

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**CLAUDIA MARIA SOUSA DE CARVALHO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL ELABORADAS  
POR ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA**

**TERESINA – PI  
2009**

**CLAUDIA MARIA SOUSA DE CARVALHO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL ELABORADAS  
POR ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador:  
Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior

**TERESINA – PI  
2009**

C331r Carvalho, Claudia Maria Sousa de  
Representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas  
por enfermeiros (a) da atenção básica. / Claudia Maria Sousa de  
Carvalho. Teresina: 2009.

142fls.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) UFPI

1. Representações Sociais. 2. Saúde Mental. 3. Enfermeiros.  
I. Título.

C.D.D.- 614.58

**CLAUDIA MARIA SOUSA DE CARVALHO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL ELABORADAS  
POR ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Dissertação de Mestrado submetido ao Curso de Mestrado em Políticas  
Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí, na  
área de concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.**

Aprovada em 16 de Julho de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Francisco de Oliveira Barros Júnior**  
**Universidade Federal do Piauí – UFPI**  
**Orientador**

---

**Profª Drª Lúcia Cristina dos Santos Rosa**  
**Universidade Federal do Piauí – UFPI**

---

**Profª Drª Claudete Ferreira de Sousa Monteiro**  
**Universidade Federal do Piauí – UFPI**

## DEDICATÓRIA

*Aos gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde.*

*E a todos que, mesmo sem participar diretamente do nosso sistema de saúde, falam em defesa da efetivação desse sistema.*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, referência divina, que me faz acreditar que sempre existirá motivos para lutar.*

*À minha filha, Ana Eduarda, pela companhia e amizade de uma filha dedicada e carinhosa; e pela maneira decidida e corajosa de enfrentar comigo novos desafios.*

*À minha Mãe, meu Pai e irmãos: Claudio, Claudete, Carlos e Nonato pelo apoio e por acreditarem em mim.*

*Em especial a minha irmã, amiga e companheira Claudete por compreender quando eu precisei ficar ausente perdendo sua agradável companhia.*

*Sou especialmente grata ao meu orientador, Prof Dr Francisco de Oliveira Barros Júnior, pela sua brilhante forma de ensinar, inesgotável fonte de estímulo, dedicação e apoio, um sábio na arte de conduzir um trabalho de pesquisa. Muito obrigada mesmo!*

*À Profª Drª Lúcia Cristina dos Santos Rosa, pela dedicação e competência ao conduzir as aulas, sempre incentivando leituras enriquecedoras e pertinentes à minha área de pesquisa. Agradeço, também, pela maneira afetuosa e acolhedora que se apresenta ao nos receber na coordenação do mestrado.*

*A todo corpo docente do Mestrado em Políticas Públicas, pela competência e compromisso com o ensino.*

*À Neila, secretária administrativa do Programa de Mestrado em Políticas Públicas, pela eficiência, educação e simpatia com que nos presta auxílio.*

*À Profª Drª Maria Eliete Batista Moura, pela valiosa contribuição a essa pesquisa.*

*À amiga, Profª Mestre Maria Bruno, pela palavra amiga, encorajadora que sempre tem a oferecer e pelas contribuições dada a esta pesquisa.*

*Aos amigos, Profª Mestre Adriana Parente e seu esposo, Profº Dr Alexandre Parente, pela atitude carinhosa de juntos colaborarem com este trabalho.*

*À minha equipe do Programa de Saúde da Família, Dr. Mábio, os Agentes Comunitários de Saúde – Francisco, Cristina, Dalila, Marcilene e Betinha; a Mazé – auxiliar de Enf.da equipe. Sou muito grata pelo apoio recebido por vocês!*

*Ao Profº Dr. Nelson Goldenstein, pelo incentivo para alcançar essa conquista.*

*À amiga Susane, companheira do mestrado, com quem compartilhei momentos alegres e difíceis. Obrigada!*

*Às amigas: Tânia Rodrigues, Fernanda Matos, Adélia, Odinéia, Liliam, Telma, Magda Coeli, Fátima Almeida, Fátima Cavalcanti, Édna, pelo incentivo e apoio recebido.*

*Ao David Carvalho, com quem gerei o meu bem mais precioso (minha filha); obrigada pela ajuda!*

## LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

AIS- Ações Integradas de Saúde

APP – Associação Psiquiátrica do Piauí

PSF – Programa de Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

SUS- Sistema Único de Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Serviços do Estado

MOPS – Movimento Popular de Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MSTM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS – SUS - Norma Operacional de Assistência à Saúde – SUS

NOB – Norma Operacional Básica

NOVAFAPI – Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PISAM – Programa Integrado de Saúde Mental

PSCM – Programa de Saúde Mental Comunitária

SGESTES – Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde

SINDESPI – Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Piauí

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

CARVALHO, Claudia Maria Sousa de. **Representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por enfermeiros (as) da atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2009.

## RESUMO

O presente estudo, intitulado “Representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por enfermeiros (as) da atenção básica”, constitui-se resultado de uma pesquisa que teve como diretriz discutir a articulação entre as Políticas de Saúde Mental e da Atenção Básica, amparadas pelo Sistema Único de Saúde, no que se refere às ações de cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do Programa Saúde da Família na concepção de Enfermeiros (as) que atuam no programa. Para isso, a presente dissertação foi desenvolvida à luz da Teoria das Representações Sociais e ancorada nos preceitos das Políticas Públicas de Saúde vigentes no Brasil. Assim, teve como objetivos: Apreender as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por Enfermeiros (as) da atenção básica e discutir as representações sociais do cuidar em saúde mental apreendidas com vista à implementação das políticas públicas de saúde mental. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória, desenvolvido no município de Teresina – PI, em Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Regional Centro – Norte, conforme o mapeamento da rede de saúde local e onde estão em atividade as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). A produção dos dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas aos Enfermeiros (as), sujeitos da pesquisa. Foram entrevistados quinze profissionais que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa. O tratamento dos dados foi desenvolvido através da técnica de análise de conteúdo e apontou quatro categorias temáticas: o cuidar em saúde mental no PSF: limites, desafios e potencialidades; mudanças curriculares e a formação em saúde mental; o cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF e a construção da integralidade e, por último, a construção social do cuidar em saúde mental no PSF. A análise dos dados revelou que o cuidar em saúde mental representa um conjunto de ações que necessitam ser implementadas no nível da atenção básica, e que apesar das dissonâncias evidenciadas na operacionalização dessas ações, os dados apontam para um entendimento de que é necessário compartilhar esforços e responsabilidades dos envolvidos nesse processo para consolidar tais políticas.

**Palavras-chave:** Representações Sociais. Saúde Mental. Enfermeiros.



CARVALHO, Claudia Maria Sousa de. **Social representations in mental health care elaborated by basic care nurses.** Dissertation (Master's Degree in Public Policy). Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2009.

## ABSTRACT

The current study, entitled “Social representations in mental health care elaborated by basic care nurses”, is a result of a research that aimed at discussing the articulation between mental health policies and basic care, covered by Brazil’s Universal Health Care System (SUS), in relation to the actions in mental health care in the daily work routine of the Family Health Program (PSF) according to the view of nurses who work in this program. To accomplish that, this thesis was developed in accordance with the Social Representations Theory and complying with the rules of Public Health Policies present in Brazil. Therefore, the objectives of this study were: Apprehend the social representations in mental health care elaborated by basic care nurses and discuss these social representations based on the public policies for mental health care. It is a qualitative study with an exploratory nature, developed in the municipality of Teresina-PI, in Basic Care Units connected to Regional Centro-Norte, according to the mapping of the local health care network, where the Family Health Program (PSF) teams work. Data was obtained through semi-structured interviews done with nurses, the research subjects. Fifteen professionals, who obeyed the research criteria, were interviewed. Data treatment was developed using the content analysis technique, pointing to four thematic categories: mental health care within PSF: limits, challenges and potentialities; curricular changes and formation in mental health care; mental health care in the daily work routine in PSF and the integrality construction; and social construction in mental health care in PSF. Data analysis showed that the mental health care represents a group of actions that need to be implemented in basic care. Despite the incongruity evidenced when developing these actions, the data point to an understanding that it is necessary to share efforts and responsibilities with those involved in this process to consolidate such policies.

**Key-words:** Social Representations. Mental Health. Nurses

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
<b>CAPÍTULO I</b>	
1 RECONTANDO A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	25
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	25
1.2 A Reforma Psiquiátrica no Piauí.....	37
<b>CAPÍTULO II</b>	
2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	52
2.1 Confluências entre as políticas de saúde mental e da atenção básica .....	53
<b>CAPÍTULO III</b>	
3 SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A SAÚDE MENTAL.....	64
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4 O CAMPO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL .....	70
4.1 O cuidar em saúde mental no PSF: limites, desafios e potencialidades .....	75
4.2 Mudanças curriculares e a formação em saúde mental.....	91
4.3 O cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF e a construção da integralidade.....	100
4.4 A construção social do cuidar em saúde mental no PSF.....	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICES.....	136
ANEXOS.....	141



A partir do processo de organização das sociedades, o homem passou a desenvolver padrões de comportamentos e condutas presentes nas relações que se estabelecem entre os indivíduos e que determinam critérios de aceitação dentro de um grupo social (SMITH, 1999). Entre essas condutas, podemos caracterizar o cuidar de pessoas e de si mesmo como uma necessidade que emerge dessas relações e que se mantém como condição de sobrevivência na sociedade contemporânea.

A partir dessa necessidade e da observação do modo de agir e pensar das pessoas, e particularmente de profissionais da saúde, percebemos, empiricamente, que a capacidade de cuidar do outro, atribuída ao ser humano, sofre modificações por influência das crenças, valores, concepções e experiências vividas pelo sujeito que presta o cuidado. Em relação aos profissionais de saúde, esses fatores de influência na prática do cuidar podem sofrer modificações, também, por influência do saber científico.

O cotidiano também revela que grande parte dos profissionais da saúde ingressa no curso acadêmico motivados pelo desejo de adquirir maior capacidade para o exercício do cuidar daqueles que sofrem de alguma maneira, seja por sofrimento físico, seja por sofrimento psíquico, ou ambos; uma maneira interessada de resolver o problema do outro. Contudo, ao longo da formação, o sonho de ajudar o próximo se transforma em práticas nas quais o cuidar das pessoas é feito com a valorização de recursos de elevada tecnologia em detrimento dos recursos que possibilitam conhecer as reais necessidades do indivíduo que, na maioria dos casos, se revelam sem necessitar de nenhum aparato tecnológico.

Segundo Leonardo Boff (2008, p. 33), cuidar “representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Portanto, cuidar é uma atitude ampliada de promoção de bem-estar para o ser que cuidamos, atendendo às suas necessidades nas diferentes fases da vida, seja através de ações próprias, seja por meio de ações compartilhadas com outros cuidadores.

Ainda, para ampliar a compreensão sobre o termo cuidar, Ferreira (2006, p. 279) o define como sinônimo de “imaginar, meditar, cogitar, julgar, supor, aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, [...] prevenir-se”.

Vale ressaltar que a formação dos profissionais Enfermeiros tem o cuidar como essência da prática profissional. Baseado nisso, percebemos que tais profissionais são dotados de uma postura peculiar à profissão ao lidar com o objeto de cuidado: o ser humano. Uma postura que se expressa com sentimento de zelo, preocupação e respeito pelo paciente que está em sofrimento. Apesar disso, o modelo de trabalho no qual esses profissionais estão inseridos, muitas vezes, exige uma postura profissional de natureza tecnicista e com pouco

envolvimento afetivo, caracterizando o que se chama atualmente de modelo biomédico de assistência.

Durante muito tempo as políticas públicas de saúde foram delineadas para tratar a dor física dos pacientes e alcançar a cura das doenças por meio de recursos diagnósticos especializados, de elevado custos financeiros e no crescente consumo de medicamentos. Como resultado disso, o sistema público de saúde do país enfrentou crises no financiamento das ações e no pagamento dos prestadores de serviços de saúde que levaram a saúde pública do país à condição de falência, sendo as últimas décadas do século passado, o período que mais se discutiu e implementou medidas no sentido da reversão desse estado. Esse foi também um período marcado pelos movimentos sociais denunciando a falta de políticas públicas ampliadas de assistência à saúde da população, além das críticas às práticas profissionais voltadas para a medicina individual, curativa e especializada como única forma de assistir aos pacientes do sistema público de saúde do país.

Nesse sentido, a luta por melhores condições de saúde representou a forma de expressão dos movimentos sociais, no final da década de 70, no século XX, diante do descontentamento em relação às precárias condições da assistência em saúde prestadas à população. Assim, as últimas décadas do século passado, foram marcadas por profundas transformações políticas, sociais e ideológicas no campo da saúde pública no país, que resultaram na construção de um modelo de atenção à saúde que se propõe atender às necessidades de bem-estar físico, mental e social da população brasileira (BRASIL, 2001a).

Diante desse contexto, com o intuito de atenuar as tensões geradas entre Estado e sociedade e, ao mesmo tempo, atender às demandas da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de caráter público e universal, regido pelos princípios da universalização do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização das ações e participação popular (BRASIL, 1996). A partir daí, foram redesenhadas as políticas públicas de saúde e desenvolvido um conjunto de programas e estratégias para garantir o acesso universal aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, ao tempo em que assegura a descentralização das ações e a participação popular conforme ideologia do sistema de saúde instituído.

Entre as políticas de saúde destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como principal estratégia de universalização da assistência e garantia do acesso aos serviços, contando com trabalho em equipe multidisciplinar e com a proposta de assistência integral a comunidade residente no território de atuação da equipe (BRASIL, 2001a). A perspectiva dessa política é desenvolver um novo modo de cuidar, pautado na

lógica da assistência integral, considerando a singularidade do sujeito com suas necessidades e atendendo indistintamente todos os membros da comunidade, inclusive os portadores de transtornos mentais ou em sofrimento psíquico. Para isso, salienta-se a necessidade de desenvolver uma efetiva interlocução entre os profissionais e os serviços, garantindo a constituição de uma rede de cuidados organizada para atender às demandas da comunidade relacionadas ao binômio saúde –doença.

Nessa nova lógica do cuidar, o princípio do SUS que trata da integralidade está intimamente relacionado à concepção de saúde e doença e, desse modo, exige que os serviços estejam organizados para atender ao conjunto de necessidades dos indivíduos, em todos os níveis de assistência, através de uma dinâmica de trabalho que assegure uma articulação entre os profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os diferentes níveis de complexidade do sistema, a fim de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação (MATTOS, 2004).

