultam o exercício de sua cidadania¹⁸. Ao afirmarem que saúde mental é inserção social, é estar integrado em uma comunidade, vão além do conceito médico da doença e passam a discutir a amplitude da questão envolvendo toda conotação de uma participação social, enquanto sujeito de direito. Nessa perspectiva a saúde mental pode não depender de patologia clínica, pois quem não tem participação social também pode ter sua saúde mental abalada. É importante ressaltar, que dentre os princípios da Estratégia de Saúde da Família está em pauta a cidadania: “ser um espaço de construção da cidadania” (Brasil, 2006, p. 20). Ao nomear a cidadania como componente importante para saúde mental, tais médicos mostram-se abertos para essa concepção, mas precisam demonstrar mais clareza de seu papel enquanto promotor dessa cidadania contribuindo para a saúde mental e não simplesmente tratando da doença mental.

A atenção básica tem também como dever trabalhar a prevenção, e o investimento do profissional não somente médico, mas de toda a equipe, enquanto promotor de cidadania é uma das maneiras de cumprir esse papel preventivo.

O significado de *integralidade*, enquanto ruptura de uma visão fragmentada do ser humano, apresenta-se no discurso dos médicos tanto como interligação *mente-corpo* como em uma visão mais ampla em que envolve *mente-corpo-social*. Mesmo compreendendo que a integralidade é mais abrangente que esses temas, foi escolhido esse termo para diferenciar concepções fragmentadas sobre o ser humano, um exemplo clássico, a dualidade mente/corpo,¹⁹ com intuito de demonstrar a visão de interligação entre eles.

Basicamente eu acho isso se a pessoa, ela tá bem psicologicamente, é... A cabeça tá bem, né, boa, geralmente o corpo, tá bem. Eu sinto isso, né, quando alguma pessoa tem algum problema emocional... É sentimental, acaba repercutindo no corpo, né (Cássio).

¹⁸ Diversos textos sobre o tema cidadania e loucura, foram escritos e discorrem sobre a história da loucura, a reforma psiquiátrica no Brasil, concepções sobre a loucura, direito civil (Foucault, 1972; Costa e Tundis, 1987; Gradella Jr, 2002; Oliveira e Alessi, 2005; De Tilio, 2007; Barreto, 2008; Machado, 2008).

¹⁹ Dualidade mente/corpo, o dualismo tem como principais representantes o filósofo René Descartes e John Locke. Nessa corrente, a mente poderia ser entendida como pensamento, alma, espírito e o corpo, somente matéria. Assim, mente e corpo, seriam substâncias distintas. Essa visão possibilitou que pudessem fazer estudos do corpo humano morto, sendo que o corpo sem alma, seria só uma máquina. Grandes avanços na área de anatomia e fisiologia foram possíveis (Bock, Furtado e Teixeira, 1989).

(risos) na verdade, saúde mental hoje em dia, é tudo não? tudo, até nas doenças teoricamente físicas existe um componente psicológico envolvido, né (Rosana).

A integralidade como inter-relação entre mente, corpo e aspectos sociais se expressa nas seguintes falas:

A saúde mental assim, eu acho que ela não pode ser medida de forma separada, né do conjunto todo, não dá pra gente separar mental da questão física também, são coisas interligadas e a parte social também (Estela).

Então a saúde mental depende de vários fatores, da sua integridade física, do ambiente em que você nasceu, onde foi criado, onde você trabalha, né... tudo, do seu lazer, da sua condição social, acho que é muito importante (Patrícia).

A partir da representação da influência mútua, mente/ corpo ou mente/ corpo/ social, esses profissionais referem que uma nova visão do processo orgânico se abre e passam a perceber a necessidade de além da queixa orgânica, observarem outras questões:

Muitas vezes, queixas que a gente acha que é orgânica... na verdade a gente trabalha com toda essa alteração, né, faz parte disso aí (Ricardo).

É muito mais fácil você trabalhar só com a doença, do que você entrar na parte psicológica, na vida dela, o que está acontecendo, porque que ela chegou naquela patologia. Se você conseguir entrar nisso e tentar descobrir o que que é, você consegue resolver mil vezes melhor o problema dela, entendeu (Cássio).

Acho que saúde mental é toda a abordagem que você faz com o paciente, você precisa ter o outro lado né. Eu me formei em uma época que a gente nunca teve essa visão holística, era muito assim... Mecânico mesmo, era aquela coisa de funcionamento do corpo e acabou né (Rosana).

[...] nós tratamos sempre dos mesmos pacientes, então eu aprendi esse meu olhar... psicológico... agora eu virei psicóloga, né (risos), e assim, ficou muito mais fácil, fiquei muito mais sensível (Patrícia).

Então eu vejo como uma parte do atendimento realmente do generalista, uma coisa que você precisa ter uma atenção,

principalmente as nossas populações, são pessoas extremamente carentes, com problemas sociais, problemas de violência com a família, então eu vejo como uma parte do atendimento normal, não vejo uma divisão (Estela).

[...] eu acho que no programa de Saúde da Família a gente enxerga muito mais, a gente consegue lidar com... Primeiro que a gente conhece a família toda, então a mulher foi largada do marido, tem num sei quantos filhos, a gente conhece cada um. A gente conhece, então a gente sabe que essa pessoa tá passando por essa fase difícil, não sei o que, financeira... Então a gente conta que tem que abordar e trabalhar melhor como médico, com a própria logística, né, o que dá, a gente tenta (Marta).

Tal percepção “holística” como coloca Rosana, pode trazer facilidades ou dificuldades, novos desafios. Na fala de Cássio e Rosana, percebe-se a facilidade de trabalhar com o objetivo, o que é corpo, como a formação possibilitou, mas, ao mesmo tempo eles indicam que a percepção de uma visão organicista não dá mais conta da resolução até mesmo do que parece somente orgânico. Patrícia, Marta e Estela, referem ter maior facilidade de trabalhar na integralidade, colocando o vínculo como facilitador para esse novo olhar.

Jodelet (2005) coloca que a representação social ajuda no processo de familiarização do estranho, transformando toda informação nova a partir de modelos socialmente construídos, orientando suas ações de acordo com o grupo, harmonizando sua posição com seus iguais. O estranho, o novo usuário que agora é a responsabilidade dos generalistas, é a pessoa com transtorno mental, o portador de sofrimento psíquico. Nesse sentido essa “facilidade” colocada pelos três entrevistados, nada mais seria do que tal processo de familiarização.

Surge a conexão do tema de saúde mental em relação à equipe referindo-se nesses termos:

Quando fala saúde mental aqui, eu penso no conjunto de pessoas que participam, o conjunto das pessoas [...] psicólogos, então é um grupo que trata pessoas de uma forma em vez de ficar dividindo, né, você vai pra fono, trata de uma maneira integral as pessoas, eu entendo que é isso, mas o que especificamente... (Ana).

(sobre atividade em saúde mental) Não até porque não temos ninguém da equipe de saúde mental aqui dentro, não tem assistente social, não tem psicólogo, nada (Ana).

(sobre atividade em saúde mental) Aqui, tinha o ambulatório de saúde mental²⁰, tinham várias reuniões, tinha o Centro de Valorização da vida, tinha aqui, tinham reuniões aqui, mas tudo quando tinha junto o ambulatório de psiquiatria. Então tinham aqueles grupos de pessoas mais deprimidas, juntava todo mundo num grupo, era semanal (Oscar).

Observa-se que a referência de Ana fica circunscrita às pessoas. Ela não discute a essência da saúde mental ou mesmo sobre equipamento. Não aparece aqui uma crítica propriamente sobre o tema, em sua fala não se observa uma consideração sobre o tema de saúde mental; isso fica relegado a outras pessoas que segundo ela fazem atendimento integral. Em um primeiro momento nega o seu envolvimento no tema, é algo do “outro” uma equipe da qual ela não faz parte, e a tendência a encaminhamento fica no ar. Quando Ana é questionada se mais alguma coisa vinha à cabeça sobre saúde mental, então ela revela sua dificuldade e o desejo explícito de encaminhar, a negação do tema mostra a tentativa de distanciamento, ainda como assunto de especialista “a equipe de saúde mental”.

O que vem na cabeça é a dificuldade que eu tenho, muito... Sempre que vem paciente assim, que encaminhando... encaminhando não porque agora tem que resolver aqui né vem um ponto de interrogação, o que eu faço, pra onde eu vou, até que vem o dia do matriciamento, um mês é longo, né. Então eu penso nisso, pra mim é uma complicação, eu tenho dificuldade (Ana).

Figueiredo e Onocko Campos (2009) em pesquisa sobre apoio matricial, no grupo de profissionais de referência que não possuem equipe de saúde mental em suas Unidades, também encontraram a questão do encaminhamento, sendo aquele “apoio que dá certo”, quando a equipe consegue que o caso seja absorvido pela equipe matricial. Julgam que quando isso não ocorre e o caso é somente discutido para que a equipe de referência possa acompanhá-lo, a assistência ficaria prejudicada.

Oscar faz menção a atividades em saúde mental somente quando há envolvimento de especialistas, não refere outras atividades da unidade como propiciadoras de saúde mental, refere-se somente a atividades voltadas especificamente para pessoas com transtorno mental e que só existiam quando havia especialistas em sua UBS.

²⁰ Nesta UBS por um período funcionou no mesmo espaço físico o ambulatório de Saúde Mental, mas o ambulatório compreendia somente atendimento psiquiátrico.

Aspectos como equilíbrio *versus* desvio, saúde *versus* doença surgem contrapondo a compreensão ou pré-conceito amplamente difundido.

Saúde mental o pessoal pensa que é só essa parte, loucura, essa parte assim, saúde mental é também se a pessoa é equilibrada faz parte, né. Qualquer alteração ou desvio do comportamento, já entra no campo próprio da saúde mental também (Ricardo).

Costa (2004) refere que Gadamer (1996)

afirma que a forma mais aproximada de definir a ciência da medicina seria considerá-la como a ciência da doença, da enfermidade. Seu argumento baseia-se na constatação de que a enfermidade é o que aflora como perturbador do equilíbrio, o perigoso, aquilo que se quer combater (p. 9).

Nesse aspecto, o médico não poderia deixar de falar sobre a perda do equilíbrio, mesmo falando sobre saúde. Sua formação e pensamento giram em torno da enfermidade, que é na maioria das vezes seu foco de trabalho, aquela a quem deve combater, controlar.

A saúde mental enquanto ligada à *qualidade de vida* abrangem uma gama de aspectos, relacionados a lazer, promoção de saúde, promoção à cultura. Quatro médicos enxergam atividades relacionadas a esses aspectos como fazendo parte da saúde mental.

Acho que sim, eu considero que os grupos de promoção em saúde, todos estão relacionados com saúde mental, a caminhada, o artesanato, a terapia comunitária. Todos mexem com a saúde mental. Mesmo os grupos mais específicos, mais técnicos, de hipertensos, por exemplo, a gente trabalha a saúde mental também, porque a gente vai lidar como o paciente encara aquela doença... Crônica, então acho que acaba abrangendo também (Márcia).

A própria caminhada aqui que a gente faz, tem relação com a saúde mental. Tinha crochê, hoje está restrito a isso (Flávio).

[...] existe um grupo que é independente que é de idosos, né, que é a terceira idade, melhor idade, que se reúnem semanalmente [...] Acho que não deixa de fazer parte da saúde mental do idoso, então elas se reúnem uma vez por semana, e elas batem papo, elas trazem doces elas fazem bolinhos, né, dividem umas idéias, fazem bingo, guardam um dinheirinho, e elas passeiam [...] foi montado um grupo [...] de trabalho manual, cada um trás o que quer, quem não sabe vem aprender, quem sabe vem ensinar (Patrícia).

[...] nós trabalhamos com dificuldade com a saúde mental de quem, de paciente crônico [...] é, por exemplo, diabéticos, pacientes que tomam medicação, paciente cardiopata, né [...] Mas a gente não tem um lazer pra essa comunidade, né, que seria interessante (Patrícia).

Nós fazemos um grupo de vigilantes do peso, pelo menos duas vezes por ano. Um grupo aberto, onde nós fazemos uma brincadeira, vem quem quer, mesmo quem está 50kilos acima do peso, como quem tem meio kilo e quer perder meio Kilo, né, então a gente... onde eu explico obesidade, e a gente brinca bastante, a gente faz uma atividade lúdica, como a gente, cada um, cada vez que vem, trás um real, né, e no final do período que geralmente são três meses, é, q gente pega o dinheiro e quem emagrece mais proporcionalmente, proporcional ao que tinha antes, né. Um por cento, dez por cento, ganha o bolão, a gente brinca bastante, e no final, a gente escolhe, eu vou almoçar fora com eles, né, ou então a gente faz um lanche comunitário. Eu to fazendo isso já tem uns três anos e você vê que mesmo o pessoal que não precisa perder peso, volta, então você vê que eles precisam disso, né. É uma reunião que a gente faz, destinada a saúde como um todo [...] E eu acho assim, é a única coisa que eu posso fazer, e muita gente vem, não emagrece nada, mas volta, é ta sempre feliz porque ta no meio do grupo. Não tem outra coisa (Patrícia).

Na unidade existe um movimento, mas esse movimento ainda depende de uma uniformidade, uma... Um protocolo, até; uma regularidade: Vamos fazer uma reunião com a população? Quem é que vai nessa reunião? Como é que nós vamos fazer? Com jogos, teatro (Marta).

Nesta visão mais abrangente, saúde mental perpassa vários campos da vida e pode ser trabalhada na unidade por toda equipe, pois as atividades descritas, não são de responsabilidade somente do médico, mas muitos outros atores participam, em uma Unidade inclusive independente de equipe, são autônomos trabalhando a própria saúde mental.

Figueiredo e Onocko Campos (2009) encontraram também nas equipes de referência, colocações da saúde mental como qualidade de vida, que acreditam que a própria equipe pode oferecer recursos terapêuticos além do atendimento direto de equipe de saúde mental. Essa referência mostra consonância de representações mesmo em cidades distintas.

A concepção de saúde mental enquanto relacionada às *emoções*, surge no sentido de saber lidar com as emoções, saúde mental vem como um

amadurecimento emocional, como a capacidade de ser feliz consigo, saber lidar com a vida e as relações:

Questões psicológicas, a vida no dia-a-dia, os relacionamentos, como é que a pessoa lida com relacionamentos e toda parte emocional da pessoa (Márcia).

É estar feliz comigo mesmo, não tendo... Muitas vezes o que acontece com o indivíduo, é que ele por um stress, alguma coisa que ele não sabe lidar, acaba precisando de ajuda (Flávio).

Nesse aspecto, os médicos que trazem tal representação, não excluem a necessidade de ajuda e/ou tratamento, mesmo no caso daqueles que eles consideram que tenham saúde mental.

Flávio fala de sua experiência pessoal a partir de transtorno mental temporário em que ele próprio foi acometido alterando seu equilíbrio. Após tratamento, refere que está restabelecido. Ele considera assim, que a saúde mental não é um grupo estanque, deve estar inserido no todo, e qualquer um pode vir a ter um problema com a saúde mental.

Oscar, por sua vez, define que se forem seguir os parâmetros da OMS sobre saúde ao pé da letra, ninguém tem saúde mental. Assim valoriza a *adaptação*, reabilitação. Trás a representação de reabilitação psicossocial sem fazer idéia disso. Mesmo sem conhecer a teoria, os princípios da reabilitação estão claros em sua colocação e saúde mental passa a ser algo além da doença mental, e não seu contraponto.

Saúde mental pra mim é justamente você ter uma perspectiva de vida, mesmo tendo alguns distúrbios mentais, o cara pode ter uma depressão, um transtorno de ansiedade, uma fobia pela vida de hoje, tal, você tem doente que tem uma perspectiva, que quando eles tratam, consegue voltar a funcionar de novo, então saúde mental pra mim não é só a pessoa que nunca teve doença [...] não necessariamente a ausência de doença mental, que é difícil você alguém que não tenha algum distúrbio comportamento e tal... de humor, porque ninguém tem saúde mental desse jeito (Oscar).

Os entrevistados trazem uma gama de representações sobre saúde mental. A grande maioria não trouxe a saúde mental como ausência de doença, fez outros questionamentos, repensando-a como parte integrante da clínica, do atendimento integral. A alteração do modelo biomédico é voltado para a

especialidade, mesmo ainda não sendo superado na prática, já passa a ser questionado e repensado, e a clínica ampliada começa a ganhar espaço. Alguns já passam a se perceber como promotores de saúde mental e ainda a equipe capaz de estar envolvida nesse processo, não sendo papel exclusivo do médico, num atendimento clínico.

VII. 3 - AS REPRESENTAÇÕES DO TRANSTORNO MENTAL

Para a compreensão sobre as representações sociais do transtorno mental, analisamos dois blocos das entrevistas, sobre o transtorno mental e a pessoa com transtorno mental e atendimento cotidiano de transtorno mental. Os entrevistados discorreram o tema de maneira ampla, não se limitando a falar de transtorno mental somente como diagnóstico psiquiátrico, ou ainda de transtornos graves, mas também de sofrimento emocional.

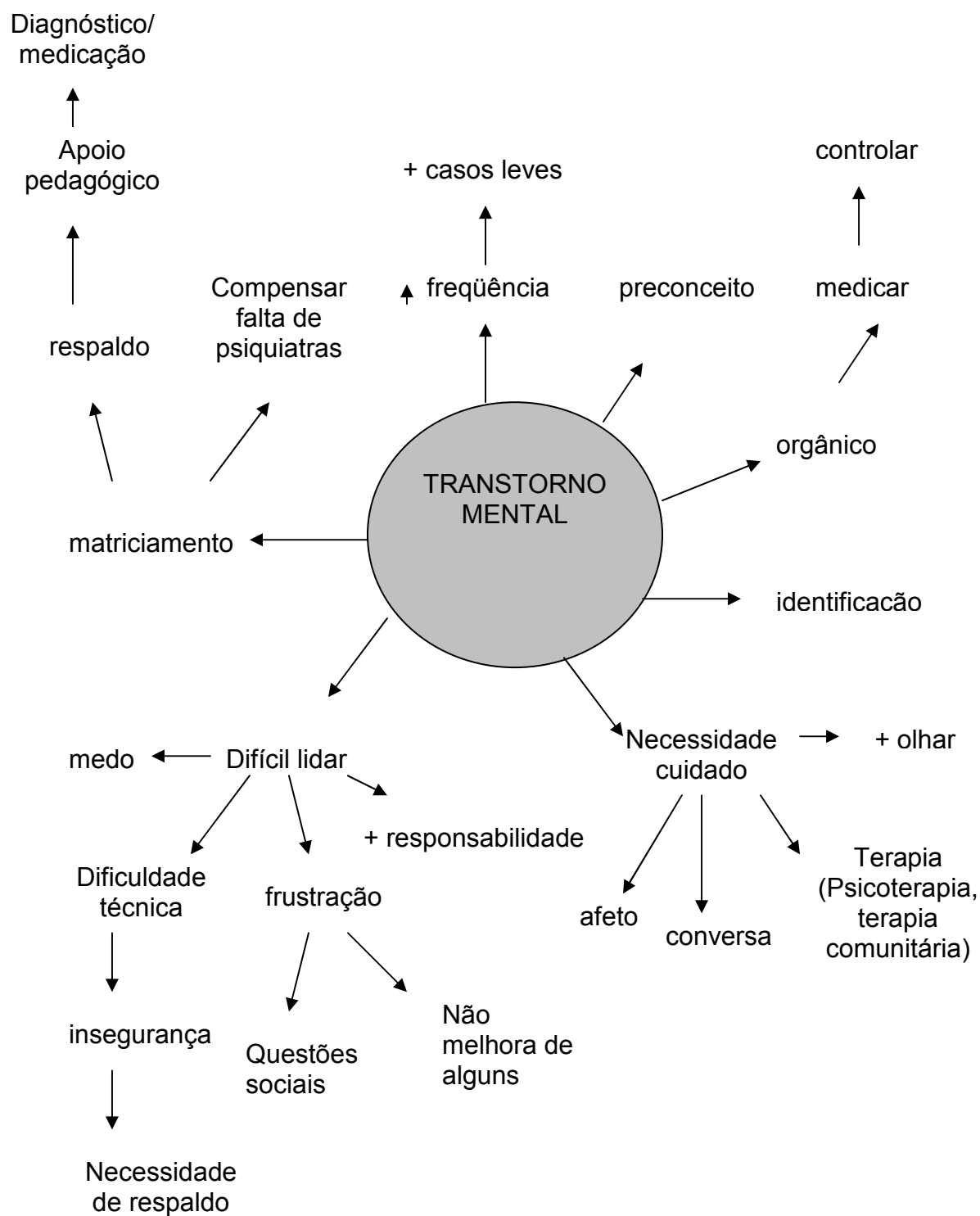


Figura 3 – Árvore de Representações de Transtorno Mental

Ao serem questionados sobre o *transtorno mental*, muitos mostraram clara hesitação, através de pausas, risos, ou até mesmo comentários: “Cada pergunta que você faz, né?” (Marta), ou repetindo a pergunta: “O transtorno mental?” (Flávio), “Que transtorno mental?” (Rosana) e pelo menos quatro entrevistados começaram com a palavra “complicado” ou “difícil”. O que talvez denote o que Jodelet (2005) coloca: “na verdade, o constrangimento, o medo ou o mal-estar não estão ausentes; eles não devem se manifestar” (p. 95). O controle sobre as cognições referentes ao transtorno mental, pensar para responder, por ser um tema complexo e/ou por ser um tema repleto de conceitos e pré-conceitos.

Como já colocado anteriormente, um tema induzido, questionando os médicos sobre sua participação e práticas em saúde mental, foi o matriciamento, largamente citado durante toda a entrevista, principalmente ao se falar de transtorno mental. Para a maioria deles é após a implantação do matriciamento que passa a ocorrer uma tentativa de compreensão dos transtornos mentais.

A maioria dos entrevistados tem procedimentos semelhantes quando percebe problemas de saúde mental entre seus usuários, o que demonstra ser uma atitude proveniente das discussões no matriciamento, em resumo:

- buscam diferentes informações (anamnese) visando fechar um diagnóstico;
- se o caso for leve, entram com medicação;
- quando com dúvida discutem o procedimento posteriormente no matriciamento e chamam o paciente novamente após terem recebido orientação;
- agendam o paciente com frequência regular;
- em casos que consideram mais graves encaminham o paciente para o psiquiatra, psicólogo ou outros serviços substitutivos, como CAPS ou Pronto Socorro (PS).

Existem pequenas peculiaridades no procedimento, alguns médicos fazem esta intervenção com um toque individual, a partir das diferentes experiências, acrescentando novos elementos na investigação ou na própria intervenção.

Flávio coloca que também foi orientado em matriciamento que alguns casos é necessário investigação de exames clínicos, como por exemplo, da tireóide para fechar o diagnóstico. Oscar também tem esse procedimento, mas refere que sem essa orientação, chegando a fazer crítica, dizendo que os psiquiatras não costumam pedi-lo. Ele ainda refere manter um canal aberto com o usuário que pode procurá-lo mesmo sem hora marcada se necessário e o orienta sobre os possíveis efeitos colaterais quando medicados e necessidade de voltar à consulta caso isso ocorra.

Ana refere entrar em contato com o ACS para maiores informações. Verificando se existem mudanças recentes na dinâmica familiar que justifiquem a mudança de comportamento ou o sintoma que a pessoa apresenta, mas não refere chamar a família pra isso, diz “é sempre a agente de saúde primeiro, elas são a nossa ponte [...]”.

Estela, Marta e Ana referem incluir compreensão da dinâmica familiar na avaliação do caso e considerá-la como possível estressor, mas somente Patrícia refere incluir a família também na intervenção:

Normalmente eu procuro ver como é a família, né, se existe alguma causa física pra esse problema, às vezes eu pego um rapaz, procuro chamar a mãe: ta usando droga? Vou tentar fazer primeiro uma análise da família, e aí se eu não achar nada... a não ser que seja doidinho mesmo, você vê que é um psicopata, psicopata, aí a gente procura encaminhar pro lugar certo, mas daí a gente chama a família, explica, encaminha pro lugar certo, né. Ou a gente acaba trazendo casos pro nosso matriciamento que ta muito bom (Patrícia).

Patrícia ainda coloca a família como possível auxiliar no processo:

(portador de transtorno mental) Eu penso que ele é uma pessoa que ta jogando na loteria, né. Depende da onde ele cair, se ele cair num local, numa família que vai entender o que ele tem, que vai tentar produzir, né (Patrícia).

Marta e Patrícia se diferenciam enquanto trabalhadores da ESF, considerando que seu trabalho proporciona melhor conhecimento da família e maior vínculo, o que pode facilitar a avaliação e intervenção, mas aumenta a sensação de responsabilização pelo usuário.

[...] eu acho que no programa de Saúde da Família a gente enxerga muito mais, a gente consegue lidar com... Primeiro que a gente

conhece a família toda, então a mulher foi largada do marido, tem num sei quantos filhos, a gente conhece cada um. A gente conhece, então a gente sabe que essa pessoa tá passando por essa fase difícil, não sei o que, financeira... Então a gente conta que tem que abordar e trabalhar melhor como médico, com a própria logística, né, o que dá, a gente tenta (Marta).