Diante do exposto, a integralidade é portanto, algo complexo e constitui um desafio para a consolidação do SUS e para as práticas profissionais. Pensar em uma assistência integral remete para uma mudança de atitude dos profissionais de saúde, em relação aos usuários do sistema, que permita desenvolver um modo de cuidar ampliado considerando o sujeito com seu sofrimento e o contexto de vida no qual ele está inserido. Além disso, buscando assegurar a resolução de problemas vividos pelo sujeito que está sendo assistido, muitas vezes, em espaços que vão além dos muros da instituição.

Contribuindo para o fortalecimento desse modelo ampliado de cuidados, a Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> foi elaborada para impulsionar a reversão do modelo médico hegemônico no país, no campo da saúde mental, e assegurar uma política de saúde voltada para a assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, em serviços inseridos no seu território<sup>2</sup>, promovendo a reinserção no espaço familiar e comunitário.

De acordo com a proposta de implantação dessa política, a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>3</sup>, como atualmente é designado o PSF, representa um desses serviços de base comunitária e constitui importante estratégia de articulação dentro dessa rede de cuidados por

---

<sup>1</sup> Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004a, p. 17).

<sup>2</sup> O uso do termo território em vez de comunidade é uma inspiração da Psiquiatria Democrática Italiana e não se traduz apenas em um espaço geográfico. Assim, território não pode ser entendido apenas como a área geográfica onde se situa o bairro de domicílio do sujeito; mas sim, o espaço onde o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo (DELGADO, 1997).

<sup>3</sup> Neste trabalho utilizaremos a expressão Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição à Estratégia Saúde da Família (ESF).

conhecer de perto os fatores que predisõem a comunidade ao adoecimento e desenvolver uma assistência centrada no sujeito, tendo como foco do cuidado a família.

Assim, segundo o Relatório da Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica em 2001, as experiências cotidianas de trabalho das equipes do PSF apontam para cerca de 56% dos atendimentos ocorrerem por causas que levam a algum tipo de sofrimento psíquico, incluindo, nesse grupo, os transtornos provocados pelo uso abusivo de drogas, entre elas o álcool (BRASIL, 2001b). Isso mostra que um grande número de casos de transtornos mentais leves pode ser acolhido no nível da atenção básica através das Equipes de Saúde da Família (ESF) e, ainda, que o PSF é mais um recurso de acompanhamento dos casos de transtornos mentais severos dentro da rede territorial de cuidados planejada pelo Ministério da Saúde, através da responsabilidade conjunta com a equipe de saúde mental dos serviços de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico disponíveis na rede.

A partir dessa realidade, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em parceria com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propõe entre as suas diretrizes, um arranjo organizacional de trabalho, no qual as Equipes de Saúde da Família fazem o acompanhamento dos casos dentro do próprio território de atuação, contando com o apoio matricial<sup>4</sup> da equipe de saúde mental, visando o compartilhamento de responsabilidades e o aumento da capacidade resolutiva da equipe local. Além disso, esse modo de trabalho estimula a prática da interdisciplinaridade, tida como fundamental para oferecer a integralidade na assistência (BRASIL, 2003).

Contudo, percebo que no cotidiano de trabalho das equipes do PSF, ainda predomina uma assistência com práticas centradas no modelo biomédico, no qual a investigação dos sintomas prioriza as causas orgânicas, impedindo a revelação dos sintomas de ordem psíquica ou emocional. Além disso, os portadores de transtornos mentais representam uma demanda reprimida no campo das ações da atenção básica, por razões diversas que vão desde a falta de afinidade com a área de cuidados, por parte dos profissionais, até a falta de suporte institucional e social para atender a essa demanda.

Pesquisa desenvolvida com enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, no Município de Teresina – PI revelou que a maioria dos profissionais (95.5%) não possui formação específica na área de saúde mental e, por isso, encontram dificuldades de acompanhar as mudanças ocorridas nas políticas públicas do país, especificamente em relação

---

<sup>4</sup> O apoio matricial refere-se ao arranjo organizacional de trabalho no qual uma equipe especializada oferece retaguarda assistencial e técnico-pedagógica à equipe de saúde local (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Neste caso a equipe de saúde mental deve oferecer apoio matricial para a equipe de saúde da família.

à saúde mental. Além disso, a grande maioria dos entrevistados (97%) relata identificar pessoas necessitando de cuidados em saúde mental, mas que comumente, não exerce ações dirigidas para essa área. O referido estudo concluiu que as ações de saúde mental realizadas na atenção básica ocorrem de forma isolada e que grande parte da comunidade não recebe esse tipo de atendimento (SOUZA et al, 2007).

Sabemos que um número considerável de pessoas procura os serviços de saúde com um conteúdo de sintomas subjetivos que não se enquadram nos protocolos de atendimento dos programas de saúde pública e que o modelo biomédico valoriza o sofrimento físico em detrimento do sofrimento psíquico, desenvolvendo uma assistência centrada na doença, uma prática que não permite revelar as situações de riscos existentes no tecido social do sujeito e que comprometem a saúde, e em particular a saúde mental.

Apesar das normas e diretrizes que regulamentam o SUS, dos esforços direcionados para a implantação das políticas de saúde e dos programas que fortaleçam a consolidação desse sistema, a inserção das ações de saúde mental na atenção básica ainda é muito incipiente e enfrenta muitas dificuldades.

A respeito dessas dificuldades para a realização de ações de cuidar em saúde mental na atenção básica, os dados produzidos nesta pesquisa corroboram com os estudos que tratam dessa questão, alguns citados neste trabalho, conforme a transcrição das falas a seguir:

No PSF é um pouco complicado você trabalhar com saúde mental porque as pessoas (referindo-se aos profissionais do PSF) não têm um manejo pra isso. Mas, é importante porque o que a gente ver muito, e o que a gente tem é a falta de apoio psicológico, a estrutura emocional, tem muitas famílias que precisam desse trabalho de saúde mental. [...]. E, na nossa área tem muitos problemas, eu acho que como todas as áreas; o negócio é que as pessoas fecham os olhos pra saúde mental na atenção básica. (Entrevista 01)

A questão mesmo não é nem tratamento, é de como lidar. Como lidar com esse usuário? Como lidar com esse cuidador? [...] O cuidar passa pela questão de você estar ouvindo esse cliente que chega, [...] passa pela questão do estudar, [...] passa pela questão do diagnóstico, [...] e passa por essa questão de procurar parceiros. (Entrevista 08)

[...] o PSF em si ainda não está estruturado para fazer um cuidar específico em saúde mental. A gente acaba sendo sobrecarregado com tantas outras atividades, que não nos resta muito tempo para programar, planejar alguma atividade no sentido da saúde mental. Eu acho que falta, também, um olhar mais especial do olhar do profissional que não é da área de saúde mental. [...] eu tenho formação em saúde mental, então o meu olhar é diferente do olhar de uma enfermeira com formação em obstetrícia, por exemplo. É lógico que ela ver o paciente como um todo, mas se aquela paciente tiver algum problema obstétrico, rapidamente ela vai detectar; então, a mesma coisa acontece comigo. (Entrevista 09)



Algumas dessas dificuldades podem ser explicadas pela adoção de padrões culturais, presentes na sociedade moderna, que passou a reconhecer a doença como consequência de causas que podem ser resolvidas exclusivamente através de procedimentos científicos e que encontra no modelo biomédico de saúde o modo ideal de prestar assistência a quem necessita.

Giddens (2005, p. 138), ao discorrer sobre a trajetória de surgimento do modelo biomédico de saúde, afirma que:

A doença passou a ser definida objetivamente, em termos de sintomas identificáveis. O cuidado médico formal feito por “especialistas” treinados tornou-se o modo aceito de tratar doenças físicas e mentais. A medicina transformou-se em uma ferramenta própria para reformar comportamentos ou condições percebidas como “anômalas” – do crime à homossexualidade e às doenças mentais.

Ancorados nesse paradigma de cuidado, os profissionais de saúde, durante muito tempo, desenvolveram todo o processo de trabalho priorizando as tecnologias em saúde destinadas a uma assistência especializada, focada na doença e com pouca valorização da escuta de fatos relacionados à percepção do sujeito quanto ao seu próprio estado de saúde, causando prejuízos na identificação de fatores condicionantes no adoecimento e na antecipação no processo de recuperação desses sujeitos.

Nas últimas décadas, embora sejam expressivas as mudanças observadas com a introdução das práticas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, no sentido de alcançar a superação do modelo de assistência em saúde apoiado nos pressupostos do modelo biomédico, ainda permanece presente no modo de agir de alguns profissionais, herança deixada pelo modelo biomédico como balizador da *práxis* profissional.

Sendo assim, baseado no que foi até aqui contextualizado e, particularmente, na contribuição trazida pelos sujeitos desta pesquisa e apresentada através dos recortes das entrevistas destacados acima, percebo que a efetivação de práticas do cuidar em saúde mental levanta dificuldades vivenciadas no processo de trabalho dos profissionais enfermeiros que tangem a questão da formação acadêmica e do investimento na capacitação profissional, além de evidenciar limitações relacionadas ao modo como lidar com a doença, obedecendo ao *modus operandi* do modelo biomédico.

Acrescido a isso, as falas destacam a necessidade de um direcionamento, um serviço de referência – a *questão da referência e contrarreferência* – para os problemas de

sofrimento psíquico identificados no PSF. Um exemplo disso destaca-se na entrevista abaixo quando o sujeito aponta a fragilidade do sistema de saúde para a efetivação dessa política ao dizer que:

O cuidar em saúde mental no PSF, ele ainda está muito sutil; até porque, como você já falou, a questão da política existe, mas não tem nada formalizado e, assim, aquela questão da referência e contrarreferência ainda não está implementada. [...] Então, eu acho que o cuidado ainda é muito sutil. Nós ainda não conseguimos efetivar o trabalho dentro da atenção básica: o trabalho com o paciente com transtorno mental. [...] Nós (profissionais da atenção básica) não temos uma resposta, não temos uma referência e contra – referência, de como encaminhar, dar andamento a essa situação. [...] Se nós não temos aqui dentro da atenção básica o poder de resolver tudo, então nós ficamos de mãos atadas. (Entrevista 06)

De fato, o PSF, como porta de entrada no sistema público de saúde, vem sendo solicitado a resolver questões cada vez mais complexas e que demandam recursos que fogem do alcance exclusivamente das equipes de saúde para solução de problemas que muitas vezes são originários na esfera social e econômica da sociedade, mas que se revelam como problemas de saúde e, como tal, deixados ao encargo do PSF encontrar a solução. Contudo, embora tais situações não se constituam propriamente em problemas de natureza orgânica, do funcionamento do corpo, mas representam fatores que afetam direta ou indiretamente a saúde e o bem-estar físico e mental do ser humano que está inserido no território de cobertura da equipe de saúde da família. Por isso, é necessário desenvolver um modo de escutar e acolher esse sujeito através das ações do PSF, promovendo a sua reabilitação ou, em algumas situações, buscando ajuda de outros serviços da rede de cuidados para promover essa ação.

Assim, a discussão apresentada por Cunha (2005) converge para essa questão. O autor chama a atenção para as práticas profissionais dos membros da equipe de saúde, ainda voltadas para o indivíduo dissociado do contexto social no qual ele vive. A integralidade nas ações de cuidado ainda não é vista como uma prática que deve ser desenvolvida no dia-a-dia do trabalho desses profissionais, além de ser uma intervenção necessária para a promoção de uma assistência de qualidade e resolutiva. Mesmo assim, percebemos mudanças expressivas nos indicadores de saúde, quando avaliados separadamente, em consequência da atuação das equipes na execução dos programas de saúde pública estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O mesmo autor discute, também, a dificuldade de superação do modelo biomédico de assistência em saúde. Para enfatizar isso, o autor destaca o critério utilizado para a inserção do indivíduo nos programas de saúde existentes no cardápio da instituição. Nesses serviços a adesão do indivíduo ao programa é feita conforme o estado ou condição de

saúde em que ele apresenta. Assim, o paciente é classificado como hipertenso, diabético, gestante ou de outro grupo de atendimento dos protocolos do Ministério da Saúde e somente são valorizadas as queixas relacionadas à doença ou à condição que provocou a sua inserção no Programa Saúde da Família. Nessa lógica de trabalho, o sofrimento psíquico constitui uma queixa que não encontra espaço para acolhimento, escuta e intervenção no nível da atenção básica e, desse modo, as ações do cuidar em saúde mental limitam-se às experiências isoladas de alguns grupos de profissionais que se interessam pelo assunto e buscam desenvolver alguma ação através ou em parceria com o PSF.

A respeito das ações de saúde mental na atenção básica, Mattos (2001) destaca a falta de intersetorialidade e de interdisciplinaridade nas ações, como obstáculos para a substituição do modelo biomédico por um modelo de caráter integral, preventivo e com ações desenvolvidas no espaço comunitário. No cotidiano dos serviços de saúde, a assistência é executada através de técnicas especializadas e com a participação do médico como único elemento responsável pela cura do paciente. Tal postura, impossibilita o envolvimento de outros atores sociais no processo do cuidar. Assim, a assistência dedicada às pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico é desenvolvida sob a lógica do encaminhamento para o especialista na área, priorizando a prática da medicalização. Tal realidade pode ser ilustrada nas falas dos sujeitos desta pesquisa como mostra a entrevista abaixo:

O médico passa remédio para a dor de cabeça dela, só que a dor de cabeça dela não vai passar; porque o problema em casa continua. Então, a gente tem que começar a trabalhar as famílias no PSF com uma visão geral da família mesmo, não é ela só indivíduo; tendo a visão de família. (Entrevista 02)

Quanto ao sentido da integralidade no cuidado, merece enfatizar que este não é desenvolvido de modo centralizado em um único serviço ou setor; é necessária, muitas vezes, uma articulação com outros serviços que possam assegurar uma resposta efetiva para a necessidade do sujeito no momento em que esta se manifesta e é apresentada ao profissional de saúde. Campos. C. (2003, p. 579), destaca que “o estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde”. Com isso, entende-se que o sentido do cuidado integral, em algumas situações, extrapola os limites da Unidade Básica de Saúde e exige a participação de outros profissionais e outros setores envolvidos na ação de cuidar. É nessa lógica da integralidade da assistência que se apóia a inserção do cuidar em saúde mental na atenção básica.