É difícil você conseguir isso, mas eles começam a ter confiança, e vai bem, né. Então esse vínculo que a gente tem [...] quem faz programa de saúde da família, a gente tem vínculos, e esse vínculo, é complicado às vezes, né, porque a gente sabe tudo da família dele, além de saber, a gente tá olhando e analisando, né, quer dizer... (Patrícia).

Quase todos os médicos sentem-se seguros para iniciar tratamento medicamentoso em casos mais leves. Somente Rosana refere insegurança em medicar antes de receber nova orientação no matriciamento. Os demais referem que após algum tempo participando do matriciamento sentem-se capazes de medicar, o que diminui o encaminhamento e na visão desses aumenta a resolutividade do generalista. Como coloca Ricardo:

Então pra mim tá sendo diferente, porque eu encaminhava todos antes e agora a gente tá conseguindo resolver e é bom pro paciente, você vê que funciona, e ele nem tem que passar no psiquiatra. Você vê que funciona e ele tá indo bem e acha até bom. Os retornos que ele te dá também, né, é a melhora e a gente tá tocando [...] Acho interessante, interessante, tem coisa que... eu pensei porque meus colegas de profissão não faziam, mas a gente não sabia nem diferenciar medicação que era um antidepressivo, um ansiolítico, um hipnótico, e a gente receitava assim de orelhada. Não sabia finalidade, tempo, dose, e aprendizado que a gente tem foi muito pouco né. Por isso o matriciamento é importante.

Marta trás uma experiência um pouco diferente em sua Unidade, referindo que “há um divisor de águas” entre os usuários que a UBS recebe já diagnosticado e medicado, para manutenção de medicação e os que são diagnosticados na UBS:

As pessoas que a gente diagnostica com algum problema a gente trabalha, aí sim, com o grupo de saúde mental, aqui da unidade, são os casos novos [...] gente até discute esses casos no matriciamento para ver [...] a gente pede caso e leva pra psiquiatria: olha o que você acha, olha, é isso, acontece isso, muitas vezes a gente já fez consulta nós duas, eu e a psicóloga, e coloca pra psiquiatra: Doutora a gente tentou isso; e acaba fazendo e vendo qual é a conduta dela (Marta).

Aqueles que já vêm com orientação, normalmente do CAPS sobre a medicação, ela medica e os que ela diagnostica lá, ela tenta outras formas de manejo juntamente com a psicóloga e/ou equipe de saúde mental. Somente ela refere passar do atendimento da clínica médica para atendimento multiprofissional antes de tomar a atitude de medicar e até mesmo antes do matriciamento. Mesmo Ana que se mostra preocupada com a medicalização e as discussões em torno disso, refere medicar. Mas é necessário lembrar que nem todas as Unidades possuem psicólogo ou equipe completa de saúde mental, portanto, nem todas têm essa proximidade com a equipe de saúde mental.

Muitos médicos colocam que quando têm dúvidas quanto ao que fazer sobre um usuário, possuem dois caminhos, ou aguardam o matriciamento ou em casos urgentes entram em contato telefônico com o psiquiatra matriciador. Estela e Márcia referem também contato com psiquiatras de outros serviços, como CAPS e PS.

Aí acaba ligando e perguntando. E quando a Tânia (psiquiatra matriciadora) tava aí [...] facilitou bastante, porque até o celular ela disponibilizou, né. Então às vezes eu chegava pra ela: Tânia o que eu faço, tá acontecendo isso? (Márcia)

Esse procedimento do contato telefônico adotado por alguns entrevistados e seus apoiadores contempla o que Campos e Domitti (2007) dizem, já citado anteriormente, sobre necessidade de canal direto para casos de urgência.

Outra colocação importante de Campos e Domitti (2007) absorvida é a interconsulta, que alguns médicos colocam como um instrumento a ser utilizado para casos mais complexos, onde principalmente há dúvida do diagnóstico.

Os clínicos destacam a figura do psiquiatra matriciador na transmissão de novos conceitos afim de instrumentalizá-los para atendimento em saúde mental. Têm representações positivas em sua maioria destacando como características apreciadas: a objetividade, a abertura para discussão, conhecimento técnico, pedagogia, praticidade, resolutividade.

Para Guareschi (1995)

A interação social com as pessoas, principalmente aquelas que possuem autoridade e que, por isso, desempenham uma função importante na formação das representações, impõem a elas as

representações consideradas necessárias para a reprodução das relações sociais (p. 219).

Nesse sentido, o psiquiatra matriciador tem papel importante, pois sendo especialista é a figura de autoridade perante a equipe que influencia fortemente na formação das representações sobre o transtorno mental. Mesmo que no matriciamento possa contar com equipe de saúde mental, o psiquiatra ainda é a figura central, por ser um médico falando para médicos.

O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas ações na figura do psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso, como tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de Saúde Mental que nos fazem cativos do século XVIII e XIX. Desta forma, o combate ao sintoma muitas vezes nos coloca na era pré-freudiana (Pinto, 2007, p. 200-201).

Apesar das mudanças e dos avanços conseguidos nos últimos tempos, às vezes as práticas indicam dificuldades para se romper com relações tão impregnadas.

Fica bastante claro que a representação sobre o matriciamento e o papel do médico a partir disso fica restrita a diagnosticar, medicar e encaminhar. É uma representação parcial do objeto, pois como colocam os documentos ministeriais e artigos sobre o tema, o apoio matricial iria muito além disso, seria espaço de se pensar projetos terapêuticos singulares (PTS) e de se trabalhar a co-responsabilização. Mais do que diminuir o encaminhamento para o psiquiatra, a equipe toda assumir o usuário e em vez de encaminhar para a equipe de saúde mental, pensar juntos, incluindo o usuário em seu PTS. A questão da co-responsabilização ainda não foi incorporada e compreendida.

Barban e Oliveira (2007), ao escreverem sobre a experiência do município de São José do Rio Preto na implantação do apoio matricial, concluem:

A atuação em co-responsabilidade entre a equipe de Saúde Mental e os profissionais da unidade vem possibilitando a condução dos problemas de saúde mental que até então era repassado ao serviço secundário, o que, de modo geral, causa à superlotação e a cronificação dos transtornos mentais. Com o estímulo ao trabalho em equipe e a intersetorialidade, vem ocorrendo um processo de transferência da responsabilidade social pelo bem-estar da

comunidade para a mesma, diminuindo a sobreposição de atuações e atitudes assistencialistas (p. 54).

Deste modo, ao não incorporar esse aspecto à representação social do fenômeno de forma clara, essas possibilidades observadas pelos autores, não podem ser atingidas. A menção que a maioria dos médicos entrevistados faz à coresponsabilidade é a compreensão que “a gente aqui desse lado da mesa, a gente precisa tentar resolver o caso do paciente, porque é pra gente que ele vem” (Rosana). Mas que muitas vezes essa resolução está ligada a saber diagnosticar e medicar, o matriciador que trabalha essas habilidades, responde as suas expectativas. Mais uma vez, com uma representação parcial útil para diminuir a angústia por vezes dos médicos, mas nem sempre resolutiva como eles pensam, pois mantém um modelo medicalizado, em que o médico é o responsável pela melhora do usuário ao saber medicá-lo, mantendo um modelo de clínica médica ao qual está habituado, sem a transformação do paradigma médico biológico. E o médico, não a equipe, passa a ser o responsável pelo usuário.

A *alta frequência* de usuários portadores de sofrimento psíquico foi um tema também induzido ao se perguntar no roteiro de entrevistas se aparecem casos de transtorno mental e qual a frequência. Mas mesmo antes desses questionamentos, alguns médicos já trouxeram essa percepção quando começamos a falar sobre transtorno mental. Existe entre eles uma percepção ampliada sobre saúde mental como discutido anteriormente, nesse mesmo sentido sobre o transtorno mental, passaram a enxergar usuários com quadros não claramente psiquiátricos, mas com sofrimento emocional. Assim, todos os médicos acreditam ser uma alta prevalência dentre seus usuários, chegando a estimar um índice de porcentagem que varia de 10 % a 80%, dependia da gravidade dos sintomas, diagnóstico clássico ou do médico pensar que tudo envolve saúde mental e no contraponto, transtorno mental. Cássio chega a afirmar: “Mais ou menos uma... Pressão alta. É muita gente com depressão, só que é aquilo né, as pessoas acabam... Achando que é normal e não assumem que tem problema de depressão, mas é muito...” Estela refere que muitas vezes a queixa vem como problema clínico, que depois o médico percebe que tem componente psicológico associado. Ricardo e Márcia compartilham dessa opinião:

[...] aparece bastante, não como queixa principal [...], mas a gente percebe bastante, às vezes até um quadro de descontrole de pressão, aí você vai investigar, aí a paciente tá tendo vai, um caso que aconteceu hoje, a pressão não controla, não controla, a dose máxima de remédio, e aí: mas não sabe o que que é, meu filho tá usando droga e eu não sei como lidar com isso, tá um inferno a minha vida. E a demanda vai aparecendo, isso sim, é bastante freqüente, a gente se procurar, se vasculhar a gente acha alguma coisa (Márcia).

Para Marta, questões mais leves, problemas emocionais não caracterizados por diagnóstico definido, aparecem mais. Ela percebe como os outros acima, que problemas aparentemente clínicos, tem componentes de um sofrimento psíquico:

mãe que tá com problema no aleitamento, que o buraco é mais embaixo, né, não é uma questão só de galactorréia e pronto, né. Ou então tem no pré-natal, de não aceitar, como é que está vindo esse filho, então a gente acaba tendo, essas, esses pequenos. E os graves, pessoas que são mais problemáticas, pessoas que não aderem, nós estamos, por exemplo, com uma pessoa que não aderiu ao tratamento de tuberculose nunca, e foi continuando e agora ela tá com uma resistência que não tem mais nada que mate aquele bicho dela, passo pra filha gestante, que pariu e passou pro seu filhinho, e esse bicho é resistente, e isso é só doença infecto-contagiosa, caramba não é, está longe de ser uma doença infecto-contagiosa com abordagem quimioterápica, isso é todo um distúrbio, um transtorno, nessa família, nessas pessoas, de comportamento autodestrutivo, mas todo dia aparece (Marta).

Os médicos percebem entre esses casos leves, sem saber nomear, os transtornos mentais comuns (TCM):

Quadros depressivos, não sei se a gente pode chamar de depressão propriamente dita, porque eles não tem a duração, muitas vezes só uma palavra amiga, só um remédio que você dá por um, dois meses já resolvem. Tem também os quadros mais nervosos, que acabam resolvendo até sem remédio (Flávio).

Não sei se chega a ser um transtorno mental definido, mas aquelas pessoas que estão sempre com quadro de angústia, algumas dores inexplicáveis, que é o que é mais freqüente pra gente que são os quadros mais leves, é...(Márcia).

Flávio vê uma aparente facilidade em tratar esses casos, talvez por sua visão mais biológica colocada adiante, mas Márcia, diferentemente refere dificuldade

ao compreender que tais casos não dependem somente de sua intervenção, acredita que dependem de mudança de estilo de vida, de reestruturação de vida, sentindo grande dificuldade em abordar e até “conscientizar” tal usuário deste fato.

E a pessoa em si é difícil a gente... Pelo menos eu acho, conscientizar a pessoa disso, de que ela vem buscando como se a gente pudesse dá uma resolução, pronto, toma esse remédio sua vida vai ficar linda, e aí a gente convencer a pessoa disso, de que é ela que vai ter que colocar um horário na agenda dela pra ter uma atividade física, ela que vai ter que ver o que que ta faltando na vida dela, se é atividade física realmente, ou é um momento de lazer, se o trabalho é que ta sendo bom pra ela, será que ela tem como procurar uma nova oportunidade, ou o relacionamento conjugal que precisa ser conversado, dela se tocar disso e de realmente ir atrás do que for necessário.

O *preconceito* também é colocado como dificultador do processo e causador de sofrimento além da própria doença. Oscar vê a família como reprodutora e mantenedora do preconceito “a família quer esconder dos outros que tem alguém da família com transtorno, então eu acho que o sofrimento vem muito mais do preconceito do que da própria doença, embora existam algumas doenças devastadoras, né, como a esquizofrenia”, referindo que o preconceito atinge o próprio portador, “tem gente que nem quer se tratar pra não ficar taxada de paciente psiquiátrico”.

Também existe, segundo ele e outro entrevistado, preconceito por parte dos profissionais:

Já parte dos médicos que não tratam doença mental, se o paciente for psiquiátrico, enquanto a Organização Mundial de Saúde diz que um clínico, por exemplo, trata... 20% dos pacientes que passam por eles têm distúrbios mentais e eles deveriam tratar, como depressão, como pânico, fobia, os que ele não conseguir tratar ele mandam. Agora olhou diazepam... é pro psiquiatra, não quer nem saber o que está acontecendo, isso aí contribui também pra não haver melhoria no atendimento, compreensão das coisas, acho que médico não deveria fugir de assunto médico, entendeu (Oscar).

Só que o grande problema dos pacientes psiquiátricos que eles são marginalizados, ninguém, quer atender. Fala que é paciente psiquiátrico, todo mundo corre prum lado, pro outro, todo mundo some da frente dele [...] uma boa parte dos médicos não querem mexer com eles, eu sinto que a maior parte dos médicos não gosta

de trabalhar paciente psiquiátrico, eu gosto, só que não sei muito, sei pouco (Cássio).

Ambos se mostram abertos ao atendimento de usuários psiquiátricos, eles têm certa familiaridade com transtornos mentais, além do trabalho. Oscar refere caso de ter familiar esquizofrênico, e Cássio, de ele próprio ter depressão. Deste modo ambos compreendem o preconceito por um prisma talvez mais profundo do que simplesmente de trabalhador que observa o sofrimento, com uma vivência mais pessoal deste. Nota-se nas falas abaixo que o mecanismo de *identificação* foi utilizado, que se percebem como o outro, o usuário, inclusive com histórico de patologia mental:

Agora ta essa febre de aparecer doença em criança também, aí, mas eu pego é bastante relato da professora: ah, ele não para quieto. Eu lembro da minha experiência na escola, a professora chamava minha mãe: seu filho só tira nota baixa [...] Porque a aula dela era muito chata, não conseguia assistir a aula dela [...] ela, já taxa eu de problemático (Oscar).

É uma pessoa igual a mim, certo. Por exemplo, eu tive um derrame faz nove anos, e eu lembro aquilo que eu vivi, fiquei paralisado de um lado, fiquei sem falar, fazia algumas coisas que a gente não achava sã, e tudo isso passou. [...] Eu não sei exatamente o que que é normal, o que não é normal, eu vive esse episódio de ser um paciente... (Flávio)

Mas atender alguns casos pra mim é tranquilo, porque eu tenho um pouco de depressão também, e até sei um pouco os sintomas além daquilo que ta na literatura essas coisas, né. Aí eu entendo bem [...] (Cássio).

Ao se identificarem com o objeto, ele se torna familiar, não assustador, percebendo uma consonância interna com o objeto, sofrimento psíquico ou um desajustamento, olhando-o com simpatia, maior tranquilidade. Esses médicos que utilizam tal mecanismo, dizem gostar de atender, ter interesse em compreender e buscam em suas falas a inclusão do transtorno mental como algo intrínseco a saúde, nas palavras de Flávio, algo dinâmico, “não estanque”. Buscam explicar o objeto, explicando assim a própria experiência. É interessante que ambos têm

representações do transtorno mental como algo orgânico, que além da influência na formação médica, talvez tenha um componente da tentativa de explicação do próprio sofrimento, como algo que sendo orgânico, é menos ansiogênico, pois depende somente de tratamento medicamentoso, não de mudança de vida.

E Flávio em uma frase deixa claro que se sente identificado não somente com o transtorno mental, mas com a comunidade.

Na realidade, eu comecei a fazer saúde da família, não sabia nada, aí fiz o curso de saúde da família, aprendi muito, tenho aprendido ainda, hoje as coisas vão bem mais rápido do que eram antes, hoje eu tenho vem mais...Conquistei essa rapidez, essas coisas, hoje possa ta olhando pra essa parte, **pra como está a comunidade que eu faço parte** (Flávio, grifo nosso).

A representação do transtorno mental como um transtorno *orgânico*, fica claro nas falas abaixo:

Então eu vejo que o problema da saúde mental, pode ser alguma coisa orgânica, que não ta funcionando bem, então você corrige. Pode não ser orgânico, ser mental mesmo, mas também a gente corrige com alguma droga, e volta ao normal (Flávio).

Eu vejo o paciente psiquiátrico, assim, faz parte do organismo, penso assim, a pessoa tem um problema no fígado, tem problema no coração, tem problema no baço, nos rins... Tem problema na cabeça, é um órgão [...] É... O que eu entendo é que é uma patologia, a pessoa tem uma patologia, que em vez de ser em algum outro órgão é na mente. Ela ta comprometida e a gente tem que contornar, tratar [...] (Cássio).

O transtorno mental, a doença psiquiátrica, o tratamento. Bom assim, aí já passa pra doença realmente física né, que a gente começa o tratamento, e precisa do apoio da psiquiatra (Estela).

A representação de que o transtorno mental é algo basicamente orgânico, pressupõe que é facilmente “corrigido”, “contornado” com medicação. Como já discutido anteriormente, o psiquiatra matriciador tem forte influência sobre tal representação, simplificando o transtorno mental como biológico, na verdade recai no que os médicos estão habituados a lidar e sua formação possibilita, ou seja, tratar o corpo com medicação.

“Toda a produção de conhecimentos médicos está orientada, em primeiro lugar, para o domínio dos fenômenos da doença e da enfermidade” (Costa, 2004, p. 9). Os médicos querem controlá-la, derrotá-la.

Nesse contexto o médico utiliza-se da ancoragem para classificar a doença mental no estereótipo que ele já possui da doença do corpo, identifica-a como igual. Nas palavras de Flávio “tem um problema no fígado, tem problema no coração, tem problema no baço, nos rins...” a nova representação é classificada com paradigma já existente, sendo igualada e tratada como a mesma coisa. A formação biologizante dos médicos é fundamental para construção de tal paradigma e mesmo numa atual compreensão de clínica ampliada, ainda é fortemente utilizada e orienta as práticas médicas.

A necessidade de cuidado ao portador de sofrimento psíquico é bastante apontada, como a necessidade de mais olhar do profissional médico, de conversa, afeto.

Eu acho que essas pessoas precisam de cuidado, muito mais do que medicamento, elas precisam de uma ajuda pra condução da vida delas, eu sou muito mais... Sempre falei que sou muito mais de psicoterapia do que de um comprimido, só que sempre foi mais fácil dá um comprimido do que fazer psicoterapia (Marta).

[...] dá carinho pra pessoa, às vezes falta muito afeto pra essas pessoas, né, elas são muito marginalizadas, então a gente tem que dar mais carinho, e atender com atenção, e... Basicamente é isso. Eu acho que tratar e dar muita atenção pra eles, que é o que eles precisam né (Cássio).

Primeira coisa é que toda pessoa precisa de um acompanhamento, né, um acompanhamento por menor que seja, uma atenção [...] Porque, é a atenção, é aquela história, se a gente for ver, em relação aos colegas... é essa atenção que a gente passa pro pessoal. Então eu falo pra eles: milagre eu não faço. Então o que é que faz a mais, é essa atenção, que o pessoal, muitas vezes necessita também de uma receita, mas uma atenção (Ricardo).

[...] se ele vai cair com um profissional que tá a fim de trabalhar, que é centradinho, acho que sempre alguma coisa ele vai crescer, né, independente do transtorno ser pequeno ou ser grande. Então eu acho que é a sorte da onde ele cair, ele é uma pedrinha que foi jogada pra cima e onde ele cair, se ele der sorte, se ele tiver bem, ele depende muito do ambiente de onde ele estiver. Às vezes ele pega um... o que que eu vou falar, se pega um paciente ele tem um

transtorno qualquer num Pronto Socorro encontra um médico interessado, muito que bem, mas se não encontrar vai ser mais uma pedrinha que vai voar pra cima, né. Então... eu acho difícil, depende da onde ele cair, eu acho que nem tudo tá perdido (risos) (Patrícia).

[...] mesmo antes de ser médico eu tomei simpatia por paciente psiquiátrico, porque eu vejo o sofrimento dele... não é de dar atenção, é de tratar ele como uma pessoa normal, falar, isso é uma doença, tal, como foi o caso dessa menina²¹, onde ela chegava, o pessoal fazia aquela cara de lá vem a louca, aí ela não vem mais. Mas sempre tive simpatia, talvez por isso depois de médico comecei também a estudar mais essa parte pra poder também ajudar, não só ser simpático (Oscar).

Metade dos entrevistados trouxe esse tema e se mostra disposta a trabalhar nessa lógica de atenção além do biológico, além da medicalização. Um terreno bastante fértil para iniciar um processo de rediscussão e mudança do modelo para uma clínica ampliada. É possível que com a instrumentalização adequada, com o apoio pedagógico do matriciamento, esses profissionais sejam capazes de iniciar e implantar a dinâmica de trabalho com projetos terapêuticos singulares, numa lógica de cuidado e co-responsabilização médico/equipe e usuário (sujeito).

A dificuldade em lidar com o transtorno mental aparece em várias situações, da dificuldade emocional do envolvimento, dificuldade em lidar com a frustração e sentimento de impotência, dificuldade técnica, dificuldade em se relacionar com questões sociais.

Ah... É pesado, eu acho que é bastante pesado, eu acho que assim, das consultas que cansam, quando tem um transtorno mental relevante, é a consulta que mais cansa, porque é aquela que tem mais, mais coisas a serem abordadas, tem que despertar alguma coisa no paciente que a gente muitas vezes não consegue, que é justamente o eu te falei, da iniciativa, tal [...] É bem difícil a gente conseguir bons resultados. (Márcia).

Agora não, a gente vive num mundo é... tá mais em contato assim com a realidade, então fazer PSF, pra saúde mental, você vê muita coisa, e assim, não é que eu não goste, eu gosto, mas é muito mais difícil você, tem que abordar, você tem que tentar convencer aquela pessoa que existe um probleminha, e aí, é mais difícil de você abordar, mas eles confiam na gente, né (Patrícia).

²¹ Oscar refere-se a uma usuária esquizofrênica e epilética de difícil controle que ele está tratando, que, segundo ele, pelas dificuldades de manter tratamento ambulatorial regular pela transição de psiquiatras constantemente, não conseguia estabilizar-se, e está melhor com seu acompanhamento contínuo na ESF.

Márcia e Patrícia consideram a importância de despertar no usuário a consciência do problema, a responsabilização pela sua saúde, podendo a partir disso trabalhar com o tratamento. Ambas sentem isso como tarefa árdua, que demanda maior desgaste emocional e empenho pessoal no atendimento. Patrícia trás o vínculo como facilitador desse processo. Considera a autonomia do usuário, como um princípio da clínica ampliada, trabalhando a co-responsabilidade médico-usuário. As médicas mostram tal representação construída e a consciência das dificuldades dessa mudança paradigmática, que vê o sujeito e não somente o doente, percebendo que o poder biomédico é limitado, havendo necessidade de novas estratégias, novas ferramentas que não somente a medicação.

Para justificar e/ou negar a dificuldade emocional em lidar com o sofrimento psíquico, muitos se utilizam da dificuldade técnica. O medo é a única emoção expressa, mas não revelam o medo do portador de sofrimento psíquico, somente referem o medo de não saber lidar com a situação, o que seria socialmente mais aceito.

(pausa) o que que eu penso... Basicamente que eu tenho muita dificuldade pra atender... Que eu fico meio perdida, não sei o que fazer, o que perguntar, as coisas, tem umas coisas muito loucas, e tem umas que talvez eu nem perceba, existe algum problema... [...] Pra mim é difícil por falta de preparo mesmo, preparo na escola (Rosana).

Os pacientes de doenças mais graves, psicoses, tal, esses me... Por isso que eu ligo, porque esses me causam... Pânico (risos), eu ligo porque realmente não sei o que fazer. Outro dia chegou uma paciente aqui num surto psicótico e eu falei pro auxiliar de enfermagem: a gente não tem nem haldol. E ele falou: tem haldol. Mas eu é que não vou mandar aplicar, nunca mandei aplicar um haldol, é... Então é complicado. Por falta de conhecimento acho até né. E a insegurança né. Espero que o novo matriciador seja bem... Dê respaldo né (Márcia).

Pessoas que eu atendi a dois, três meses atrás, tavam assim, né normal, de repente até a agente de saúde traz: ta estranha. Você vai ver ta outra pessoa, totalmente... Tenho medo da transformação da pessoa, o que levou aquilo, eu, não sei lidar com isso, tenho medo até de mexer muito, né, nem pergunto muito, deixo pra passar no matriciamento, tenho medo, é um enigma pra mim.[...] (Ana).

Difícil...Uma coisa assim que...Lógico no dia-a-dia a gente vai sempre ter que lidar com isso. Agora a gente tem essa responsabilidade de lidar com isso, ficou na mão da gente. E eu de verdade quando trato violência sexual com criança, eu tenho é

uma...Uma... É um a coisa muito obscura pra mim, eu tenho...Não me sinto aparelhada, isso. Tenho muito medo de fazer... Que eu não seja o mais adequada, que atrapalhe mais, ou deixar minha emoção entrar na história e eu... Me perder na minha emoção, sei lá (Marta).