Entretanto, para uma efetiva ação do cuidar, é preciso discutir aspectos que regem a elaboração de condutas e comportamentos dos sujeitos envolvidos nesse processo, a

fim de encontrar respostas para fenômenos sociais que se apresentam no cotidiano dos sujeitos, neste trabalho, focado no cuidar em saúde mental desenvolvido por enfermeiros (as) da atenção básica.

Percebo que não bastam políticas de saúde bem delineadas e descentralizadas, sem, contudo, investigar o modo como os executores dessas políticas percebem as ações que se encontram previamente definidas. No caso aqui tratado, da política de inserção das ações do cuidar em saúde mental na atenção básica, busco apreender os supostos entendimentos que Enfermeiros, integrantes da equipe do PSF, desenvolvendo o papel da atenção básica, têm acerca desse fenômeno. Assim, recorreremos à Teoria das Representações Sociais para contribuir com respostas a respeito dessa questão.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem sido amplamente utilizada na busca de respostas para os problemas surgidos no campo da saúde por representar um modo de repensar o cotidiano nas possíveis formas de intervenção em saúde e, assim, imprimir uma leitura diferente sobre os grupos humanos que têm se preocupado apenas com a dimensão biológica dos sujeitos (ARRUDA, 2001).

Para Jodelet (2001) a TRS intervêm no processo de difusão e assimilação dos conhecimentos, bem como na expressão dos grupos e nas mudanças sociais que são relevantes no processo saúde-doença.

Assim, a opção em desenvolver a pesquisa à luz da TRS se deve à possibilidade que esta oferece de revelar explicações sobre os fenômenos que fazem parte do cotidiano dos sujeitos, assim como permitir a compreensão das ações humanas, das relações entre indivíduos e a sociedade (MINAYO, 2007).

Ao refletir sobre as práticas cotidianas dos (as) enfermeiros (as) da atenção básica quanto ao cuidar no campo da saúde mental, neste trabalho destacando as práticas desses profissionais membros do Programa Saúde da Família, enfoco como objeto de estudo as representações sociais do cuidar em saúde mental elaborada por enfermeiros (as) da atenção básica.

Entendemos que a TRS representa um caminho para apreender o cuidar em saúde mental elaborado por enfermeiros (as) da atenção básica e, dessa forma, transferir esse entendimento para a identificação de elementos que viabilizem a realização de uma prática de trabalho que respeite o delineamento da atual política pública de saúde. Acrescenta-se a isso o fato de que, segundo Jodelet (2005), o estudo das Representações Sociais permite, através da interpretação dos processos intrapsíquicos ou das produções mentais dos sujeitos, compreender o processo de elaboração de suas condutas.

Diante do exposto, coloco como ponto de partida as seguintes questões norteadoras: quais as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por profissionais de saúde que atuam na atenção básica? Qual a importância das representações sociais sobre o cuidar em saúde mental para a implementação das políticas públicas?

Sabemos que, ao longo de séculos, a doença mental revela um conteúdo de representação que se traduz em estigma e preconceito em relação aos portadores, e que isso dificulta a elaboração de estratégias para a adesão desse grupo nas ações desenvolvidas pelas equipes na UBS. Acrescido a isso, a área que trata dos transtornos mentais é entendida, por grande parte dos profissionais, como uma área do conhecimento, no campo da saúde, com muitas particularidades e especificidades que compete apenas aos profissionais especializados intervir.

Assim, observo que diante das questões relacionadas ao adoecimento psíquico, seja em estágio de vulnerabilidade, seja no quadro de manifestações psicóticas de algum paciente presente na comunidade onde atua a equipe, a busca pela solução do problema dá-se pela tentativa de encaminhamento desse paciente para um serviço especializado.

Em contrapartida, percebo nas práticas de trabalho do PSF, uma crescente ocorrência de doenças cujos sintomas não são exclusivamente de ordem orgânica ou fisiológica, mas sim, psíquica ou emocional e que para tratá-las demandam recursos que envolvem, também, a investigação de aspectos da subjetividade do sujeito, prática não desenvolvida no modelo de assistência do PSF. Tais situações representam ponto de contradição dentro da Política Nacional da Atenção Básica, fundamentada nos princípios do SUS e que define entre as diretrizes de organização do processo de trabalho da equipe, as atribuições comuns a todos os profissionais, entre estas, destacam-se:

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

(...)

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2007a, p. 44).

Entendemos que para atender aos preceitos do SUS e, em particular, o princípio da integralidade, as ações de cuidar em saúde mental fazem parte desse conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde, além de integrar o grupo de atividades definidas

estrategicamente para atender as necessidades que emergem dos sujeitos de acordo com as experiências individuais de enfrentamento dos fatores de risco presentes no contexto familiar e social. Além disso, é através da escuta qualificada e da corresponsabilização pelo processo de cuidar desses sujeitos que conseguimos identificar tais necessidades e garantir assistência humanizada e completa.

Diante do exposto, apreendemos que a política do SUS visa a assistência integral a todo cidadão brasileiro, através de estratégias que possibilitem um cuidado ampliado, valorizando o sujeito em todas os ciclos da vida e respeitando suas especificidades. Para essa missão, estabeleceu a atenção básica como porta de entrada na rede de cuidados do SUS e, para tal, corresponsabilizando o Programa de Saúde da Família pelo atendimento das necessidades dos seus usuários. No entanto, esse cuidado ampliado parece não ser entendido como uma ação que vai além da investigação de sinais e sintomas característicos de determinadas doenças para ações que buscam encontrar a solução para o sofrimento psíquico manifestado por alguns pacientes presentes na comunidade.

Assim, parto do pressuposto de que o cuidar em saúde mental é representado por ações centradas na doença e não no sujeito, predominando condutas baseadas na prescrição de medicamentos e encaminhamentos para serviços especializados, como o hospital e ambulatórios de atendimento psiquiátrico. E, ainda que, apesar da existência de políticas públicas que direcionam o cuidar em saúde mental no âmbito da atenção básica, essa ação não representa uma atribuição para considerável número de equipes do PSF.

O interesse em desenvolver este estudo nasceu de uma trajetória de mais de quinze anos de vivência profissional dedicados à prática de trabalho no campo da saúde pública e, nessa trajetória, vivenciando todas as dificuldades para a efetivação da reforma no sistema de assistência à saúde do país que pudesse diminuir as diferenças sociais existentes, e que condicionava o acesso às ações de saúde somente para aqueles que tinham dinheiro para pagar. Em decorrência disso, enquanto profissional atuante na gestão de serviços da rede pública de saúde emergiu o ideal de construção de um sistema de saúde que possa garantir efetivamente qualidade de vida para a população brasileira. Entendemos que discutir esta realidade possibilita vislumbrar caminhos para a consolidação das políticas de saúde no Brasil.

Somado à trajetória profissional, outros fatos, inerentes à vida pessoal e ao modo de perceber a realidade que se apresenta diante de nós, direcionam os nossos interesses por determinados assuntos ou questões. No caso desta pesquisa, o fato de presenciar, deste o início de uma carreira profissional, o sofrimento de pessoas pela falta de condições adequadas

para o exercício de uma vida saudável e livre dos riscos à saúde produzidos pelos fatores socioeconômicos despertou o sentimento de solidariedade e de ajuda dirigidos às pessoas que necessitam de cuidados.

No sentido do cuidar como prática profissional, a formação acadêmica do enfermeiro envolve um conjunto de conhecimentos técnico-científicos que habilitam para o desenvolvimento de práticas profissionais de cuidado fundamentadas em princípios éticos, legais e humanitários. Desse modo, o enfermeiro (a) torna-se um sujeito profissional carregado de ideais, motivações e sensibilidade para cuidar de seus clientes.

Embora o cuidar seja uma capacidade e, ao mesmo tempo, uma necessidade própria de todo ser humano; o cuidar desenvolvido por profissionais enfermeiros envolve aspectos conceituais adquiridos durante o processo de aprendizagem e de formação acadêmica que direcionam as práticas profissionais para um cuidar holístico do sujeito. Dessa forma, o cuidar é planejado sob um diagnóstico das necessidades do sujeito a partir do reconhecimento das reais condições de vida dessa pessoa, considerando as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e ambiental nas quais ela está inserida.

Atualmente, a experiência de atuar como enfermeira do PSF do município de Teresina-PI e desenvolver atividades de docência no curso de graduação em Enfermagem, nas áreas de saúde pública e saúde mental, evidenciaram os diversos nós, limites e dificuldades para o desempenho dos profissionais da atenção básica quando se trata do cumprimento das políticas de saúde segundo seus regulamentos. Por outro lado, as mesmas experiências de trabalho, ressaltaram as potencialidades e os recursos existentes na atenção básica a favor da superação de práticas ultrapassadas, espelhadas no modelo biomédico, e que favorecem à implementação das políticas públicas de saúde do país; nesta pesquisa, tratando da política de inserção das ações de cuidar em saúde mental na atenção básica.

Segundo estimativa do Ministério da Saúde 12% da população sofre de algum tipo de transtorno mental; sendo que deste percentual, 3% representa o número de pessoas vivendo com transtorno mental severo e persistente (BRASIL, 2004b).

Desse modo, os indicadores apontados pelo Ministério da Saúde reforçam a necessidade de ampliar os espaços de intervenção em saúde mental, contando com profissionais interessados e sensibilizados como parceiros nessa ação, bem como estimulando o compromisso de gestores para a adequação da rede de serviços de saúde que possa oferecer condições para efetivar tal ação. Por isso, o interesse em estudar as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por profissionais da atenção básica com vista em

apreender aspectos envolvidos no processo de formação de condutas desses profissionais e contribuir com a implementação das políticas públicas.

Compreendemos que a presente pesquisa representa instrumento de reflexão acerca política de saúde mental sob o ponto de vista de enfermeiros (as) da atenção básica, corresponsáveis pela execução das ações delineadas nesta política, bem como um meio de repensar as práticas de trabalho desses profissionais, uma vez que a atual lógica da assistência está fundamentada em princípios que norteiam a assistência integral.

Assim, o presente trabalho tem como objetivos: apreender as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por Enfermeiros (as) da atenção básica e discutir as representações sociais do cuidar em saúde mental apreendidas com vista à implementação das políticas públicas de saúde mental.

Para alcançar tais objetivos, nos reportamos à trajetória dos ideais reformistas no campo da saúde mental no Brasil, concomitante com o processo de construção do SUS, com ênfase nos princípios e diretrizes desse sistema, bem como nas suas estratégias de consolidação na atenção básica. Mas, rever tais pressupostos das políticas de saúde, são insuficiente para discutir o problema de pesquisa apresentado neste trabalho; desse modo, optamos por desenvolver o estudo à luz da Teoria das Representações Sociais na tentativa de encontrar respostas para apreender o fenômeno do cuidar em saúde mental sob o olhar de Enfermeiras que atuam na atenção básica de saúde, através do Programa Saúde da Família (PSF). Neste sentido, os resultados das reflexões e análises da presente pesquisa estão dispostos em quatro capítulos.

O capítulo I, *Recontando a História da Reforma Psiquiátrica*, trás um resgate dos antecedentes históricos ao movimento pela Reforma Psiquiátrica no país e na área da Federação onde se desenvolveu esta pesquisa, até o momento atual.

O capítulo II, intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica* enfoca pontos de convergência no delineamento destas duas políticas de saúde.

No capítulo III, *Sobre a Teoria das Representações Sociais e a Saúde Mental* trazemos marcos conceitual sobre a teoria, utilizando para isso, autores com longa trajetória de estudos no campo das representações sociais, além disso, tentamos encontrar caminhos, através das representações sociais para explicar fenômenos ligados às práticas profissionais.

E, por último, o capítulo IV, onde se concentra a discussão sobre a análise da pesquisa recebeu o título de *O Campo das Representações Sociais do Cuidar em Saúde Mental*. Esse capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado nesta pesquisa e está dividido em quatro partes que correspondem às categorias temáticas da análise.



Para encerrar o relatório final desta pesquisa, destacamos as *considerações finais* acerca do objeto de estudo, objetivos, metodologia e análise dos resultados alcançados, na perspectiva de ter apaziguado parte das inquietações que motivaram este estudo.



## 1. RECONTANDO A HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

*[...] é aquele cuidado que existia antigamente, no passado, onde esse paciente é restrito ao domicílio e quando não restrito ao domicílio, como nós temos um, passa o dia fora de casa. Só vem em casa quando a família vai buscar para cuidados higiênicos, alimentação, esses cuidados mais básicos.*

*Entrevistada*

Neste capítulo pretendemos fazer um breve resgate do caminho percorrido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito nacional e, particularmente, no contexto local onde se desenvolve a pesquisa; ressaltando experiências internacionais que serviram de modelo para as conquistas alcançadas no país, assim como os avanços e recuos na construção de uma política de saúde que ainda busca garantir sua consolidação.

### 1.1 A reforma psiquiátrica no Brasil

A preocupação com uma assistência psiquiátrica humanizada não nasceu somente com os ideais reformistas que emergiram, em alguns países ocidentais, entre as décadas de 60 e 70 do século passado. Segundo Pontes (2006), o hospital psiquiátrico não foi, em toda a sua história, sinônimo de descaso, maus tratos e de uma assistência desumanizada como foi marcada a existência dessas instituições ao longo de décadas até os tempos atuais.

O referido autor conta que o primeiro asilo do mundo ocidental foi construído na cidade de Valência, na Espanha em 1409, e inaugurado pelo Frei Juan Gilberto Jofre, da ordem religiosa das Mercedes, com o intuito de reservar um local onde os portadores de transtornos mentais pudessem receber uma assistência de qualidade. Outros países como a Inglaterra, França, Alemanha e Itália também tiveram a iniciativa de organizar serviços para o acolhimento daqueles tidos como desafortunados mentais.

Contudo a idéia de uma instituição organizada para atender às necessidades daqueles que sofriam com enfermidades mentais como eram identificados, naquela época, os portadores de transtornos mentais, rapidamente fracassavam em decorrência dos conflitos políticos e dos interesses econômicos que emergiam no cenário mundial. Diante disso, Pontes (2006, p. 22) comenta que “para bem se compreender a história dos hospitais psiquiátricos é

preciso entender o problema da economia, da política, da ideologia, enfim, tudo que acontece no mundo”.

No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi criada em 1543, em Salvador, na época, capital da colônia. Nessa instituição, os portadores de transtornos mentais conviviam indistintamente com outros enfermos. A chegada da Família Real no Rio de Janeiro, em 1808, impulsionou importantes mudanças na estrutura social, política e cultural do país. Grandes avanços surgiram no campo da medicina. O nascimento da Psiquiatria no Brasil foi influenciado pela divulgação da medicina européia, particularmente, da francesa, pelo Dr. Sigaurd, em 1827, criador do Jornal chamado *Anais de Medicina Cirúrgica e Farmácia*, despertando, a partir daí, o interesse dos médicos brasileiros pela Psicopatologia (PONTES, 2006).