Os médicos colocam no matriciamento ou na figura do matriciador, o local que vai diminuir sua angústia frente ao sofrimento psíquico, a sensação de estranheza a um comportamento diferente é assustadora. O estigma com o qual vem carregado socialmente o sofrimento psíquico perpassa a maneira de agir do médico. Parece não lhes ocorrer que um atendimento com acolhimento e escuta qualificada cabe em qualquer situação. Oscar trás sua experiência que poderia servir de referência aos colegas dizendo que é preciso “tratar ele como uma pessoa normal”, sem preconceito, como qualquer outra doença.

A resolutividade do atendimento que por vezes necessita de assertividade em medicar, pode ser resolvida sim com maior segurança técnica. Esta pode ser conseguida através do matriciamento ou, como colocado anteriormente, através de contatos telefônicos com outros serviços. Saber medicar não resolve a angústia de relacionar-se com o sofrimento psíquico e toda representação social que ele carrega. Não será somente com teoria que a tranquilidade em atender virá. Muitas vezes há necessidade de assumir a emoção presente no atendimento, de não negá-la, ter consciência dela para melhor agir. Rosana refere que ao participar de uma terapia comunitária, chorou muito ao ouvir os relatos de sofrimento, mas nega sua emoção como ela diz “no dia-a-dia”, justifica novamente o receio técnico, mas nessa contradição a emoção aparece como algo não técnico, não profissional, e precisa ser escondida.

A formação médica trás essa conotação de que a emoção é algo prejudicial à atuação técnica e deve ser cindida, um bom médico não se emociona, é técnico. Fica difícil manter essa premissa ao trabalhar com o transtorno mental ou um sofrimento emocional, não existe preparo técnico capaz de blindar a emoção. Parece ser a expectativa destes, de que com maior preparo técnico, deixarão de sentir e se protegerão das dificuldades, frustrações, angústias.

Patrícia trás sua “receita” de como trabalhar sua emoção:

... depois de 25 anos não dá né... você vai aprendendo a deixar o seu avental na sua profissão e sair numa boa, né. Então nesse momento, pelo fato de eu ser uma pessoa assim sem grandes problemas, né. Eu consigo carregar essas coisas numa boa. Tem dias que eu saio daqui mal, com dó, mas eu procuro fazer... eu tenho

oportunidade de fazer fora daqui o que eu gosto, então eu vou pro meu consultório me dá prazer, eu saio daqui oh, e os outros dias eu faço ginástica, eu vou pra casa tomo café, vou pra academia, pego meu filho e vamos os dois pra lá. [...] Então eu tenho onde descarregar as minhas tensões né, então eu, nesse momento eu não tenho grandes problemas, eu consigo tirar essas coisas de letra, né. Então eu encaro como... aquilo que eu posso fazer pra ajudar, eu faço, né. Até o momento eu consegui...

Há de se considerar que nem todos os médicos aprenderam a lidar com o sofrimento, não lhes é ensinado isso em sua formação e Patrícia precisou de longos 25 anos para começar a aprender. Nem todos conseguem até por questões pessoais, individuais. Mas a formação poderia facilitar essa relação, ou pelo menos parar de negá-la em nome da objetividade e neutralidade científica.

Uma dificuldade relacionada à insegurança é o medo do suicídio, saber fazer avaliação de risco. Mas também outro fator importante é não se sentirem respaldados pelos outros serviços, nesses casos. Não compreendem os critérios dos outros equipamentos, CAPS e Ambulatório, para assumirem usuários que eles percebem com risco de suicídio.

Se eu pego uma depressão que a mulher tentou se matar, eles mandam de volta e mandam eu tratar, isso não é matriciamento. Depressão com tentativa de suicídio é um caso grave (Oscar).

Nós temos uma paciente, que outro dia... Assim, ela já tentou o suicídio duas vezes, fiz uma cartinha detalhada e encaminhei pro CAPS, e a resposta foi... Terapia na Unidade, não é caso de CAPS. Poxa já tentou suicídio duas vezes, não é caso de CAPS, eu não sei, nada mais é caso de CAPS (Rosana).

Quando é caso de alguém que ta falando em suicídio, então a gente encaminha pro CAPS, pro atendimento de emergência, tenho medo de não saber lidar com aquilo logo e ser tarde demais, aí acaba mandando pra lá (Marta).

Até porque existe risco de suicídio, né. Já aconteceu um caso extremo assim, o paciente tinha um problema sério, de saúde mental grave, foi marcar psiquiatra, demorou muito, não sei o que aconteceu dentro da casa dele, ele acordou morto. O paciente em casa, briga com a família, o paciente era paciente psiquiátrico, a filha era dependente química, o marido dela também. A melhor, com mentalidade melhor na casa era a neta. A gente foi lá, tentou envolver. Levou o caso pra psiquiatria, só que assim foi uma coisa tão horrorosa, que eu senti que a gente acabou... Acho que poderia ter resolvido o problema dele e não ter acontecido essa fatalidade. Por isso que eu falo, eu... Apavorado é a palavra, porque muitas

coisas a gente não consegue resolver e a gente fica revoltado, não tem pra onde mandar, e acho que poderia ter feito uma coisa a mais pra esse paciente. (Cássio)

Uma justificativa possível para os outros serviços não abarcarem tal demanda é que como coloca Saraceno (2009)²² a maior parte dos suicídios e das tentativas de suicídio é impulsiva, sem componentes psicóticos, ou ideação suicida estruturada. O problema é que sem essa conversa entre os equipamentos e a justificativa clareada, o medo, a insegurança e a falta de confiança no outro serviço só aumentam. É necessária discussão caso a caso, pois mesmo as tentativas de suicídio impulsivas precisam ser mais bem avaliadas e acompanhadas. E devolver caso sem conversa prévia e discussão, não é trabalho em rede. Nesse sentido, não somente a Atenção Primária, ESF, está trabalhando com a lógica de encaminhamento, mas os outros equipamentos também. Existe uma disputa para passar o usuário a ser responsabilidade do outro, a mudança de modelo do encaminhamento para a co-responsabilidade não pode ser função somente da ESF, mas também do CAPS e ambulatório.

Sentimentos de frustração e incapacidade também incomodam os médicos, frustração por lidarem com algo por vezes não resolvível somente com sua intervenção, com um objeto complexo que mais do que a saúde mental, o ser humano que passaram a perceber não somente como biológico.

[...] acho que isso desgasta bastante, e principalmente quando a gente não tem boa resposta [...] aquele paciente que vem, três, quatro consultas e nada de melhora, nada de melhora, aqueles crônicos, aquelas deprimidas crônicas principalmente, a maioria é mulher, que nunca tem evolução, é complicado (Márcia).

Difícil né. Acho que a gente infelizmente não tem capacidade, não capacidade, mas oportunidade, de qualificar e quantificar o transtorno mental de uma maneira melhor, né. Como a demanda é muito grande, né, então eu penso que o transtorno mental poderia ser melhor diagnosticado, quantificado e conduzido, infelizmente uma parcela da sociedade pode e outra não (Patrícia).

Então, na verdade pra mim a questão da saúde mental não é tão complicado, o que realmente a gente sente mesmo é a parte social. É você atender [...] a parte social, que você vê que tem coisas que não tão, mas na nossa mão de... De como a gente dá jeito naquilo lá. Isso daí é que me deixa mais preocupada que passar medicação,

²² Saraceno, B. (Organização Mundial de Saúde) comunicação pessoal, 2009.

fazer a escuta é até o de menos comparado com o que muita gente sofre. Dá uma angustia quando você vê que o problema da pessoa é bem mais social causando aquele né... Aquele problema orgânico e você não têm muito como resolver. Dá uma sensação até de desesperança, você olha assim: Ai meu Deus, não tenho muito o que fazer por essa pessoa (Estela).

Eu acho mais difícil a gente lidar com o transtorno mental que é causado por essa questão mais social, né. Essa coisa de ser usuário de droga, de ta envolvido com o narcotráfico. Porque a gente esbarra em coisas que, primeiro que não tem jeito. Chegar lá e bater de frente com aquilo vão bater a ultima vez, não precisa bater mais, né? E é assim, a gente tem adolescentes, né (Marta).

Nenhum dos entrevistados utilizou a expressão “projeto terapêutico” e em todas as falas, mesmo sem nomeação isso não foi cogitado. Foi citado em um momento que uma psiquiatra questionava com a equipe sobre o que fazer com a usuária foi o mais parecido com projeto terapêutico, veja a colocação:

Só que ela não tava conseguindo passar o que a gente precisa, que a gente aqui desse lado da mesa, a gente precisa tentar resolver o caso do paciente, porque é pra gente que ele vem. Então fica aquela coisa de: ai o que é que você acha, pergunta o que que ele pensa... Eu não sou treinada pra fazer psicoterapia, então eu quero resolver o caso do paciente, precisa de tratamento com remédio, não, precisa, é só terapia, então eu vou encaminhar pra fazer terapia é isso que fazia falta pra gente, ah... E os casos ficavam meio assim flutuando no espaço, não resolvia e o paciente voltava e a gente não tinha resposta (Rosana).

A tentativa de pensar juntamente com a equipe foi colocada como coisa não resolutiva, o que resolve é diagnosticar, medicar e encaminhar é isso que os médicos desejam e chamam de objetividade e resolutividade, continuar fazendo clínica médica, não em uma visão de clínica ampliada. A lógica do encaminhamento não mudou, só deixou de ir ao psiquiatra, mas a escuta e o projeto terapêutico continuam sendo coisas de especialista, da equipe de saúde mental, do terapeuta comunitário.

Felizmente alguns médicos colocam a escuta como sua atividade, como é o caso de Ana e Ricardo, podendo até substituir a medicalização: “são vários pacientes, muitas vezes vem aqui e saem sem receita, só com atenção... que a gente dá, conversar” (Ricardo). E Flávio que coloca a escuta como algo diluído na equipe. Muitos outros afirmam não ter tempo dentro da consulta para isso, e até formação qualificada.

Coimbra (2007) em estudo com ESF em Chapecó, chega a conclusão que nesta localidade não existe oferecimento de um cardápio de intervenção ou plano terapêutico para os usuários. Avaliou ainda que as consultas médicas são centradas nas queixas pontuais, sem abrir espaço para intervenções integrais. É observado o pouco tempo que o médico tem para consulta, o que segundo a autora torna-a pouco resolutiva, tendo como foco a queixa principal, deixando pouco tempo para as tecnologias relacionais e impossibilitando a integralidade das ações.

A queixa dos médicos de não ter tempo também foi comum, referiram-se à falta de tempo para integrar-se a atividades de grupo Marta, Flávio e Cássio; tempo para formação/ informação, Flávio e para o tempo de atendimento Cássio coloca: “A única coisa é que o nosso tempo é restringido, você tem 15 minutos pra tentar ver o que a pessoa tem e pedir alguns exames, medicar... fica difícil isso, pra você entrar num assunto complexo, que é a vida da pessoa, né”. E esse médico admite que pode deixar de perceber questões ligadas a transtorno mental devido ao tempo curto de consulta.

Em contrapartida Patrícia refere que em sua Unidade conseguiram ampliar o tempo de consulta para 20 minutos:

e a gente luta por isso, pra manter os 20 minutos, porque essa grade do SUS de 16 pacientes mais 3 ou 4 extras é que torna a medicina uma droga. Então você não faz diagnóstico de nada, você não conversa com o paciente, você não tem resolutividade. E porque que a nossa Unidade... já tentaram vir aqui e fazer isso, e nós mostramos o dente pra todo mundo, talvez isso seja um dos motivos, né pelo aumento da demanda, mas nós somos muito mais resolutivos aqui porque nós temos 20 minutos pra olhar pra cara do sujeito, ouvir a história, examinar e pedir exame. Então quando o paciente vai para o especialista, ele já vai com tudo certo, isso dá prazer pra quem tá cuidando e pra quem tá sendo cuidado.