Ainda de acordo com o mesmo autor, após os primeiros estudos desenvolvidos na área de psiquiatria no Brasil, foi iniciado um movimento, liderado por Dr. Cruz Jobim<sup>5</sup>, com o objetivo de melhorar o tratamento dos portadores de transtornos mentais. Isso motivou a criação do primeiro Hospital Psiquiátrico do país, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. Com isso, outros hospitais foram instalados em outras cidades do país.

A partir dessa iniciativa, Pontes (2006), conta que houve uma rápida expansão no número de hospitais psiquiátricos, contudo, a preocupação com uma assistência de qualidade não teve o mesmo ritmo de crescimento. Os hospitais logo tinham sua capacidade preenchida e em muitos deles existia um número de pacientes que superava a capacidade de internação, tornando a assistência precária, marcada por maus-tratos e descaso.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aponta justificativas diferentes daquelas tratadas por Pontes (2006) a respeito da criação do primeiro hospício no Brasil. Segundo aquela associação, a autorização da construção de hospícios no país aconteceu em 1841, através de decreto, em virtude da desorganização social no Cais do Rio de Janeiro provocada pelos portadores de transtornos mentais que por lá andavam. Onze anos depois, foi inaugurado o Hospício Pedro II, já citado neste capítulo, recebendo de imediato 144 pacientes que viviam nos porões da Santa Casa. Com a Proclamação da República, o novo governo passa a ter a responsabilidade pelo controle dos hospícios que entram em grave crise acarretada pela crescente demanda e pelos elevados custos financeiros (ABP, 2006).

---

<sup>5</sup> Dr. José Martins da Cruz Jobim (1802-1878) foi conselheiro e senador do Império. Graduou-se em Medicina em Paris. Ao retornar para o Brasil, tornou-se médico da família Imperial. Considerado o precursor da Saúde Pública no Brasil. Defendeu melhores condições sanitárias nos hospitais psiquiátricos e nos presídios (TUOTO, 2006).

Nesse cenário de profunda crise financeira surge a proposta da criação das colônias agrícolas, com a idéia de que essas seriam mais terapêuticas e com menores custos. São criadas as duas primeiras colônias: o Hospital de Juqueri, em Franco da Rocha, São Paulo e o Hospital São Bento, na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro. Mais tarde, em 1903, Juliano Moreira<sup>6</sup>, juntamente com Oswaldo Cruz<sup>7</sup>, iniciou uma campanha de saneamento, saúde e higiene mental, criando duas colônias no Rio de Janeiro: o Hospital Pedro II, em 1911, e a Colônia Juliano Moreira, em 1923. A partir dessa iniciativa surgiu a necessidade da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais que depois, em 1970, constituiu-se na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), atualmente Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde (ABP, 2006).

A DINSAM, órgão federal responsável pela elaboração das normas, avaliação e controle dos programas de saúde mental no país, pregava os ideais de uma assistência preventivista e tinha como meta diminuir os gastos através da redução no número de internações psiquiátricas. Contudo, praticava uma política crescente de financiamento de leitos psiquiátricos na rede privada, ampliando a crise financeira na previdência social somado aos gastos com o investimento no setor privado em outras áreas da saúde resultando num estado de crise política, social e ideológica na saúde pública do país naquela época (ROSA, 2003).

De acordo com Amarante (1995), o episódio que ficou conhecido como a “crise da DINSAM”, ocorrido em abril de 1978, representou o estopim do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Esse episódio partiu do descontentamento por parte dos profissionais de algumas instituições controladas pela DINSAM em relação à inexistência de concurso público para a regularização do quadro de profissionais das instituições psiquiátricas, enquanto isso os serviços funcionavam com o trabalho desenvolvido através da contratação de bolsistas, muitos deles ainda no ensino universitário, submetidos às precárias condições de trabalho, além do constante clima de ameaças e de violência contra os mesmos e contra os pacientes daquelas instituições.

Tais situações tomaram repercussão nacional que fortaleceram o nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ao lado de outras organizações da sociedade civil como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME). Nesse momento, o MTSM se consagra como um movimento de

---

<sup>6</sup> Juliano Moreira (1873 – 1933), médico brasileiro, nascido em Salvador (BA), mudou-se para o Rio de Janeiro, onde se dedicou ao trabalho na área da saúde mental. Entre outras contribuições, foi o fundador da disciplina de psiquiatria no Brasil.

<sup>7</sup> Oswaldo Cruz (1872 – 1917), médico sanitaria e cientista brasileiro.

caráter trabalhista e humanitário que se constitui como um espaço de discussões e debates em torno da necessidade de transformação da assistência psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995).

O mesmo autor ressalta que, no final da década de 1970, diversas críticas relacionadas à ineficiência da assistência prestada pelos serviços públicos emergiram no país, bem como denúncias de fraude no financiamento do sistema de saúde público brasileiro e das precárias condições de funcionamento dos serviços que dedicavam aos pacientes internos um estado de abandono, desassistência, violência e maus-tratos.

É importante destacar que esse panorama de crises não se restringia apenas à política de saúde mental. A partir de meados da década de 1970, todas as áreas do sistema de saúde vigente no país mostraram sinais de esgotamento. Fato que já era de se esperar visto que praticamente toda a história da saúde pública brasileira foi marcada por ineficiência e desassistência.

A respeito disso, Draibe (1990) remonta o processo de tentativas de organização da seguridade social no Brasil e mostra que até o final da década de 80 do século XX, a assistência aos cidadãos brasileiros nunca exerceu um caráter igualitário, a assistência à saúde e a outros direitos sociais somente estava assegurada para os assalariados. Essa política seletiva da assistência esteve presente desde as primeiras formas de organização desenvolvidas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de 20, que foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões e, mais tarde, em 1967, quando foram unificadas recebendo a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em relação à política de saúde, com a homogeneização dos benefícios, foi criado em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), órgão encarregado das ações de seguridade social e saúde no novo sistema brasileiro e apoiado na rede hospitalar e ambulatorial. Nesse modo de organização, o acesso aos serviços de saúde permanecia garantido mediante o vínculo contributivo com o INPS, porém inicia-se uma forma de universalização da assistência a toda a população, em casos de emergência, de forma gratuita e financiada pelos recursos de origem fiscal (ARRETCHE, 2000).

Após sucessivas reformas no sistema previdenciário que permitiram a ampliação da cobertura dos beneficiários, em 1975, o Governo Federal, na tentativa de organização do setor de saúde, resolveu definir as atribuições do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. Assim, o Ministério da Saúde, através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ficou encarregado pela assistência preventiva e universal,

não vinculada ao critério contributivo, e o Ministério da Previdência e Assistência Social responsável pela assistência médico-hospitalar oferecida através do INAMPS a todos os seus segurados (CARDOSO; JACCOURD, 2005).

Em relação a esse modelo do sistema de saúde desenvolvido no país, Arretche (2000, p. 198-9) destaca que:

Até o final dos anos 80, o Brasil contava com uma política dual e seletiva de serviços de atenção à saúde. [...] De um lado, estava o INPS, dotado de uma massa de recursos oriundos das contribuições previdenciárias; de outro lado, o Ministério da Saúde, disputando recursos orçamentários com outras áreas de políticas públicas e sofrendo as consequências da crescente redução dos aportes fiscais para o setor.

Além de dual e seletiva, a política de saúde se caracterizava por uma postura de centralização decisória e operacional, além de operacionalizar suas ações e serviços de modo completamente independente de outros setores do governo (ARRETCHE, 2000).

Diante da forma extremamente centralizadora do modelo de gestão desenvolvido pelo INAMPS e do monopólio que exercia sobre os recursos financeiros, as ações de assistência curativa predominavam em relação às ações preventivas. Além disso, com a concentração dos recursos no polo INAMPS, ocorreu uma espécie de “privatização” da assistência à saúde. Isso levou ao fortalecimento dos interesses da rede privada e ao consequente crescimento da contratação dos seus serviços, chegando a representar, nos anos 80, cerca de 70% da oferta de serviços médicos no país (DRAIBE, 1994).

Essa configuração do sistema evidenciou uma relação desarticulada entre o INAMPS, o Ministério da Saúde e as unidades subnacionais do governo. Na tentativa de modificar essa relação de desintegração, foi criado, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo de promover a unificação entre os três níveis de governo. Contudo, tal legislação não alcançou resultados positivos e foi sucedida por outros planos que buscavam, de alguma forma, estabelecer a integração pretendida, como por exemplo: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) do Ministério da Saúde (MS), em 1976; o PREV-SAÚDE, do MS e do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), de 1980; o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), em 1981 e as Ações Integradas de Saúde (AIS), estas criadas no início do processo de transição do regime militar para o democrático. A implantação das AIS consistiu no plano mais próximo de reverter o problema de organização da política nacional de saúde, conseguindo aumentar as transferências de recursos federais para estados e municípios, priorizar critérios de equidade e

universalização e ainda, estimular a produtividade dos órgãos públicos dos Estados e Municípios (DRAIBE, 1994).

Apesar desses esforços no sentido de estruturar o sistema de saúde, o modelo de saúde previdenciário implantado pela ditadura militar entrou em crise a partir de 1975. Fato que sofreu influência da crise econômica no mercado internacional verificada também nesse período e que trouxe como uma das consequências para o Brasil a redução do fluxo de recursos estrangeiros para movimentar a economia nacional. Diante da situação que o país passou a enfrentar, o sistema previdenciário apontou indícios de esgotamento, ou seja, mostrou-se incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva por meio do modelo da medicina curativa, além disso, o aumento do custo com a medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar, passou a ser constante, gerando uma população cada vez maior de excluídos da assistência (POLIGNANO, 2008).

Diante das fracassadas tentativas de materialização de um modelo de Medicina Comunitária através dos programas de extensão das ações básicas de saúde, entre eles o PIASS, o PREV-SAÚDE e por último as AIS, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário, evidenciou-se a crise de legitimidade política do governo militar e, desse modo, a saúde passou a ser discutida sob a ótica social abrindo espaço para a busca de um redirecionamento das políticas que contemplassem a garantia de atendimento das necessidades assegurando o acesso aos serviços de saúde de modo universal e equânime (FALEIROS et al, 2006).

Com a difusão das críticas ao modelo de assistência médica previdenciária dominante tem início a formação de grupos de representação das instituições juntamente com representantes da sociedade civil para a definição de uma política de saúde que pudesse dar conta das demandas que emergiam da sociedade. Com esse propósito, no final da década de 70, já instalada a crise político-ideológica e fiscal da ditadura militar, da qual a crise na previdência é uma das formas de expressão desse momento, surgiram, na esfera da sociedade civil, os movimentos sociais apontando a necessidade de reordenamento da saúde, com ênfase na participação popular no processo de formulação e controle das políticas públicas (FALEIROS et al, 2006).

Assim, no bojo desses acontecimentos, revelou-se a crise no paradigma da psiquiatria clássica desencadeada pela necessidade de reformulação na estrutura asilar e nas práticas da assistência psiquiátrica, considerando que a manutenção da prática manicomial contribui muito mais para o isolamento social e a cronificação da doença do que para a reabilitação do sujeito. Vale ressaltar que o modelo da psiquiatria clássica foi tão bem



difundido no país que ainda predomina como modelo hegemônico de assistência em muitos serviços de saúde da realidade brasileira (AMARANTE, 1995).

A crise na psiquiatria clássica traduz-se na mudança do seu objeto que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Nesse momento, a estrutura asilar é profundamente criticada por ser responsável pelo elevado índice de cronificação e, por isso, perdeu o caráter de promoção da cura. Essa crítica impõe um novo rumo para a psiquiatria que passa a ser ampliada para o espaço público com o intuito de prevenir a doença e promover a saúde mental (AMARANTE, 1995).

A crescente rejeição pelo modelo de assistência hospitalocêntrico, herdado da psiquiatria clássica, com práticas de tratamento desumano dispensado aos portadores de transtornos mentais, ao tempo em que se construía um ideal de reversão desse modelo de exclusão para práticas de cunho comunitário, fez avançar as reivindicações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) a favor da luta anti-manicomial, com maior expressão nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (VASCONCELOS, 2006).

Diante dessa dicotomia no modelo de assistência psiquiátrica torna-se imperativo o surgimento de um novo direcionamento nas diretrizes das políticas de saúde mental. É na constituição de um redirecionamento na organização dos serviços e na forma de pensar e agir dos profissionais de saúde que se fundamenta a proposta da reforma psiquiátrica. Assim, Silva e Leibing (1999, p. 13), ao analisarem a história da psiquiatria, observam que:

A história nos revela dois grandes movimentos na evolução da assistência psiquiátrica. Durante o século XIX, a institucionalização das práticas terapêuticas: o doente mental deixa sua comunidade para ser internado e tratado em grandes asilos. Na segunda metade do século XX, um movimento oposto, guiado pelo esforço de desinstitucionalização: o doente mental deve deixar os hospitais e retornar a sua comunidade.

Segundo Vasconcelos (2006), o processo de desinstitucionalização no Brasil foi impulsionado por importantes fatos históricos ocorridos no cenário internacional. O autor destaca o período pós- segunda guerra mundial, com ênfase na solidariedade e na reabilitação das vítimas da guerra com a criação das comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Inglaterra; o processo de transição demográfica com o aumento da população idosa, a reorganização do modelo familiar, a ocupação da mulher no mercado de trabalho e ampliação de serviços sociais substitutivos; a política de democratização marcada pelos movimentos sociais, a ampliação dos programas e seguros sociais para grupos populacionais, entre eles os

portadores de transtornos mentais; o desenvolvimento das políticas neoliberais de redução de gastos com programas sociais, induzindo ao processo de desospitalização em instituições psiquiátricas, e também, o surgimento dos psicofármacos, no final da década de 50; todos estes acontecimentos representaram momentos históricos propulsores de mudanças no modelo institucional.

Merece destacar que no contexto da redemocratização do país, o MTSM representou um ponto de partida na busca da reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil, suas propostas passaram a ser objeto de discussão nos congressos e conferências sobre saúde mental. Dada a importância desse movimento no contexto sócio – político da época, o MTSM pode ser considerado como um movimento decisivo no processo da reforma psiquiátrica no país.