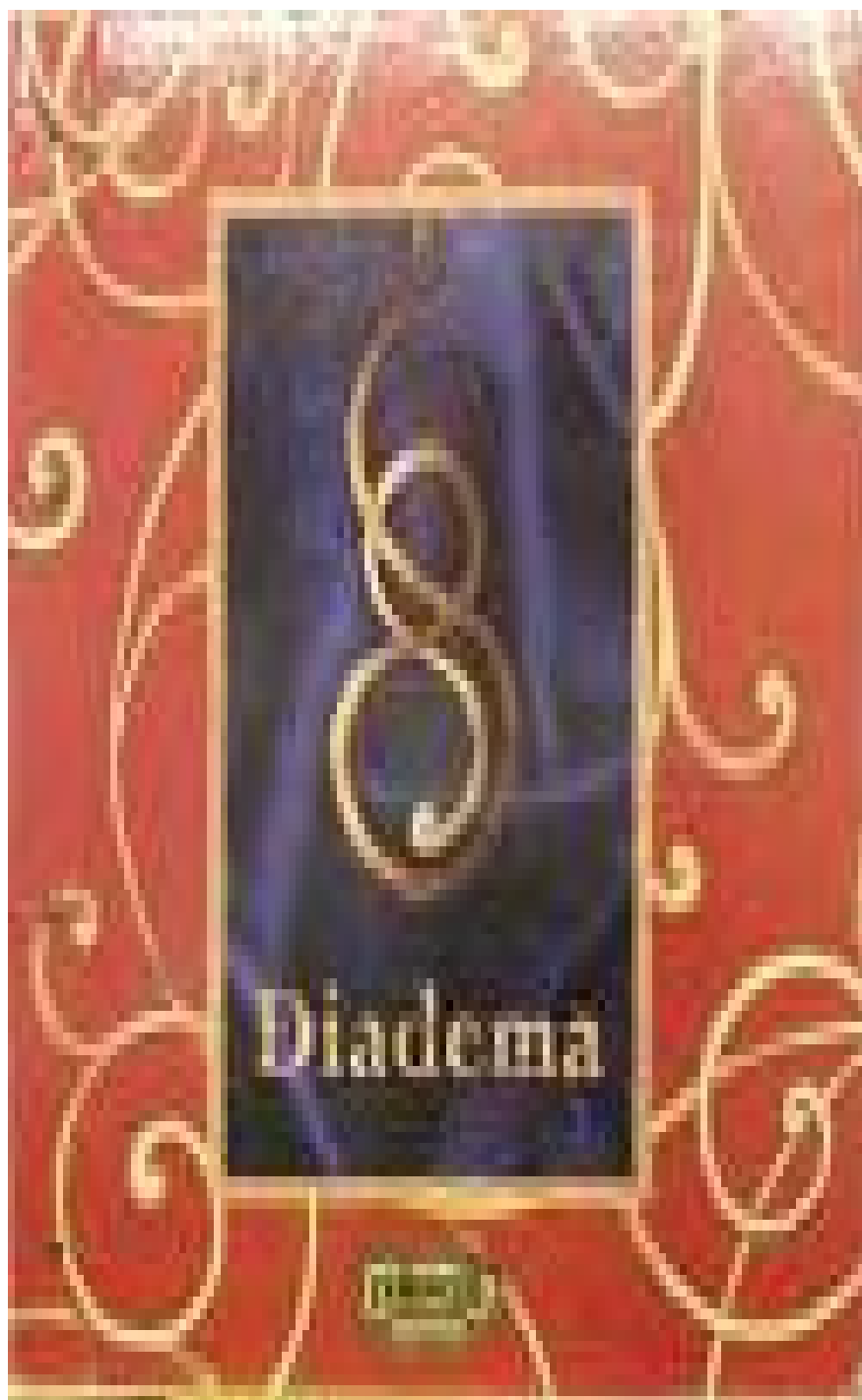
A percepção prática de Cássio, enquanto vivendo a dificuldade e Patrícia, encontrando um melhor caminho, condiz com a avaliação de Coimbra (2007), que o tempo de consulta pode alterar a qualidade, resolutividade e a integralidade do atendimento. Patrícia ainda finaliza.

Eu penso que se você tiver um bom profissional e tempo adequado pra investir nesse paciente, fazer um diagnóstico adequado, e oferecer uma oportunidade pra ele crescer, sempre alguma coisa você vai conseguir, então eu penso isso.

O trabalho em equipe foi também pouco citado, continua circunscrito à atividade médica de consultório. Como já colocado acima, somente um entrevistado coloca a diluição da responsabilidade do portador de sofrimento psíquico na equipe:

Então a gente tem é que... E muito mais do que dá remédio, é ouvir, deixar a pessoa falar, dá também... Assim, tem o ACS, deixar também que ele fale, tem o auxiliar de enfermagem, a enfermeira, então a gente procura deixar o paciente, não assim estanque, que vai com o médico e...Diluir a responsabilidade em todo grupo da saúde da família (Flávio).

Mas mesmo esse médico em momento algum fala sobre projeto terapêutico. O matriciamento está muito centrado na figura do médico psiquiatra, apesar da equipe de saúde mental (psicólogo, assistente social e fonoaudióloga em alguns lugares) participar do matriciamento, é o médico que é o matriciador, e os médicos generalistas solicitam o que pensam ser da sua atribuição médica: diagnosticar, medicar e encaminhar, no processo isso ainda não foi questionado, e se mantém a visão aparente de resolutividade. O foco do matriciamento deve ser repensado, a discussão da responsabilização de toda a equipe deve ser valorizada, além da questão de se pensar o projeto terapêutico singular.



Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grandes avanços foram alcançados, em somente um ano de implantação geral do matriciamento no município, houve aceitação relativa sobre o que alguns vêem como mais uma responsabilidade, mas outros como algo intrínseco ao seu trabalho, o atendimento ao portador de sofrimento psíquico. As representações sobre saúde mental estão em construção através dos processos de ancoragem e objetivação, com forte influência do processo de matriciamento e do próprio matriciador.

Alguns pontos importantes devem ser observados por quem coordena os processos de matriciamento, que acaba sendo a porta de entrada para essa nova representação. Como a necessidade de maiores discussões sobre políticas de saúde mental, colocado anteriormente, pois a falta desse conhecimento pode fortalece representações que dificultam o processo. Ficou claro nas falas que os médicos não percebem o matriciamento como norteado por Política Pública. Deste modo também não o percebem como parte de uma estratégia maior, existente em muitos outros lugares, que tem sido pensada, pesquisada, repensada e validada, ficando uma representação negativa de ser um empurrão de demanda. Portanto, acabam não percebendo a Atenção Básica como lugar primordial e mais adequado para o cuidado do sofrimento psíquico menos grave.

As representações sociais encontradas nos possibilitam melhor compreensão do profissional médico e dos princípios que orientam suas ações, como coloca Lane (1995) e Jodelet (2005), podemos assim compreender seu comportamento social, suas ações e formas de contato com o portador de sofrimento psíquico.

As representações sobre saúde mental, não ficaram circunscritas à ausência de doença, pelo contrário, a maioria a vê como algo integrado a saúde, que influencia e é influenciada por diferentes fatores, biológicos, social, cultural.

A compreensão de que qualidade de vida trás saúde mental e que o próprio serviço pode oferecer atividades que proporcionam melhora na qualidade de vida, já tem suas sementes, mas precisa ser expandida. Assim, a Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família, mostra-se capaz de trabalhar na promoção à saúde, não somente no combate a doença.

Ao se falar sobre transtorno mental, o tema foi abordado de maneira bastante abrangente, não se limitando a falarem do usuário com transtornos graves, mas passando a perceber além dos transtornos mentais leves, sofrimentos emocionais e a representação da integralidade ganha ainda mais espaço. A familiaridade com o portador de sofrimento psíquico já está sendo alcançada, alguns em processo mais avançado que outros, sem dúvida a necessidade de atendimento e de aproximação favoreceram o processo, apesar de alguns, por identificações pessoais já estarem mais familiarizados e nas palavras de Oscar: “ser simpático”.

Muito das representações sobre saúde mental, perpassam a própria representação da profissão do médico, seus ideais de profissão, sua identidade profissional. Como coloca Schraiber (1991, 1995), em seu ideal de profissão, buscam manter a autonomia, agora só conseguida tecnicamente em seu consultório, mas sua autonomia já vem sendo questionada por eles mesmos, ao compreender e visualizar a complexidade do ser humano, do processo saúde-doença. Muitos percebem que sozinhos não são capazes de responder a demanda necessária, que deixou de ser somente diagnosticar e medicar. Assim percebem que o modelo biomédico e voltado para a especialidade no qual muitos foram formados, não dá mais conta, porém ainda nem todos se apropriaram de novas estratégias ou possuem novos modelos de ação.

Tais observações corroboram parte dos achados de Romano (2008) sobre a identidade do médico de família, que vive a ambigüidade da percepção da necessidade de uma abordagem ampla de saúde-doença, que leve em consideração aspectos biológicos, psicológicos e sociais das diferentes faixas etárias que atendem, mas, ao mesmo tempo enfrentam a impotência em conseguir superar o modelo biomédico pela falta de um novo modelo a seguir. Eu diria que tal modelo já existe, o da clínica ampliada, mas a dificuldade está na falta de compreensão e na dificuldade dos médicos de colocá-lo em prática.

Diria além, pois mais que o desafio de um novo olhar e uma nova prática na compreensão e intervenção ao processo saúde-doença, nesse caso Saúde Mental, pode se referir a qualquer outro transtorno. No atendimento o médico precisa ainda superar seu sentimento de único responsável pelo usuário do serviço.

O médico ainda mantém forte sentimento de responsabilização pelo usuário. Sua representação de si, como o capaz de trazer a cura ou a melhora

através de sua habilidade de diagnosticar e medicar, assim dar respostas ao sofrimento, à dor, a patologia. Ou dar respostas buscando novas habilidades, como conscientizar o usuário a mudar, a responsabilizar-se. Porém, a maioria dos médicos mostrou-se num trabalho solitário, pesado, onde a frustração, a angústia, o medo, sentimentos por não conseguirem responder a tudo, o tomam.

Ao longo de sua formação, ele é ensinado a assumir tal responsabilidade, e ao contrário do que se pensa, o problema da co-responsabilização não é que o médico não se sinta responsável, mas se sente o único responsável, e fica muito difícil não saber dar resposta a tudo. Alguns médicos da entrevista revelam cobrar-se em dar resolutividade, mas muitos se esquecem que não precisam estar sozinhos, não precisam assumir tudo, podem dividir com a equipe e ao fazê-lo criar novas respostas, encontrar novos conhecimentos, e o sentimento de frustração e impotência que muitos se queixam, se não diminuir, pelo menos será dividido.

O princípio da co-responsabilização vai além de eu transferir minha angústia para o outro, mas tem funcionado assim: é meu e eu dou conta ou eu não dou conta e agora ele é seu. Ainda está difícil dizer que ele é nosso, da equipe, da equipe de referência e da equipe de matriciamento.

Angústias frente aqueles pacientes que não dou conta perpassam todas as patologias, mas no transtorno mental é mais evidente. Essa angústia só será diminuída quando o trabalho for compartilhado, a responsabilidade dividida e o usuário/ sujeito, e sua história de vida, seus conhecimentos, desejos, forem incluídas em sua proposta terapêutica, agora podendo chamar projeto terapêutico singular.

Com o matriciamento ocorreram avanços, e o usuário portador de sofrimento psíquico pôde ser visto, olhado, pensado, assumido, além de ampliar a visão para os sofrimentos emocionais, as vivências psíquicas e se abrirem para todas as emoções que essas vivências acarretam: dó, pena, medo, impotência, raiva, frustração e porque não falar de alegria, orgulho quando há boa evolução.

Houve um importante avanço no que se refere à integralidade, os médicos passaram a notar o ser humano integralmente, com olhar mais atento para questões voltadas para a saúde mental, melhorando assim inclusive a resolutividade ao incluir essa leitura no diagnóstico médico, percebem fatores que influenciam, são causas e/ou agravam as doenças físicas, ampliando o foco de atenção e ação.

O matriciamento como espaço de apoio pedagógico e segundo diversos autores lugar de planejamento, de construção de projeto terapêutico singular, não

pode se perde na demanda do dia-a-dia ficando restrito a diagnóstico e medicação, vale lembrar, função de médico. Segundo Avellar (2002) “o médico é aquele que vai dizer o que o ‘paciente’ tem; ou seja, ele tem o poder de dar um veredicto através do diagnóstico” (p.57). Esse poder, tanto é exigido do usuário, quanto o próprio médico está habituado. E o que se faz a partir desse ponto? Segundo algumas das entrevistas: medica, ou encaminha agora não mais para o psiquiatra, mas para o psicólogo ou para terapia comunitária. A lógica do encaminhamento persiste, só mudou de endereço.

Fica clara a insatisfação da maioria dos médicos entrevistados em trabalhar somente num modelo biomédico. Alguns já buscam novos instrumentos, tentam aprimorar novas habilidades, pois fica claro que tal modelo não é mais capaz de responder a realidade. Essa semente de dúvida, do questionamento, de desejo por mudança, já está colocada, o que facilita uma mudança paradigmática e a possibilidade de reverem seu papel, sua identidade, o que na verdade já vem ocorrendo.

Esse processo poderia ser estimulado com uma ajuda externa, podendo ser do matriciamento, ou até mesmo de apoiadores de gestão, num modelo de Educação Permanente de Saúde, que segundo novo projeto da Secretaria de Saúde do Município estarão nas UBS fomentando as rodas de discussão existentes e criando novos espaços para repensar a questão do cuidado. Os médicos podem juntos construir novas representações, de si, do usuário portador de sofrimento psíquico ou não, passando a ser mais um operário construtor de vida, não o único responsável pela solução de todos os males. Serem capazes de colocar o seu saber como mais um para auxiliar no processo de melhora, de reabilitação, mas no emaranhado de outros saberes, do restante da equipe, do matriciador e/ou equipe matricial e do próprio usuário, para que juntos, nessa teia, possam celebrar a vida além da doença.

Num primeiro momento trabalhou-se no matriciamento a capacitação para que os médicos pudessem lidar com diagnóstico e medicalização, pela real necessidade de atendimento médico para os portadores de sofrimento psíquico e os médicos generalistas não estarem preparados para isso. Deste modo, esse tipo de abordagem tem seu papel, mas essa discussão deve ser transcendida e temas como clínica ampliada, escuta qualificada, projeto terapêutico singular, devem ser

incluídos, além do vínculo e acolhimento, questões que deveriam ser intrínsecas a ESF.

Amarante (1995b) fala sobre essa luta que é o processo de desinstitucionalização, e através dele a desconstrução do modelo e da mentalidade manicomial.

Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (p. 493-494).

Um grande desafio para essa nova etapa a ser construída é aprender a “construir possibilidades”, desenvolver novas ferramentas para o trabalho. Alguns já trazem uma bagagem um pouco maior que outros, trazem a questão do vínculo e o acolhimento como facilitadores dos processos, já buscam trabalhar a autonomia do usuário/ sujeito, valorizam a cidadania, a integração a comunidade, a qualidade de vida como formas de manter a saúde mental. O primeiro grande passo já está dado, agora é seguir em frente na construção de uma clínica do cuidado, através do trabalho em equipe.

Para melhor efetivação do médico nesse novo desafio, como alguns colocaram, o tempo de consulta pode dificultar, se ela puder ser ampliada no município para 20 minutos ao invés de 15 minutos preconizados pelo Ministério da Saúde. A resolutividade não somente para casos de portadores de sofrimento psíquico pode aumentar, assim o retrabalho com retornos desnecessários ao médico podem diminuir, melhorando a agenda do mesmo, além do enorme benefício ao usuário, que terá sua demanda mais bem compreendida e trabalhada. Como afirma também Coimbra (2007), o tempo limitado, limita a atividade do médico em se prender a queixa principal deixando de olhar o sujeito integralmente.

É importante finalizar dizendo que temos um terreno fértil para a mudança, com inquietações e angústias, e pessoas com perfil aberto ao novo, pois como eles próprios colocaram, escolheram ser generalistas e assim escolheram o desafio de transcender ao que sabiam anteriormente, pois muitos não têm formação específica e a maioria dos entrevistados já têm longa bagagem profissional em outras áreas, o que em vez de ser dificultador, pode se transformar em facilitador.

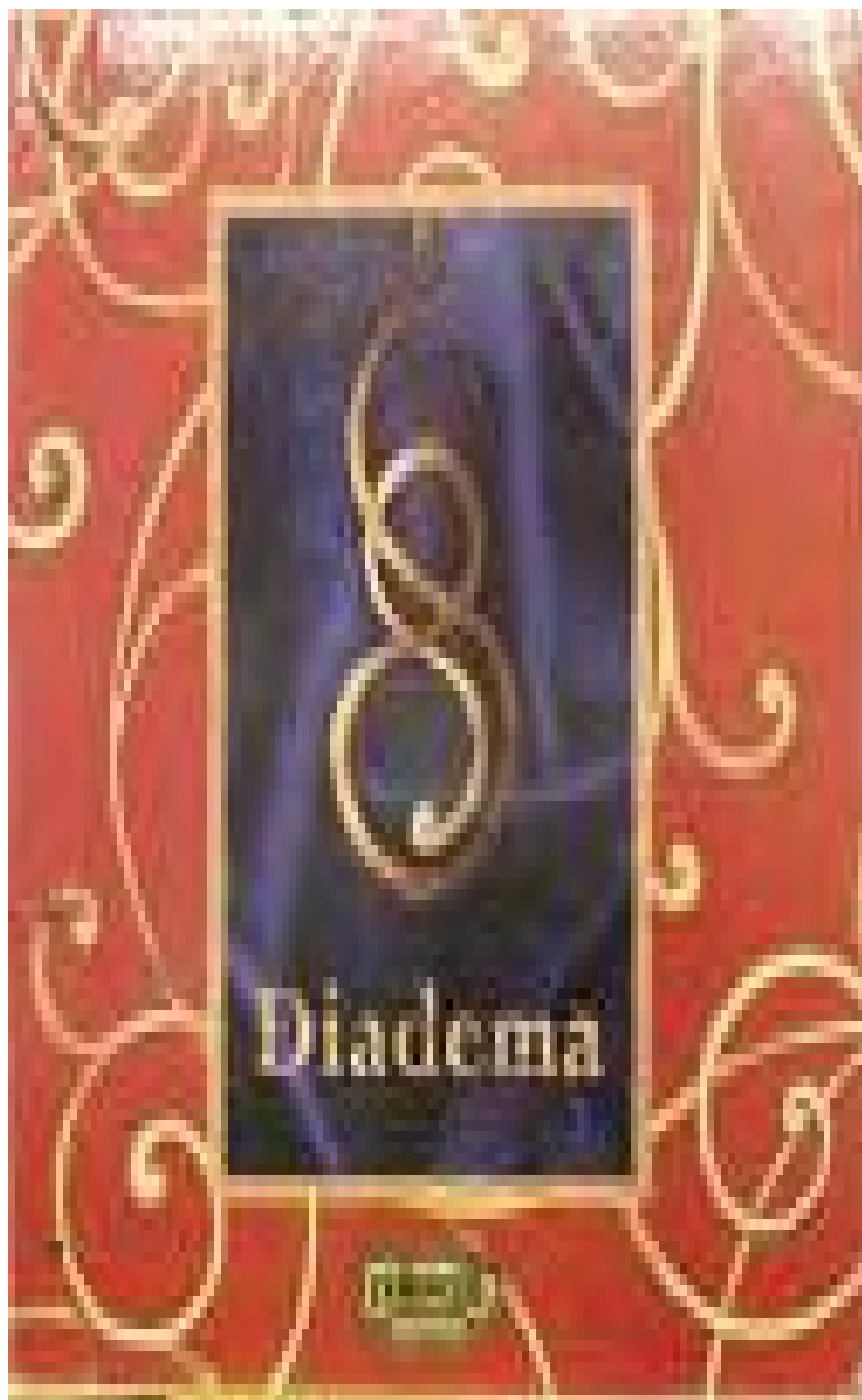
Importante também salientar esse momento ímpar do Brasil, em que foi convidado por Benedetto Saraceno, diretor de saúde mental e abuso de substâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para que a reforma psiquiátrica brasileira possa ser usada como modelo internacional para a saúde mental.

O governo brasileiro aceitou o convite para integrar um grupo internacional juntamente com Itália, Holanda e Egito, mais outros três países a serem convidados, que vão desenvolver a estratégia mundial de tratamento de pacientes com distúrbios mentais e abuso de drogas. Esses países se destacaram na saúde mental mundialmente e tem propostas que se alinham às pregadas pela OMS (Brasil, 2009).

A OMS prevê a construção de um fórum com três instâncias: do grupo de países, de grandes instituições científicas e organizações não governamentais de âmbito mundial.

Segundo o site Rede de saúde mental e economia solidária “A OMS recomenda o fortalecimento da atenção básica e a da atenção psicossocial comunitária. Para isso, sugere que cada país encontre o melhor caminho, respeitadas as particularidades sociais, econômicas e culturais” (Rede de saúde mental e economia solidária, 15 de julho de 2009).

Deste modo, estamos no caminho certo e essa pesquisa poderá colaborar para a melhora na atenção ao portador de sofrimento psíquico na atenção básica, à medida que suas análises possam contribuir para novos projetos de intervenção a serem desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O que de certo modo vem acontecendo com a minha inclusão na equipe de apoio gestor do novo projeto da Secretaria de Saúde, que visa através de educação permanente em saúde trabalhar a questão do cuidado na Atenção Básica.



Referências bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995a. 136p.
- AMARANTE, Paulo. Novos *sujeitos*, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995b, vol. 11, no. 3, pp. 491-494. ISSN 0102-311X.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 117, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 07 Abr 2007.
- AVELLAR, L. Z. *Saúde mental e recursos terapêuticos: representações das perturbações psíquicas e estratégias adotadas para resolução*. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica. PUC. São Paulo.
- BALLESTER, D. A. et al. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Med. J*, São Paulo vol.123, n.2, p.72-76, Mar 2005.
- BANDEIRA, M., FREITAS, L. C. e CARVALHO FILHO, J. G. T de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*, 2007, 56(1): 41-47.
- BARBAN, E. G. e OLIVEIRA, A. E. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica) *Arq Ciênc Saúde*, jan-mar, 2007, 14(1): 54-65.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARRETO, A. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza, Gráfica LCR, 2008.
- BARRETO, J. Cidadania, subjetividade e Reforma Psiquiátrica. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.2, pp. 295-316. ISSN 0103-7331.

BASTOS, O. Opinião. Programa “Volta Para Casa”. *Rev. Psiquiatria Hoje*. Ano XXV. nº 3- 2003

BETTARELLO, S. V.(Org.).*Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

BOCK, A.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 106/00 - cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Cadernos de Texto de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde, 2001a. BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-geral de documentos e informação. *Legislação em Saúde Mental. 1990- 2001*. 2ª ed. Revista e atualizada- Brasília : Ministério de Saúde, 2001c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministro da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde.

Disponível em:
<http://www.portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149> Acesso em 17/09/2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica. *O vínculo e o diálogo necessários*. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.* / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ FUIOCRUZ, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.- Série A. Normas e manuais técnicos) (Série Pactos pela saúde, 2006, v. 4).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.* Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Orientações para a implantação dos núcleos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.^a edição. 1.^a reimpressão. Série B. *Textos Básicos de Saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Estadual da Rede de Atenção Psicossocial de São Paulo. Notícias em Saúde Mental. In: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=925/destaques. Acesso em 03 ago.2009.

- BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 3 Set 2006.
- CAMPOS, C. V. de A. e MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 347-368. ISSN 0034-7612
- CAMPOS, G. W.de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, [online]. 1998, vol. 14, no. 4, pp. 863-870. ISSN 0102-311X.
- CAMPOS, G. W.de S. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003, pág 51-68.
- CAMPOS, G. W. de S. e AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. ISSN 1413-8123.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2009.
- CAPISTRANO FILHO, D. *O programa de saúde da família em São Paulo*. Estudos avançados 13 (35), 1999.
- COIMBRA, V. C. C. *Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família*. Ribeirão Preto. 2007. 299 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reforma sanitária: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 07 Abr 2007.
- COSTA, N. do R. e TUNDIS, S. A. (Org.) *Cidadania e loucura- Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 5-15. ISSN 0104-1290.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da saúde, 2001.

DE TILIO, R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2007, vol.17, n.37, pp. 195-206. ISSN 0103-863X.

FIGUEIREDO, G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 133

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 129-138. ISSN 1413-8123. Acesso em 1 de março de 2009.

FONSECA, M. L. G., GUIMARÃES, M. B. L. e VASCONCELOS, E. M.. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev. APS*, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B. and LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, v. 30, n. 1, pp. 32-37. ISSN 1516-4446.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FROTA, L. H. *Cinquenta anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria* Rio de Janeiro: L.H.Frota, 2003. Disponível em:

<http://www.medicina.ufrj.br/cursos/FROTA%20LIVRO%20I%20&%20II.pdf>. Acesso em 22 de junho de 2009.

GENTIL FILHO, V. A Lei Delgado e o futuro da assistência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, n.1, pp. 05-05. ISSN 1516-4446.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectivas, 1961.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22 Abr 2007. Pré-publicação.

GONÇALVES, A.M. *Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família*. 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GOULART, M. S. B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Mnemosine* Vol.4, nº1, p. 2-15 (2008). Disponível em: <http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/299/459>.

Acesso: 26 de julho de 2009.

GRADELLA JUNIOR, O. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. *Psicol. Soc.* [online]. 2002, vol.14, n.1, pp. 87-102. ISSN 0102-7182.

GUARESCHI, N. M. de F. A criança e a representação social do poder e autoridade: negação da infância e afirmação da vida adulta. In: SPINK, M. J. P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 212- 233.

GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. (org.) *Textos em Representações Sociais*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis* [online]. 2005, vol.15, suppl., pp. 57-70. ISSN 0103-7331.

JODELET, D. *Loucuras e representações sociais*; trad. De Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001, vol. 23, no. 1, pp. 3-6.