Outros eventos possibilitaram a ampliação das discussões acerca da ruptura com o paradigma hegemônico do tratamento do transtorno mental, pautado na exclusão social e familiar do sujeito ao receber uma assistência institucionalizada. Destaca-se, em 1978, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, desenvolvendo ampla discussão sobre a temática da crítica ao modelo de assistência vigente na época; também, em 1979, o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ainda no mesmo ano aconteceu o segundo encontro, e muitos outros eventos que fortaleceram o MSTM (AMARANTE, 1995).

O movimento pela reforma psiquiátrica surge no momento em que nasce, também, o movimento da reforma sanitária em defesa da necessidade de reorganização do modelo de assistência em saúde e das práticas de gestão do sistema de saúde vigente. Nesse momento, o Brasil enfrenta um conjunto de crises de caráter político, ideológico e financeiro que se expressa pela necessidade de reestruturação da rede de saúde, redefinição das formas de financiamento dos serviços e revisão das políticas públicas de saúde do país (BRASIL, 2001a).

O grande palco das discussões acerca do processo de mudanças no âmbito da saúde se deu durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, contando com a participação de representantes dos trabalhadores da saúde, do governo, dos usuários e prestadores de serviços. O relatório final da conferência subsidiou a revisão do texto constitucional de 1988 que impôs a criação de um sistema de saúde apoiado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, organizado nos padrões de um modelo de gestão descentralizado, hierarquizado e ancorado na participação popular, conforme está desenhada a atual política do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001a).

Quanto à reforma psiquiátrica brasileira, essa é inspirada no modelo da reforma italiana. Segundo Leal (1994), o modelo da reforma psiquiátrica italiana é fundamentado na completa substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, além de ser considerado o modelo de reforma que mais evidenciou a ruptura com o paradigma biomédico.

Embora os movimentos pela reforma sanitária e reforma psiquiátrica tenham sido contemporâneos, a Lei da Reforma Psiquiátrica somente foi aprovada após mais de uma década da criação do SUS. Com aproximadamente 12 anos de tramitação no Congresso Nacional o projeto-lei de autoria de Paulo Delgado é aprovado em 06 de abril de 2001 e transforma-se na Lei Federal nº. 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004a, p. 17).

Outras tentativas de implementação de uma política de saúde mental nos moldes da política proposta pela reforma psiquiátrica foram anteriormente desenvolvidas. Jorge e França (2001) destacam a formulação, em 1982, do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária que seria executado de forma gradual e progressiva pelo INAMPS. De acordo com os autores, o referido plano apresentava como proposta uma assistência psiquiátrica predominantemente extra-hospitalar, contanto com a participação da atenção primária e dos recursos intermediários entre o ambulatório e a internação integral, estimulando a permanência dos usuários o maior tempo possível inseridos na estrutura familiar e social, ficando a internação integral destinada aos casos que representassem riscos para a sociedade e para o próprio indivíduo e por curto espaço de tempo, podendo ser desenvolvida em unidade psiquiátrica no hospital geral.

Assim, diante dos impasses para efetivação de uma política de saúde mental no país, a criação do SUS contribuiu decisivamente para o fortalecimento do movimento de luta pela reforma psiquiátrica, uma vez que os princípios e diretrizes do SUS contemplam os pressupostos da reforma psiquiátrica, para isso é necessária a articulação dessa política com outros setores que executam políticas sociais que visam garantir o exercício da cidadania.

O SUS introduziu um conceito ampliado de saúde. De acordo com esse conceito, o direito à saúde está relacionado com o direito à vida, portanto é necessário disponibilizar aos usuários um conjunto de ações e serviços que possam garantir acesso a alimentação, moradia, emprego, lazer, educação e outros para assegurar a saúde integral (BRASIL, 2001a).

A saúde mental integra, obviamente, essa nova concepção de saúde. Baseado nisso e na proposta do SUS em garantir uma assistência integral a todos os cidadãos, a política de saúde mental tornou-se pauta de amplas discussões no sentido da implementação

dessa política como forma de cumprir o exposto no texto constitucional no que diz respeito à assistência a saúde.

Também, merece chamar atenção a realização de outros eventos que contribuíram para a construção de uma política de saúde mental obedecendo aos princípios da proposta da reforma psiquiátrica, entre eles as conferências de saúde. A III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 2001, que apresentou como tema – “Cuidar, sim. Excluir, não”, tratou das estratégias para a efetivação da reforma. Realizada em dezembro de 2001, precedida das conferências municipais e estaduais, a III CNSM contou com a participação de representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde e definiu a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, o Ministério da Saúde considera que a III CNSM consolida a reforma psiquiátrica como política do governo, estabelecendo uma política de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas e define os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)<sup>8</sup> como serviço estratégico, de caráter comunitário e aberto, para a reorientação do modelo de cuidado em saúde mental, livre de manicômios, além de estabelecer o controle social como garantia da efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005a).

Nessa conjuntura, a reforma psiquiátrica objetiva a consolidação de uma política de saúde mental apoiada nos princípios do SUS, que tem como pressupostos básicos a inclusão social do sujeito e a diminuição do preconceito, desenvolvendo o cuidado em serviços extra-hospitalar através do trabalho em equipe interdisciplinar e intersectorializada (BRASIL, 2001b).

Assim, o Ministério da Saúde afirma que a reforma psiquiátrica constitui:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a, p. 6).

É nesse cenário de discussões e regulamentações que a reforma psiquiátrica, definida como uma política de saúde mental do governo federal e descentralizada aos estados

<sup>8</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – são instituições públicas, extra-hospitalares, do SUS, para tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, que estimulam a integração social e familiar do sujeito e desenvolvendo sua autonomia (BRASIL, 2004b).

e municípios, ganha sustentação e visibilidade. A partir desse momento, começa a se expandir uma rede de serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico e a direcionar a assistência aos serviços inseridos no território social dos usuários.

Nesse mesmo momento é impulsionado o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação hospitalar, através da implantação, pelo Ministério da Saúde, dos Serviços Residenciais Terapêuticos e da criação do programa “De Volta Para Casa”<sup>9</sup> instituído pela Lei nº10. 708, de 31 de julho de 2003.

Segundo Jorge e França (2001), entre os atores sociais que apoiaram o movimento pela reforma psiquiátrica, vale destacar a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Os autores destacam que a ABP apóia todo e qualquer movimento em defesa do exercício da cidadania pelos portadores de transtornos mentais, assim como defende que essas pessoas devem ter o direito de ser objeto da atenção profissional de qualidade e de fazer uso dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. Contudo, discorda da proposta de extinção progressiva dos manicômios, se esse termo estiver sendo aplicado com sinônimo de hospital psiquiátrico, pois segundo a ABP, a cronicidade da doença está relacionada com a falta de assistência e não necessariamente ao local onde esta acontece.

Goldenstein (2001, p. 41), ao referir-se à desospitalização, aponta para uma preocupação de ordem clínica e diz que: “a simples desinstitucionalização, com a extinção dos hospitais psiquiátricos, não minora a questão do adoecer psíquico”. Há a necessidade de implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares substitutivos que assegure o cuidado integral aos portadores de transtornos mentais e que atenda às demandas desses pacientes, diminuindo a necessidade da internação.

Quanto ao modelo de organização dos serviços, a reforma psiquiátrica preconiza a criação de novos dispositivos para o cuidado em saúde mental, inseridos em um território, desenvolvendo atenção personalizada, pautada no acolhimento aos usuários e familiares, bem como, no desenvolvimento de ações comprometidas com a construção de projetos terapêuticos que possibilitem a inserção social e potencialize a autonomia, a auto-estima, a cidadania e diminuam a ocorrência de internações, impedindo a reprodução da cronificação dos portadores de transtorno mental (BRASIL, 2004b).

No que concerne à organização dos serviços de saúde mental, Pitta (2001, p. 18) observa que:

---

<sup>9</sup> O programa “De Volta Para Casa” representa um incentivo financeiro, no valor de R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais), destinados para auxílio na reabilitação psicossocial de pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação hospitalar por um período igual ou superior a dois anos e que perderam o vínculo com a família (BRASIL, 2004a).

Pensar uma rede de atenção que seja, a um só tempo, efetiva, eficaz e eficiente sob o prisma técnico-burocrático, que costuma presidir a lógica da organização de serviços públicos de saúde, sem subestimar certa tecnologia da sensibilidade, não menos importante no nosso caso, capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e as suas necessidades, com estratégias que costumam animar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde, é o grande desafio.

Em consonância com a atual política de saúde mental, os CAPS propõem-se a enfrentar esse desafio. Esses são implantados para representar serviços de caráter comunitário, inseridos no território de convívio social das famílias e desenvolvendo ações interdisciplinares e articuladas com outros serviços para garantir a intersetorialidade entre os dispositivos que constituem a rede de cuidados à população adstrita. No entanto, outros dispositivos: ambulatórios, residências terapêuticas, centros de saúde, clubes de lazer, centros de convivência, também fazem parte da rede de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004b).

Os CAPS representam, portanto, serviços de saúde mental organizados para prestar cuidado aos portadores de transtornos mentais, através do trabalho interdisciplinar dos profissionais que compõem a equipe de trabalho, em parceria com outros serviços da rede de cuidados existente no território social do sujeito, onde se encontra inserida, também, a Equipe de Saúde da Família.

Merece destacar, neste capítulo, o conceito de território empregado nas políticas de saúde, em especial na saúde mental e na atenção básica e a contribuição desse conhecimento para o desenho das políticas assistenciais voltadas para a promoção do bem-estar da comunidade. Nesse sentido, o termo território está relacionado ao espaço geográfico ocupado por uma determinada comunidade, vivendo uma realidade dinâmica, com seus problemas de saúde, no qual as pessoas convivem e interagem no âmbito econômico, político, social e cultural (BUENO, 2008).

A lógica da elaboração de políticas públicas e por conseguinte, da organização dos serviços de saúde levando em consideração as especificidades da área territorial dos sujeitos funciona como uma ferramenta que auxilia na identificação de elementos que representam risco à saúde ou que favorecem ao bem-estar da comunidade, bem como, revela o modo de viver das pessoas e as suas relações sociais. Santos (2006, p. 14) define território como “o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e imateriais e do exercício da vida”. Sendo assim, o território é compreendido como o espaço de produção de vida e de resolução dos conflitos que possam afetar o bem-estar dos sujeitos. Por isso, os

serviços de saúde estão sendo estruturados para atender às questões relacionadas à saúde dentro do próprio território de inserção do sujeito.

A reforma psiquiatria brasileira tem entre suas diretrizes a noção de territorialidade como forma de favorecer a organização da rede de cuidados em saúde mental. Assim, trabalhar no território dos sujeitos significa resgatar todos os recursos disponíveis na comunidade para a construção coletiva de soluções para os problemas que perpassam essa comunidade ou parte dela. Para isso, os serviços de saúde estabelecem uma relação de intersectorialidade com outros serviços da rede e com outras instituições presentes no território, tais sejam: escolas, creches, grupos comunitários e outras organizações.

## **1.2 A reforma psiquiátrica no Piauí**

No Piauí, no século XX, como nos principais estados brasileiro, a prioridade para as questões de saúde estava direcionada para as doenças relacionadas com a falta de saneamento básico e com as precárias condições de moradia, as quais estavam expostas grande parte da população, acarretando um conjunto de doenças infecto-contagiosas que revelavam graves quadros de epidemias. Embora tenham sido implantadas medidas no sentido de estruturar órgãos encarregados de fazer o controle das doenças, a política de saúde pública foi o setor menos privilegiado pelas autoridades. O compromisso governamental com as necessidades básicas da população foi, e em algumas situações, parece continuar sendo, relegado para o segundo plano, direcionando os recursos para atender aos interesses da elite econômica.

Entretanto, diante do elevado número de casos de doenças infecto-contagiosas, principalmente febre amarela e cólera, que resultou na morte de importante parcela da população, a saúde pública de Teresina, capital do estado do Piauí, inaugurou, em 1861, o primeiro serviço de saúde da capital, o Hospital da Caridade da Santa Casa de Misericórdia, sendo concedidos cuidados médicos aos doentes mentais nessa instituição, por meio da internação hospitalar, somente em 1890, através do decreto nº 25 de 22 de abril do mesmo ano. Todavia, a ala dos doentes mentais era localizada em área anexa ao hospital e consistia em “quartos-prisões”, onde era oferecida uma assistência que seguia os padrões carcerários, sem nenhuma preocupação com a reabilitação dos internos (GUIMARÃES, 1994).

Assim, o modelo de assistência aos portadores de transtornos mentais introduzido no país foi reproduzido no Piauí. A iniciativa de criação das primeiras instituições para

assistência às pessoas com sofrimento psíquico estava muito mais associada à necessidade de resolver a situação das pessoas que viviam pelas ruas da cidade, sem moradia, pessoas socialmente marginalizadas, entre elas as portadoras de transtorno mental, que provocavam a desorganização do espaço social, do que pela necessidade de contribuir com o avanço da medicina da época na área da psiquiatria e desenvolver uma assistência adequada àquelas pessoas.

Apesar disso, em Teresina, a criação do primeiro serviço destinado exclusivamente aos pacientes com transtornos mentais aconteceu somente após 55 anos da inauguração do primeiro hospício no Brasil, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro; foi então, em 1907, inaugurado em Teresina o Asilo dos Alienados. Esse fato revela não somente o descompasso do nível local com a política nacional, mas, também, evidencia que a assistência aos portadores de transtornos mentais no estado tem sua origem centrada no modelo hospitalocêntrico (ROSA, 2003, 2008).

Vale ressaltar que a criação do Asilo dos Alienados não representou avanços significativos na qualidade da assistência prestada às pessoas que necessitavam daquela instituição, pois as condições de instalação eram precárias, faltavam alimentação, roupas e medicamentos, o serviço não estava preparado para atender às necessidades básicas dos pacientes e esses ficavam abandonados pelas famílias e sem assistência adequada (LIMA, 2004).

Mais tarde, na década de 40, chegaram ao estado João Marques e Clidenor de Freitas Santos, primeiros médicos psiquiatras do Piauí. O Asilo dos Alienados passa a ser dirigido pelo psiquiatra Clidenor de Freitas que autoriza além de reformas na estrutura física, substituição do nome da instituição para Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, em homenagem ao seu fundador e transferência da gestão do mesmo para o estado, a introdução de modernas modalidades terapêuticas, em uso em outras partes do país, como a malarioterapia, eletroconvulsoterapia, choque cardiazólico e a insulino-terapia (LIMA, 2004; ROSA, 2008).