LANCETTI, A (org). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: *Saúde Mental e Saúde da Família*. Saúde e Loucura n.7. São Paulo: Hucitec, 2003.p.11-52

- LANE, S. T.M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 58-72.
- LUDERMIR, A. B. e MELO FILHO, D. A. de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*, 2002;36(2):213-21.
- MACHADO, J. S. A. Loucura e cidadania: um lugar possível?cs online. revista eletrônica de ciências sociais. ano 2 vol 3, maio 2008.
- MAIA, Rousiley C. M.; FERNANDES, Adélia B.. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 48, fev. 2002 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092002000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2008.
- MARAGNO, L. et. al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em população atendidas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.22, n.8, p 1639-48, 2006.
- MINAYO, M. C. S.(org.) *Pesquisa social*. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento :Pesquisa qualitativa em saúde*. 7ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000
- MORELO, J. ; CAMPOS, E. ; GUERRA, A. M. C. ; ARCEBISPO, M. A. , 2002, Santa Cruz de la Sierra. Anais do VI Congresso ALAIC. Santa Cruz de la Sierra : ALAIC, 2002.
- MORENO, V. *Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico*. 2000. 173p. Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.
- MOSCOVICI, S. *Psicologia social*, II. Barcelona:Paidós; 1986.
- MOSCOVICI, S.*A representação social da psicanálise*.Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais*. Investigações em psicologia social. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- OLIVEIRA, A. G. B. de e ALESSI, N. P.. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol. 10, no. 1, pp. 191-203. ISSN 1413-8123.

- OLIVEIRA, E. et al. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*, Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.
- OLIVEIRA, G. N. de . Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: GUERREIRO AP; CAMPOS GWS. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada*. 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008a, v. , p. 273-282.
- OLIVEIRA, G.N. de . O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO AP; CAMPOS GWS. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada*. 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008b, v. 1, p. 283-297
- ONOCKO CAMPOS, R. T. ; GAMA, C. A. . Saúde mental na atenção básica. In. GUERREIRO AP; CAMPOS GWS. (Org.). *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008, v. , p. 221-245..
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - ONU . *Relatório sobre a saúde no mundo*, 2001.
- PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.71-82, fev 2003.
- PINTO, J. C. S. G. *Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em saúde mental*. 2007. Dissertação (mestrado em Psicologia) Universidade Federal Fluminense. Niterói.
- REDE DE SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA. Reforma psiquiátrica brasileira será modelo para projeto da OMS. In: <http://saudeecosol.wordpress.com/> Acesso em 20 de julho de 2009.
- RIBEIRO, M. B. S. *Estudo de características familiares de usuários de uma associação civil para reabilitação psicossocial*. Dissertação (mestrado)- Faculdade Medicina de Botucatu, Universidade Paulista, 2003.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas* / Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.)- São Paulo: Atlas, 1999.
- ROCHA, A. C. R. M. A trajetória profissional de cinco médicos do PSF. Os desafios de construção de uma nova prática. *Interface. Com., Saúde , Educ*, v.9, n. 7 p.303-16 mar-ago,2005.

- ROCHA, R. F. da. *Representações sociais da saúde mental por psicólogos do sistema de saúde da cidade de Diadema- São Paulo: concepções e repercussões*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu.
- ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.1, pp. 13-25. ISSN 0103-7331
- ROSA, L. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo. Cortez, 2003. 367p.
- ROTELLI, F., LEONARDIS, O. e MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via, pp. 17-60. In F Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo:Hucitec, 1990.
- SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática á espera de teoria. In: PITTA, A. (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 150-154.
- SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília. 11 a 15 de dez. de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da saúde, 2002, 213p.
- SCHRAIBER, L. B. Profesión médica: Representación, trabajo y cambio/ Medical profession: Representation, work and change. *Educ Med Salud*, ene.-mar. 1991, 25(1): 58-71.
- SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1995, v. 11, n. 1, pp. 57-64. ISSN 0102-311X.
- SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. - Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 2 p. 61 – 67, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 3 Set 2006.
- SILVA, C.A. B. os dez anos do programa de saúde da família. PSF.*Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, ano/vol. 17, número 3. Universidade de Fortaleza. 2004. p.97-98.
- SINDHOSP. Conselho Nacional de Saúde exclui médicos da comissão intersetorial de saúde mental. *Saúde Mental em Foco*. 2007 [online] boletim nº 01/07 - tiragem:

XXX - set a nov - 2007. Disponível em:
http://www.sindhosp.com.br/saudemental_0907.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2009.

SINDHOSP. Reportagens denunciam falta de assistência Psiquiátrica. *Saúde Mental em Foco*. 2007 [online] boletim nº 02/08 - tiragem: 500 - dez a fev - 2008. Disponível em:
http://www.sindhosp.com.br/webapps/imagefile/arquivos/SMF_02_08.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2009.

SINDHOSP. AFDM pede apuração de denúncias feitas pelo jornal o globo. *Saúde Mental em Foco*. 2007 [online] boletim nº 03/08 - tiragem: 500 - mar a mai - 2008. Disponível em:
http://www.sindhosp.com.br/webapps/imagefile/arquivos/SMF_03_08.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2009.

SOARES, C. S. D. A. *Terapia comunitária na Estratégia de Saúde da Família: Implicações no modo de andar a vida dos usuários*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SOUZA FILHO, E. A. de. Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 109-145.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais In: SPINK, M. J. P. (org.) *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.

VECCHIA, M. D. *A saúde mental no Programa de Saúde da Família*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

VECCHIA, M. D. e MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 151-164. ISSN 1414-3283

VILLARES, C., REDKO, C. P, MARI, J. J. Concepções de doenças por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 1999.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Elaine Miranda Silveira Bello, venho solicitar vossa valiosa colaboração para meu estudo sobre: representação social em saúde mental na perspectiva de médicos generalistas da ESF na cidade de Diadema – SP.

Que tem como objetivo verificar a representação social de Médico Generalista do PSF sobre Saúde Mental. O conteúdo dos assuntos abordados, serão referentes a conhecimentos, sentimentos e opiniões sobre: Aspectos de Políticas Públicas de Saúde Mental, o doente mental, a saúde mental, atendimento cotidiano de doença mental (portadores de sofrimento psíquico).

Será utilizada uma entrevista, que tem como finalidade levantar dados para tais informações, que será gravada em fita K7 e posteriormente transcrita. Para tal são necessárias sua permissão e colaboração com as respostas.

Gostaria de deixar documentado o total sigilo de suas respostas e as informações serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não acarretando prejuízo.

Como entrevistado (a), declaro que fui devidamente esclarecido (a) sobre o estudo e seus respectivo objetivo e tenho consciência e total liberdade de abandonar a pesquisa ou negar informações.

Expresso minha espontânea participação em colaborar com a referida pesquisa científica e autorizo o uso de minhas respostas em futura publicação de informações e dados, mantendo completo anonimato, com garantia de que não terei prejuízo em minha vida profissional.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da Pesquisadora
Elaine Miranda Silveira Bello
elainebello@yahoo.com.br

Assinatura da Orientadora
Sueli Terezinha Ferreira Martins
Dep. De Neurologia e Psiquiatria- Faculdade de Medicina
Unesp- Botucatu- Rubião Júnior- CEP 18618-000
Tel: (14) 3811-6260- e-mail: stfm@fmb.unesp.br

ANEXO 2

REGISTRO E ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data do preenchimento: __/__/2008.

Unidade: _____

DADOS GERAIS:

Nome: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () M () F

Estado Civil:

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

Formação:

() Formação em Saúde Mental (anterior/ posterior ao ESF). Carga horária da capacitação _____

Experiência na área de Saúde Mental (residência/ estágio/ outros trabalhos) _____

Residência.

Área: _____

() Mestrado. Área: _____

() Doutorado. Área: _____

Tempo de Experiência na Profissão: _____

Tempo de trabalho em ESF: _____

Matriciamento: () não participa () participa. Há quanto tempo? _____ com que frequência? _____

Como funciona o matriciamento na sua Unidade?

Políticas Públicas de Saúde Mental

1-Você já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica ?O que você entende disso?

2- Já ouviu falar em Luta-antimanicomial? O que você entende disso?

3- Considera que são processos diferentes? Por quê?

Saúde Mental

1-Para você o que é saúde mental?

2- Sua Unidade realiza alguma atividade em Saúde Mental?

3- Você participa de alguma atividade em Saúde Mental? Qual?

Transtorno mental

1-O que você pensa sobre o transtorno mental?

2-O que você pensa sobre a pessoa com transtorno mental?

Transtorno mental no cotidiano

1- Aparece?

2- Com que frequência?

3- Tipos? Quadros?

4- Procedimentos?

5- Como você lida com isso?

ANEXO 3

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica ficou definido as características do processo de trabalho da Saúde da Família:

1. manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
2. definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
3. diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
4. prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
5. trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
6. promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
7. valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

8. promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
9. acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Baseado nesta mesma portaria foi estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. Esta equipe, composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, deve ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes.

As atribuições dos profissionais pertencentes à Equipe ficaram estabelecidos também pela Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, podendo ser complementadas pela gestão local

Do Médico

1. realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
2. realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
3. realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
4. encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
5. indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
6. contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

7. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO 4

Legislação (Portarias e Leis)

- Portaria Nº 044 de 03 de janeiro de 2002 - Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue.
- Lei Nº 10.507 de 10 de julho de 2002 - Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.
- Portaria Nº 979 de 24 de maio de 2004 - Atualizar, na forma do Anexo desta Portaria, os valores do Piso da Atenção Básica (PAB) e do Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A), utilizando a estimativa da população para Estados e Municípios relativa ao ano de 2003.
- Portaria Nº 1.043 de 01 de junho de 2004 - Reajusta o valor do incentivo financeiro ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- Portaria Nº 1.433 de 14 de julho de 2004 - Redefine critérios de avaliação para habilitação de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A e em Gestão Plena do Sistema Municipal, e dá outras providências.
- Portaria Nº 1.572 de 29 de julho de 2004 - Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD
- Portaria Nº 2.513 de 23 de novembro de 2004 - Atualiza o valor do incentivo adicional aos Agentes Comunitários de Saúde, integrantes do Programa Agentes Comunitários de Saúde ou do Programa Saúde da Família.
- Portaria Nº 021 de 05 de janeiro de 2005 - Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências.
- Portaria Nº 543 de 08 de abril de 2005 - Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, para intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose, e dá outras providências.
- Portaria Nº 1.072 de 04 de julho de 2005 - Estabelecer aditivo de valor concedido a Municípios do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF.
- Portaria Nº 2.084 de 26 de outubro de 2005 - Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências.
- Portaria Nº 156 de 19 de janeiro de 2006 - Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Portaria Nº 649 de 28 de março de 2006 - Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.
- Portaria Nº 650 de 28 de março de 2006 - Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
- Portaria Nº 687 de 30 de março de 2006 - Aprova a Política de Promoção da Saúde.
- Portaria Nº 822 de 17 de abril de 2006 - Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.
- Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
- Portaria Nº 1010 de 08 de maio de 2006 - Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.
- Portaria Nº 1027 de 10 de maio de 2006 - Define os novos tetos financeiros, os procedimentos para programação do POA/PA e o prazo de execução e prestação de contas da Fase I do Componente 1 PROESF.
- Portaria Conjunta Nº 48 de 30 de junho de 2006 - Divulga os municípios que integram os planos de trabalho do Pró-Saúde(Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e das Residências Médicas em Medicina de Família e Comunidade.
- Portaria Nº 1.600 de 17 de julho de 2006 - Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria Nº 2.133 de 11 de setembro de 2006 - Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal, e divulga os valores anuais/mensais da parte fixa do PAB, por município e Distrito Federal.
- Portaria Nº748 de 10 de outubro de 2006 - Residencial Terapêutico em Saúde Mental e sua classificação.
- Portaria Nº749 de 10 de outubro de 2006 - Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário.

- Portaria Nº750 de 10 de outubro de 2006 - Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família - ESF, Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - ESFSB e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.
- Portaria Nº 2.527 de 19 de outubro de 2006 - Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família.
- Portaria Nº 853 de 11 de novembro de 2006 - Incluir na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 - Práticas Integrativas e Complementares

Fontes

- Ministério da Saúde - Website oficial do Ministério da Saúde
- Revista Ciência e Saúde Coletiva - Primeira edição de 2006, armazenado no Scielo
- ENSP - Principais momentos do PSF, encontrado no site da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Departamento de Atenção Básica - Site do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

Fonte: WIKIPÉDIA. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em:

<[http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Programa Sa%C3%BAde da Fam%C3%ADlia&oldid=15375727](http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Programa_Sa%C3%BAde_da_Fam%C3%ADlia&oldid=15375727)>. Acesso em: 22 maio 2009