Ainda segundo as autoras, outra mudança ocorrida no bojo das medidas introduzidas com a chegada dos especialistas no Piauí foi a criação, em 1942, do primeiro Ambulatório de Higiene Mental do Piauí, instalado em anexo ao Asilo dos Alienados, sob a coordenação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) responsável por prestar atendimento à população carente que necessitava de assistência especializada em regime ambulatorial. Contudo, as práticas de internação integral no hospital psiquiátrico não sofreram alterações.



Na mesma década, anteriormente citada, outros acontecimentos marcaram a história da construção do setor saúde no Piauí, especialmente em Teresina. Merece destacar a inauguração do Hospital Getúlio Vargas (HGV), em 1941, e na mesma época, da Maternidade São Vicente de Paula, atual Centro Integrado Lineu Araújo (BUENO, 2008). Esses até os tempos atuais são considerados serviços norteadores da rede assistencial do estado dada a complexidade de seus recursos terapêuticos e a diversidade de profissionais que integram estes serviços.

Voltando-se para o campo da assistência psiquiátrica, esse ganha espaço no setor privado com a inauguração do Sanatório Meduna, em 1954. A escolha do nome do sanatório foi em homenagem ao médico húngaro que introduziu o tratamento para os pacientes psiquiátricos através da indução de estados convulsivos (convulsoterapia), em 1934, Ladislau Von Meduna (ROSA, 2008). Vale ressaltar que o Sanatório Meduna durante muito tempo foi citado como uma instituição que introduziu um novo modelo de arquitetura hospitalar favorável a uma melhor assistência, livre das grades e celas fortes e com uma área de lazer que contribuía para a socialização de seus pacientes. Com isso, a oferta de serviços na área de psiquiatria sofreu expansão e Teresina passou a ser reconhecida como centro de referência na assistência psiquiátrica na época.

Mas tal expansão alcançou, também, outras especialidades do setor privado da saúde do estado. Assim, em 1953, foi criada a Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer, atualmente representada pelo Hospital São Marcos, instituição de natureza filantrópica, centro de referência para o tratamento do câncer, porém desenvolve assistência nas outras especialidades médicas. Na década seguinte, o setor público registrou alguns investimentos na construção de hospitais, com a implantação da Maternidade Dona Evangelina Rosa e o Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas (BUENO, 2008).

O crescimento da rede de estabelecimentos de saúde em Teresina impulsionou a procura dos serviços por pessoas procedentes de outros estados como o Maranhão e o Ceará, acarretando uma demanda excessiva e gerando dificuldades administrativas e financeiras. Fato que se verifica até os dias de hoje e que vem produzindo profundas crises nos serviços públicos de saúde, pela falta de recursos físicos e financeiros para atender à grande demanda.

Na área da saúde mental, a carência de serviços estruturados no interior do estado e em parte dos estados vizinhos, forçava a vinda de pacientes para Teresina em busca de tratamento psiquiátrico nos dois hospitais de referência do estado. Essa situação, acrescida à falta de investimento financeiro por parte governo, levou o Hospital Areolino de Abreu a um período de declínio. Enquanto que o Sanatório Meduna ocupava uma posição de destaque na

psiquiatria do Piauí e desenvolvia atendimento aos usuários de convênios particulares e conveniados ao INPS (LIMA, 2004).

Nesse processo de avanços e retrocessos na saúde pública de Teresina, neste momento tratando da área da saúde mental, após os diversos embates vividos na conjuntura política que resultava na substituição da direção do então Hospital Areolino de Abreu, este, segundo Rosa (2008), em 1968, sob a direção do Dr. Carlos Araújo, é transferido para o bairro Primavera, zona norte de Teresina, onde atualmente funciona o referido hospital, com a proposta de implantar uma filosofia reformista na assistência psiquiátrica daquela instituição, através da introdução do sistema de colônia, uma experiência bem sucedida em outras partes do país. Além disso, o hospital passa por uma reorganização na estrutura administrativa e sanitária. Também foi fundado, no mesmo ano, por Wilson Freitas Santos, o Hospital – Dia, um serviço onde o paciente permanece na instituição durante o dia e ao final da permanência retorna para o seu domicílio, como alternativa de tratamento psiquiátrico para diminuir a demanda para o Hospital Areolino de Abreu.

Nesse momento, a assistência psiquiátrica local começava a seguir a recomendação da psiquiatria moderna; defendendo que a internação em regime fechado deveria ser por um curto período de tempo e mostrando que a participação da família tinha importância significativa no tratamento dos pacientes (LIMA, 2004).

Porém, a influência dos novos conceitos da psiquiatria moderna não significou a introdução dos ideais reformistas da assistência psiquiátrica iniciada na Itália nos primeiros anos da década de 1960 e que, conforme já foi mencionado neste trabalho, serviu de inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira. Contudo teve início a organização de serviços ambulatoriais como alternativas de tratamento e, assim, reduzir a superlotação dos hospitais psiquiátricos.

Na década de 1970, em conformidade com as diretrizes da política de saúde mental do governo federal, houve um notório crescimento da rede ambulatorial de psiquiatria com ênfase no tratamento através das consultas médicas especializadas. Foram implantados, nessa década, o ambulatório do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o ambulatório de higiene mental do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) (ROSA, 2008).

Nesse mesmo período, por influência do processo de transformação do modelo de assistência psiquiátrica em outras partes do mundo com a Inglaterra, França e Estados Unidos, chega ao Brasil os ideais da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana e emerge a concepção de promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Nessa direção, foi instituído no país o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) baseado nos princípios inovadores da saúde mental; entretanto, esse programa não prosperou em função de sérias dificuldades, entre elas a de financiamento, especialmente nos municípios de menor desenvolvimento econômico. Tal dificuldade se revelou também no Piauí, levando ao fracasso do PISAM e concentrando a assistência na capital do estado (LIMA, 2004).

Em praticamente todas as regiões do país, a segunda metade da década de 1970 representou um período de intensas organizações de grupos e categorias profissionais para discussões acerca das condições de trabalho e da qualidade da assistência aos portadores de transtornos mentais. Segundo Lima (2004), no Piauí, se destacou a fundação da Associação Psiquiátrica do Piauí (APP), em 1975, que introduziu os novos conceitos da saúde mental e realizou a I Jornada Psiquiátrica do Norte e Nordeste Brasileiro, em 1979, com o propósito de criar espaços de discussões para as propostas introduzidas no campo da psiquiatria.

A década de 1980, caracterizada pelo fim do regime militar e início do processo de redemocratização do país, é vista como um período na história da saúde pública profundamente marcada por transformações políticas e ideológicas que definiram os rumos do atual sistema de saúde público do país. No campo político, a forma de escolha dos representantes políticos através da eleição direta, devolveu a autoridade política de governadores e prefeitos adquirida por meio do voto popular direto e instituiu maiores responsabilidades sobre a gestão dos recursos financeiros dos estados e municípios. Tal medida apontava para a perspectiva de redefinição das competências em cada nível de governo, estabelecendo bases para o processo de descentralização das políticas sociais (ARRETCHE, 2000).

As transformações ideológicas foram retratadas através dos movimentos sociais que emergiram em várias partes do país e que se consolidaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como proposta a criação de um sistema nacional de saúde que assegurasse a saúde como direito inerente ao cidadão, apoiada nos princípios de universalidade, participação popular e descentralização das ações. Segundo Rosa (2003, 2005, 2008), no Piauí, a Associação Comunitária de Saúde Mental, após sua primeira jornada promovida em 1982, instituiu uma comissão para a elaboração de um projeto de saúde mental para o estado e, no ano seguinte, foi implantado o Programa de Saúde Mental Comunitária (PSMC) que tinha como principais metas promover a descentralização da assistência psiquiátrica no estado, além da reforma administrativa, assistencial e na estrutura física do Hospital Areolino de Abreu.

Vale destacar que, de acordo com Guimarães (1994), segundo análise dos psiquiatras do Piauí, o PSMC foi considerado um programa exitoso por iniciar uma fase de expansão e descentralização das ações de atendimento psiquiátrico no interior do estado, com a instalação de ambulatórios de saúde mental e a criação de leitos para internação de pacientes com transtorno mental em hospitais gerais nas principais cidades do estado, contudo, na capital, a idéia foi fortemente rejeitada no principal hospital da cidade, o Hospital Getúlio Vargas. A justificativa para tal fato se deu pelo estigma e preconceito em relação à doença mental manifestado pela equipe daquele hospital e que ainda persiste na sociedade, além da representação de periculosidade atribuída aos portadores de transtorno mental.

Ainda segundo o mesmo autor, outro aspecto relevante para a organização da assistência psiquiátrica do estado com a implantação do PSMC foi a efetivação da reforma na arquitetura do hospital público Areolino de Abreu, que resultou na eliminação das “celas fortes”, nome usado para identificar as dependências do hospital, estruturadas com grades, destinadas ao abrigo de pacientes em estados de crise psiquiátrica com manifestações de agitação e agressividade. A reforma implementada contribuiu para minimizar as características fortemente asilares da referida instituição e iniciar um processo de adequação da estrutura hospitalar para um modelo de assistência humanitária que começava a vingar no país. No cenário político, o momento descrito de avanço na área da saúde mental foi verificado na gestão do secretário de saúde do estado, Dr. Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco, no mandato do governador Hugo Napoleão do Rego Neto.

Em consonância com o ideal pela reforma no modelo de assistência à saúde de âmbito nacional, surgiu no Piauí, em 1986, o Movimento Popular de Saúde (MOPS), formado por grupos de representantes da Igreja e de profissionais que defendiam a valorização das práticas da medicina alternativa, mas as ações dirigidas à área da saúde mental somente foram contempladas na agenda do referido movimento em 1994, quando foi realizado, em parceria com o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Piauí (SINDESPI), o Primeiro Seminário Estadual de Saúde Mental, no período de 10 a 12 de julho, com o tema central: “Em busca da transformação” (ROSA, 2003, 2008).

Desse evento, foram elaboradas propostas para a (re)definição da política de saúde mental para o estado apoiada nos princípios do SUS e desenhada com base nas seguintes estratégias: criação de serviços alternativos para assistência em saúde mental desenvolvida por trabalho em equipe interdisciplinar; articulação das questões da saúde mental no conjunto de medidas que tratam a reforma sanitária; criação de fóruns permanentes para tratar de temas relacionados à saúde mental; promoção de grupos de trabalho com familiares e comunidades

para diminuir o preconceito em relação aos portadores de transtornos mentais; criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais do município, além de novos hospitais-dia, ambulatorios, lares protegidos e cooperativas de trabalho (MOPS, 1994 apud ROSA, 2003, 2008).

Apesar de ampla mobilização por parte dos movimentos sociais, a política de saúde mental do estado não alcançou destaque nas décadas que seguiram ao fim do regime militar. Assim, as décadas de 1980 e 1990 revelaram um período de profundas crises no financiamento do setor saúde, bem como em outras áreas do governo, além de um lento processo de descentralização das ações de saúde mental no estado.

Por outro lado, houve um crescente avanço nas discussões acerca da construção de uma política de caráter humanitário, desenvolvida em espaços extra-hospitalares, descentralizada e orientada pelos princípios descritos no texto constitucional de 1988 que tratam do direito à saúde a todo cidadão brasileiro. Desse modo, dada a relevância do evento para as decisões das políticas públicas de saúde, merece destacar as conferências estaduais de saúde.

Em cumprimento ao calendário nacional de realização das conferências e em meio à crise econômica, com manifestações grevistas de profissionais da saúde e educação, enfrentada pelo governador do Estado, na época, representado por Antonio de Almendra Freitas Neto, o estado realizou em 1991 a I Conferência Estadual de Saúde que trouxe como tema central “Municipalização é o caminho”. Entre as deliberações dessa conferência, algumas apontaram para a necessidade do fortalecimento do controle social e do repasse automático de recursos financeiros do governo federal para as unidades subnacionais, institucionalização do concurso público como única forma de ingresso no serviço público e implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários. No que concerne a política de saúde mental, foi determinada a implantação do programa de saúde mental nas ações básicas do Estado (SESAPI, 1991 apud ROSA, 2003).

Somente a partir de 1993 a Prefeitura Municipal de Teresina, através da Fundação Municipal de Saúde, estabelece diretrizes para desenvolver seu papel no campo da saúde mental e define, de acordo com a política do Ministério da Saúde, as seguintes metas: criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, redução do número de leitos psiquiátricos em hospitais especializados conforme resolução ministerial<sup>10</sup>, supervisão e controle das

---

<sup>10</sup>Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004: institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e a Portaria GM nº 53, de 20 de janeiro de 2004: cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS e dá outras providências (BRASIL, 2004a).

prescrições de psicotrópicos, além da ampliação do atendimento ambulatorial. No entanto, nenhuma mudança significativa ocorreu no campo da saúde mental no nível municipal, exceto a implantação de um Núcleo de Apoio Psicossocial, prestando assistência aos servidores municipais com problemas relacionados à dependência química (ROSA, 2003).

Ainda segundo a mesma autora, a II Conferência Estadual de Saúde aconteceu em julho de 1996, com o tema: “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Esse evento revelou a ineficiência do Estado em avançar na construção de uma política de saúde coletiva, com base em ações preventivas. Desse modo, ficou explícito nos trabalhos realizados durante a conferência que o Estado continuava priorizando as ações individuais, curativas, de alto custo e investindo recursos financeiros na compra de serviços da rede privada de saúde em detrimento das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que assegurem melhor qualidade de vida para as pessoas. Em relação às ações de saúde mental, os debates aconteceram em torno do projeto de lei da reforma psiquiátrica e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assim, nesse arranjo de muitos debates e poucas ações, seguiu a política de saúde mental do Estado até o novo milênio. Outros eventos marcaram essa trajetória, mas, a gestão local encerra mais uma década com a realização da III Conferência Estadual de Saúde com o tema “SUS – Piauí consolidando municípios saudáveis”; nesse evento a temática da saúde mental foi acerca da descentralização das ações no estado. Até o momento as ações na área da saúde mental eram muito incipientes e isoladas dentro do Estado, o modelo de assistência predominante seguia os padrões manicomializados e excludentes.

Muitos encontros para definir as diretrizes da política de saúde mental no âmbito municipal e estadual marcaram o início do novo século. O Estado realizou, em outubro de 2001, a I Conferência Estadual de Saúde Mental; ao final foram eleitos os representantes da III Conferência Nacional de Saúde Mental, já discutida neste trabalho.

Posteriormente, os movimentos sociais tornaram-se mais organizados e parceiros das organizações governamentais em prol da saúde mental e isso possibilitou a realização de vários eventos que fortaleceram o ideário da reforma psiquiátrica no Estado. Exemplos desses acontecimentos foram VI Jornada Nordestina de Psiquiatria e Saúde Mental que agregou a IV Jornada de Psiquiatria do Piauí e a III Jornada de Saúde Mental Comunitária do Piauí, realizadas em 2002, com ampla participação de representantes da Associação dos Portadores de Transtornos Mentais, familiares, profissionais da saúde e representantes do governo.

Apesar de ampliada a discussão acerca das estratégias para a consolidação da reforma psiquiátrica no Estado, a estruturação da rede de serviços para atender às diretrizes da

reforma psiquiátrica introduzida no país com a aprovação da Lei nº 10.216, não representava prioridade na agenda de compromissos dos gestores estadual e municipal de saúde. Realidade diferente foi observada nos municípios de Sobral – CE e Timon – MA. Em Sobral os serviços substitutivos de assistência em saúde mental no modelo CAPS começaram a funcionar desde 1998 e em Timon, o primeiro CAPS, foi implantado em 2002. Timon foi também o primeiro município, vizinho a Teresina – PI, que ofereceu o primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental, *latu sensu*, em 2003, promovido através de convênio criado entre a Secretaria de Saúde do Município e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ). Essa iniciativa surgiu da necessidade de capacitação um grupo de profissionais ligados ao CAPS de Timon e ao CAPS do município de Parnarama – MA (em fase de implantação naquele momento) para atuar segundo as diretrizes do novo modelo de assistência instituído no país.

Depois disso, outras iniciativas de formação de recursos humanos do nível especialização emergiram na região. Em 2003, o Ministério da Saúde, através do programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica<sup>11</sup>, aprova o primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental no Piauí, promovido pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), tendo iniciado em 2004. Em 2008, a segunda turma de Especialização da UFPI teve início e, também, marcou o início da primeira turma de Especialização em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI).

A expansão do número de trabalhadores da saúde interessados e atuando na área da saúde mental contribuiu para a sensibilização dos gestores do interior do estado e da capital para necessidade de organizar uma rede de serviços para atender na linha do cuidado em saúde mental. Isso pode ser verificado pelo crescimento do número de CAPS na capital e em algumas cidades do interior do estado do Piauí.

Com isso, a partir de 2003, o modelo de assistência delineado na reforma psiquiátrica começa a penetrar no Estado. Em Teresina são implantados o CAPS infantil e o CAPS álcool e drogas; o primeiro sob a gestão do Estado e o segundo da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (ROSA, 2004). Mas isso não reverteu o indicador que colocava o Piauí entre os estados com as piores condições de assistência aos pacientes psiquiátricos. Contudo, vale destacar, que a partir desse momento, o processo de implantação de CAPS pelo interior do Piauí, foi modificando o cenário da política de saúde mental do Estado.

---

<sup>11</sup>O programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica foi instituído desde 2002, pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo geral a formação em saúde mental para profissionais da rede pública (BRASIL, 2009).

Desse modo, até o ano de 2006, no Brasil, existiam 1.011 CAPS implantados. Desses, 21 estão localizados no Piauí, 04 deles estão implantados no município de Teresina. Esse número coloca o Piauí no 9º lugar no *ranking* da cobertura de Caps /100.000(hab./UF) (BRASIL, 2007b), uma posição que revela um avanço na gestão da política de saúde mental do Estado e maior atuação dos gestores em assegurar o que está previsto na lei.

Atualmente, até janeiro de 2009, segundo o Ministério da Saúde, esses dados passaram para 1326 CAPS implantados em todo o país; sendo um total de 27 CAPS existentes no Piauí, número que coloca o mesmo entre os estados com cobertura considerada regular / boa em relação ao número de serviços dessa modalidade, de acordo com os parâmetros de avaliação do indicador CAPS / 100.000 hab. do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2009), os dados apresentados na tabela 1 revelam que quando comparado o Estado do Piauí com Estados que iniciaram o processo da reforma psiquiátrica há aproximadamente 15 anos antes da aprovação da Lei nº 10.216, lei que regulamenta a reforma psiquiátrica no Brasil, como exemplo os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, constata-se que o Estado do Piauí está avançando rapidamente no processo de reforma psiquiátrica local. Vale destacar que São Paulo foi o primeiro estado brasileiro a implantar um serviço de saúde mental no modelo CAPS, o CAPS Professor Luíz Cerqueira, criado em 1987. Essa medida representou forte influência na implantação de CAPS em outras regiões do Brasil (AMARANTE, 1995).

Contudo, esse avanço não assegura uma política de saúde mental efetiva e eficaz no Piauí e no restante do país. Os CAPS representam dispositivos fundamentais para a continuidade do cuidado aos portadores de transtornos mentais, mas, Carvalho (2001) chama atenção para a assistência prestada nesses dispositivos e o papel estratégico que estes ocupam na rede de cuidados em saúde mental.

Segundo a autora, estudos de avaliação de serviços comunitários no Canadá, semelhante ao modelo CAPS, apontam falhas relacionadas à falta de articulação entre os serviços e entre os profissionais, traduzidas por uma fragmentação no cuidado prestado; os serviços e profissionais operam isoladamente. O mesmo estudo discute o sistema de saúde mental no Brasil e ressalta a ineficiência dos serviços comunitários para o cuidado aos portadores de transtornos mentais graves, a carência de serviços na comunidade e a descontinuidade do cuidado como condições que contribuem para a recaída do paciente, destacando que os serviços devem operar de forma integrada, acessível e que possa garantir a continuidade do cuidado aos pacientes (CARVALHO, 2001).



Pesquisa desenvolvida em três CAPS, dois no Rio de Janeiro e um em São Paulo, avaliando a inserção do enfermeiro (a) na equipe do CAPS, apontou como dificuldade para a continuidade do cuidado a falta de capacitação desses profissionais para o trabalho no CAPS e a falta de relações interdisciplinares na equipe (ROCHA, 2005).

No que diz respeito à falta de capacitação, essa parece ser uma realidade em muitas outras partes do país. Um trabalho realizado com moradores da zona norte de Natal - RN, assistidos pelas equipes de saúde da família, revelou que, entre outros fatores, a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais que atuam na atenção básica, produz uma demanda reprimida dentro do território de atuação da equipe, levando à busca pelo modelo psiquiátrico de assistência hospitalar tradicionalmente dominante (DIMENSTEIN, 2005). Essa, também, é a realidade encontrada nesta pesquisa. Para parte dos entrevistados, a falta de capacitação representa um dos principais obstáculos para o cuidado em saúde mental não fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família das áreas inseridas no cenário da pesquisa. Tal conclusão está presente nos recortes das falas dos sujeitos que seguem abaixo:

[...] a gente percebe que na atenção básica não existe muito isso. Tanto é que a gente quase que não tem treinamento com este manejo, nós nunca tivemos. (Entrevista 01)

É fundamental o cuidar da saúde mental no PSF, mas a gente [...] eu pelo menos tenho muita dificuldade por conta da formação só acadêmica, a gente só teve a formação na graduação. No PSF a política existe, mas elas não são muito repassadas para as equipes, é diferente de tuberculose, hanseníase, que a gente tem um treinamento por ano; saúde mental, eu entrei em dois mil e quatro, nós estamos em dois mil e oito, eu nunca fiz um treinamento de saúde mental. (Entrevista 02)

[...] eu acho que a gente deveria ter mais treinamento. Eu pelo menos fiz só algumas oficinas, mas deveria ser aula para colocar em prática um atendimento; um protocolo mesmo pra gente por em prática e aquilo ali seguir; não só uma oficina ....; depois a gente volta para cá (referindo-se ao local de trabalho) e fica a mesma realidade. Então, eu acho que deveria ter alguma coisa específica, voltada para a saúde mental. A gente precisava de um treinamento mesmo, uma coisa bem específica; a gente só tem oficina, aquelas coisas que mostram muito bonito os profissionais que já têm costume de trabalhar com isso. No PSF não vai ser implantado enquanto não tiver uma coisa bem direcionada. Só essas oficinas que fazem, que a gente assiste uma ou duas aulinhas não dá esse suporte! (Entrevista 04)

Não há! Pelo menos, nós nunca tivemos treinamento sobre isso: sobre saúde mental. Capacitação. Também, acho uma área muito delicada. Não me sinto preparada (risos). Tenho vontade de fazer mais por isso. Não encontro uma opção. Não tenho esse suporte institucional, nem a capacitação intelectual de trabalho. (Entrevista 07)

[...] não é qualquer profissional que sabe o manejo do cuidar em saúde mental. Às vezes, até dificuldade com medicação eles têm: os próprios médicos. Então eu acho que falta uma capacitação, um projeto voltado para a equipe do PSF - como a gente não tem HIPERDIA? A gente não tem saúde da mulher? Treinamento, vacina e tudo? Então, eu acho que deveria estar incluída essa parte de saúde mental também na capacitação dos profissionais, por que já seria um grande passo. Eu acho que, assim, o tempo é pequeno, a equipe é pequena, mas se fosse uma equipe treinada, daria para dar um jeito; apertava um pouquinho aqui, um pouco ali, e dava para a gente fazer alguma coisa dentro da saúde mental, mas sem treinamento fica complicado. Então, eu acho que ainda está faltando essa parte de suporte..., esse suporte técnico mesmo; porque saúde mental não é todo mundo que faz, que goste; não é coisa do dia-a-dia, como a clínica geral; então eu acho que ainda está um pouco aquém das expectativas. (Entrevista 09)

Diante dessa realidade, entendemos que, atualmente, a política de saúde mental do país ainda enfrenta muitas dificuldades para sua verdadeira consolidação como prática cotidiana de cuidado aos portadores de transtornos mentais e como política de cunho preventivo e de promoção da saúde mental. Entre tais dificuldades encontra-se a insuficiência de uma rede de serviços substitutivos de atenção à saúde mental que proporcione o abandono da prática de internação hospitalar, como primeiro recurso, no tratamento dos transtornos mentais e, dessa forma, efetivar a determinação ministerial, definida pela portaria nº 52 do Ministério da Saúde que trata da redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos.

Outro ponto que se coloca como dificuldade e que se pretende discutir neste trabalho, diz respeito ao modo de trabalho dos profissionais inseridos na missão de cuidar ainda fortemente influenciados pelo modelo biomédico da assistência que dificulta a adoção de práticas integralizadas, intersetorializadas e interdisciplinar. Além disso, enfatizamos a falta de articulação entre as políticas públicas relacionadas aos direitos sociais que impõem a execução dessas políticas de forma fechada e priorizando o alcance de coberturas estabelecidas pelos órgãos gestores.

Para melhor esclarecer a dificuldade apontada quanto à falta de articulação entre as políticas públicas assistenciais citamos como exemplo a política de execução das ações da atenção básica. Nessa o acompanhamento dos casos de internação psiquiátrica dos usuários sob a responsabilidade da equipe de saúde local é uma das atividades definida como indicador da atenção básica, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que serve como dado para a elaboração de estratégias para o controle do agravo; contudo este dado não é apresentado como indicador nos parâmetros de avaliação nacional no SIAB (ver Sistema de Informação da Atenção Básica – Indicadores 2004) (BRASIL, 2005b).

Merece ressaltar que, como resultado desse novo paradigma de assistência aos portadores de transtorno mental, emergiu um novo modo de cuidar e uma nova dinâmica de interlocução entre os diversos setores públicos de assistência, atribuindo responsabilidades a todos os níveis da sociedade na tarefa da inclusão social dos que sofrem com o transtorno mental. Assim, é necessário o envolvimento não somente do Estado com o compromisso de garantir acesso aos serviços de reabilitação, mas também, da sociedade civil, adotando condutas que promovam a inclusão daqueles tidos como diferentes.

**Tabela 01: Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 31 de janeiro de 2009**

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS /100.000 hab
Paraíba	3.742.606	26	9	2	7	5	49	0,99
Sergipe	1.999.374	18	3	2	1	2	26	0,90
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Rio Grande do Sul	10.855.214	56	33	0	11	15	111	50,80
Ceará	8.450.527	34	27	3	5	13	82	0,79
Santa Catarina	6.052.587	36	13	0	6	7	62	0,73
Rio Grande do Norte	3.106.430	9	10	0	2	5	26	0,69
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Mato Grosso	2.957.732	25	1	0	1	5	32	0,66
Paraná	10.590.169	32	25	2	7	18	84	0,65
Bahia	14.502.575	88	25	2	4	11	130	0,60
Maranhão	6.305.539	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	3.119.697	18	5	0	1	3	27	0,58
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6	6	0	1	2	15	0,51
Minas Gerais	19.850.072	65	41	8	8	8	130	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	30	37	0	12	15	94	0,50
São Paulo	41.011.635	50	68	16	23	46	203	0,45
Espírito Santo	3.453.648	5	7	0	1	3	16	0,39
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Tocantins	1.280.509	5	2	0	0	0	7	0,35
Pará	7.321.493	14	11	1	1	4	31	0,33
Amapá	613.164	0	0	0	0	2	2	0,33
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federa	1.255.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	0	2	1	0	0	3	0,10
<b>Brasil</b>	<b>189.612.814</b>	<b>618</b>	<b>382</b>	<b>39</b>	<b>101</b>	<b>186</b>	<b>1326</b>	<b>0,55</b>

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros : Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)



## 2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

*[...] eu acho que o CAPS tinha que sair de lá e vir para a comunidade, para trabalhar conosco.*

*Entrevistada*

Durante toda história da psiquiatria no Brasil, até a década de 80, no século passado, o caminho em busca de tratamento para os problemas de ordem psíquica era a trilha do hospital psiquiátrico. Nas últimas décadas, com a emergência dos programas de base comunitária, apoiados pelo processo de reforma enfrentado no país para definir novos rumos que conduzam a uma assistência em saúde de qualidade, na qual o sujeito é visto como um ser dotado de crenças, valores, direitos e necessidades individuais, esse caminho ganhou um sentido inverso: agora, a assistência em saúde aos cidadãos brasileiros deve ser garantida no nível comunitário, onde vive o sujeito e onde estabelece seus laços sociais.

Nesse sentido, as políticas de saúde mental e da atenção básica caminham juntas. Ancoradas nos princípios e diretrizes do SUS, essas políticas têm entre seus fundamentos a organização em rede de serviços articulados e implantados em base territorial, a lógica do trabalho em equipe, a noção de cuidado integral e contínuo, valorizando o sujeito em todas as suas dimensões.

Embora exista um conjunto de aparato jurídico, ético e, comprovadamente, de menor investimento financeiro, muitos obstáculos são identificados nas tentativas de integração entre as duas estratégias políticas. Contudo, o desafio está lançado! E, apesar de não termos superado todas as barreiras, a certeza de que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica é uma necessidade, isso já é defendido pelos profissionais que atuam no nível da atenção básica. Tal afirmação pode ser corroborada com o depoimento a seguir:

*[...] é importante porque [...] tem muitas famílias que precisam desse trabalho de saúde mental; e agente percebe que na atenção básica não existe muito isso. (Entrevista 01)*

*É uma necessidade cada vez mais constante. (Entrevista 02)*

Assim, diante dessas considerações, este capítulo destacará as principais diretrizes para a implementação das políticas de saúde mental e da atenção básica, enfocando os pontos de convergência entre ambas. A constatação desses pontos de convergência justifica a

elaboração de estratégias para o desenvolvimento de ações articuladas e discutidas no sentido de assegurar o cuidado integral aos usuários da rede de serviços no cotidiano de trabalho das equipes, conforme o modelo de assistência definido nas políticas de saúde de base comunitária.

## **2.1 Confluências entre as políticas de saúde mental e da atenção básica**

Diante de uma realidade marcada por profundos conflitos sociais que mobilizaram amplas discussões sobre o papel do Estado na questão da saúde, cresce o ideal da redemocratização do país e com ele, o movimento pela reforma sanitária, no final da década de 80, que impulsionou um conjunto de mudanças na legislação brasileira, com destaque para a Constituição Federal de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o novo texto constitucional a saúde é direito de todos e dever do estado, garantida através da implantação de políticas de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos (BRASIL, 1996). Para garantir isso, a década após a criação do SUS, década de 90, foi marcada por intensas negociações para a normatização e regulamentação do sistema recém-criado. Assim, foram aprovadas as Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento dos serviços; enquanto que a segunda trata da participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde e da transferência de recursos financeiros (BRASIL, 2001c).

Segundo os princípios e diretrizes do SUS, discutidos na primeira parte deste capítulo, e o previsto na Lei nº 8080/1990, as ações de cuidado em saúde mental devem fazer parte das políticas públicas de saúde, em todos os níveis da assistência, sendo a atenção básica o primeiro nível desse sistema.

A reforma psiquiátrica, apoiada nos princípios do SUS, propõe assegurar os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais, e ainda, estimular uma nova dinâmica na organização dos serviços de saúde, rompendo com a lógica da exclusão do convívio social e familiar como forma de tratamento, além de introduzir um novo modo de cuidar e de promover a saúde mental, contando com equipe interdisciplinar para assegurar a integralidade da assistência.

É nessa perspectiva de garantir direitos de cidadania que se fundamentam as políticas públicas de saúde ao introduzir e incentivar práticas de cuidado ampliado ao sujeito. A proposta de trabalho em equipe desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

como serviços estruturantes da rede de cuidados em saúde mental e no Programa de Saúde da Família (PSF), como eixo da atenção básica, exige mudanças no planejamento e na organização do processo de trabalho dos profissionais, buscando desenvolver uma assistência integral, através do reconhecimento do perfil socioeconômico e cultural do indivíduo, bem como, das condições de risco e de vulnerabilidade aos agravos.

Com base nessa noção ampliada de cuidado, o PSF, criado em 1994 e formado por uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, representa uma estratégia para reorganização da atenção básica, desenvolvendo ações interdisciplinares de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2001a).

Vale enfatizar que pesquisas realizadas por Japiassu (1976, p. 29-30) já enfocava a interdisciplinaridade como uma exigência “tanto para a formação do homem quanto para responder às necessidades da ação. [...] O conhecimento interdisciplinar começa a ganhar direitos de cidadania”.

O conceito de interdisciplinaridade remete para a questão da garantia da integralidade da assistência. Esta entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2001c, p. 88). Segundo Campos C. (2003), a equipe de saúde local é responsável por todos os fatores implicados com a saúde da comunidade e busca resolver os agravos à saúde através de ações integralizadas utilizando-se, em alguns casos, de ferramentas interdisciplinares e intersetorializadas.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade representa um desafio diante da complexidade do processo saúde – doença, exigindo o desenvolvimento de práticas inovadoras no processo de cuidar. Assim, o campo da saúde mental incorpora a interdisciplinaridade como eixo na construção das práticas de cuidar, enfocando o sujeito em sofrimento, inserido no seu território social e considerando suas necessidades (TAVARES, 2005).

Vale ressaltar a definição de atenção básica apresentada pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um conceito ampliado de saúde que busca a organização de um sistema centrado na qualidade de vida das pessoas vivendo em seu contexto de vida social e diz que: “atenção básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2001c, p. 87).



De acordo com o pacto pela saúde - 2006, a atenção básica respeita a singularidade do sujeito, considera a integralidade do cuidado fundamental para a inserção sócio-cultural, para a garantia das ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças e para a redução de danos e de sofrimentos que possam comprometer um estilo de vida saudável (BRASIL, 2007a).

Assim, a atual política de saúde representa uma reversão no modelo assistencial no Brasil, ao promover uma nova dinâmica de organização dos serviços e atenção à comunidade, voltada para o enfrentamento das situações de risco da comunidade, estímulo para a adoção de práticas saudáveis de vida e desenvolvimento do vínculo de confiança entre a equipe e o usuário. Os profissionais da saúde desenvolvem uma nova forma de olhar o indivíduo nas suas diversas fases da vida, inserido no contexto das relações familiares e na comunidade (BRASIL, 2001a).

A partir dessa concepção, Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p.243) discutem o termo integralidade como atributo das práticas profissionais e da organização dos serviços e que incorpora conceitos que traduzem a dimensão de sua aplicação. Assim, integralidade associa os conceitos de “acolhimento, vínculo / responsabilização e qualidade da atenção”.

Segundo Merhy et al (2007), o acolhimento representa uma nova ferramenta de trabalho que deve estar presente no cotidiano das atuais políticas de saúde; é um dispositivo de trabalho que possibilita uma reflexão sobre a organização dos serviços e o modo de agir dos profissionais; finalmente, o acolhimento altera a relação de impessoalidade que impera no cotidiano das práticas do modelo biomédico.

Nessa perspectiva, Silva Júnior e Mascarenhas (2004), analisa o acolhimento em três dimensões: a primeira, a postura, pressupõe uma atitude humanizada do profissional ou da equipe de receber, escutar e de interessar-se pelo o sofrimento do sujeito; a segunda, a dimensão técnica, busca a solução para os problemas demandados, através da operacionalização do atendimento e da facilitação do acesso; e, por fim, a dimensão da reorientação dos serviços, esta impõe uma organização institucional que deve nortear o trabalho da equipe para dar conta da demanda dos usuários.

Na dimensão do vínculo, Merhy et al (2007), relata que a integralidade propõe uma relação de proximidade com o usuário, de confiança e de construção da autonomia. Assim, na visão de Silva Júnior e Mascarenhas (2004), o vínculo constitui uma relação de afetividade, de envolvimento terapêutico e de responsabilização pela continuidade do cuidado. No que concerne a dimensão da qualidade da atenção, esta deve ser percebida como

a satisfação quanto ao atendimento de forma otimizada que é oferecido pelo serviço de saúde na solução do problema apresentado pelo usuário (STARFIELD, 2002).

Desse modo, a integralidade deve ser entendida como um princípio que propõe uma noção ampliada de cuidar do outro, reunindo recursos técnicos e humanizados em saúde como ferramentas indispensáveis no desenvolvimento do processo de trabalho. Assim, Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 254), conforme ilustrado na figura 01, esquematizaram a articulação necessária entre acolhimento, vínculo / responsabilização e qualidade da atenção que permeiam a noção de integralidade no processo de trabalho segundo um modelo de atenção.

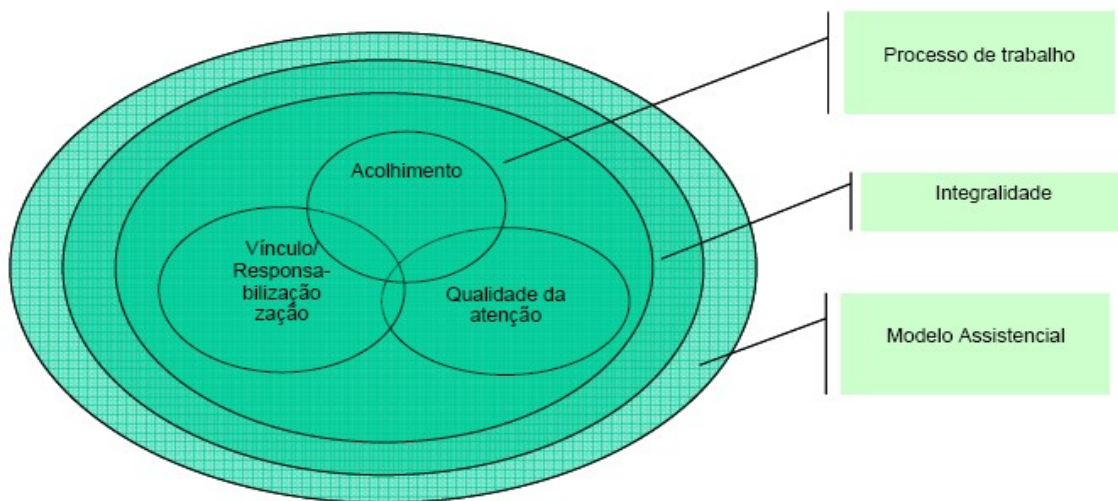


Figura 01: Articulação de conceitos

A ilustração acima revela que para a efetivação de uma assistência dentro dos preceitos da integralidade há de se estabelecer um entrelaçamento entre as ferramentas inovadoras de trabalho (vínculo, acolhimento e qualidade da atenção) utilizadas no processo de trabalho de uma equipe interdisciplinar.

Diante do exposto, destacamos que embora a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica tenham tido trajetórias diferentes, a busca pela ampliação da concepção de saúde ancorada no princípio da integralidade do cuidado representa um ponto de interseção entre a política de saúde mental e da atenção básica. Ambas apresentam como proposta a reversão do modelo assistencial pautado na doença para o foco da promoção da saúde através do redirecionamento do processo de trabalho desenvolvido nas instituições e da extensão das ações de cuidado para o pólo comunitário a fim de cumprir o princípio da integralidade como meio de consolidar as novas diretrizes das políticas de saúde.

Cabe ressaltar que após sucessivas revisões nas Normas Operacionais Básicas (NOB/91, NOB/93 e NOB/96), na década de 90, o processo de descentralização e expansão das ações de saúde foi bastante intensificado, entre essas ações está presente a atenção em saúde mental. Segundo Levcovitz, e Machado (2001), a referida década retrata muitos avanços, entre eles: o surgimento de experiências inovadoras no sentido da reversão do modelo biomédico com a organização de práticas baseadas na adscrição da clientela, na construção de vínculos e no estímulo às ações de cunho integralizadoras, inclusive no campo da saúde mental. Entretanto, muitas dificuldades ainda não encontraram superação, entre outras, a persistência do modelo de atenção centrado na medicalização e no uso inadequado de tecnologias para fins de diagnóstico.

Ainda merece ser lembrado, que em conformidade com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS/01), reelaborada em 2002, a ampliação na oferta de ações que compõem o nível da atenção básica e a reafirmação da porta de entrada ao sistema público de saúde como sendo atribuição da Estratégia Saúde da Família, exige uma reestruturação no processo de trabalho em saúde visando o redirecionamento do modelo assistencial e a garantia do acolhimento da clientela adscrita que necessita de cuidados, também, no campo da saúde mental, bem como do planejamento de ações priorizando a promoção da saúde mental (SILVEIRA, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais inseridos na atenção básica resolvem 85% dos problemas de saúde da comunidade. Em função da proximidade com a comunidade, os profissionais do PSF identificam os principais problemas de saúde e as situações de risco existente no meio social dessa comunidade, e se deparam com pessoas em algum estágio do adoecimento mental, necessitando, portando, de cuidados nesta área (BRASIL, 2004b).

Contudo, embora sejam verificados alguns indícios da adoção de práticas voltadas para o cuidado em saúde mental na atenção básica, a consolidação da política de inserção das ações de saúde mental no contexto da atenção básica ainda está distante da realidade cotidiana de muitos serviços. Segundo Modesto e Santos (2007), os resultados de uma pesquisa intitulada “Saúde Mental na Atenção Básica” revelam um elevado número de pessoas que procuram o serviço da atenção básica necessitando de cuidados no campo da saúde mental; porém, o modelo de assistência ainda está centrado no padrões organicista do cuidado, onde predomina a lógica da exclusão e do encaminhamento do caso, portanto, distante da superação do modelo biomédico tradicional.

A inserção das ações de saúde mental na atenção básica demanda a incorporação de novos conceitos nas práticas de cuidar do outro. Assim, o conceito de cuidar / cuidado adquire um caráter ampliado para atender aos pressupostos das políticas de saúde mental e da atenção básica.

Vale destacar a definição de cuidar apresentada por Loyola e Rocha (2000, p. 7): “cuidar revelou-se como a atitude fundamental, de ocupação, de pré-ocupação, de implicação e de envolvimento afetivo com o outro”. As autoras colocam que o cuidado no sentido de acolher com garantia de tratar vai mais além, significa produzir novos efeitos terapêuticos (LOYOLA; ROCHA, 2000).

Analisando estudo realizado por Elsen e Waidman (2005) sobre o cuidado interdisciplinar no campo da saúde mental, os resultados apontam para a questão da ética no cuidado. Essa prática envolve o respeito à cidadania e promoção da reabilitação do portador de transtorno mental. Um cuidado ético diz respeito ao ser humano com suas particularidades e o contexto de vida no qual está inserido.

No campo da saúde mental, o cuidado não representa apenas a prescrição de medicamentos e aplicação de terapias, mas, também, uma atitude de interação sujeito-sujeito (AMARANTE, 1999). É necessário analisar a dinâmica de suas relações interpessoais, bem como identificar os fatores de riscos existentes no tecido social e o modo de enfrentar esses agravos por parte do sujeito para se planejar o cuidado.

O cuidado faz parte de uma proposta interdisciplinar e representa importante instrumento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental; no sentido da desinstitucionalização, significa abrir novos espaços de convivência e caminhos para uma vida mais justa (ROTELLI, 1990).

E por tratar do cuidar, esse é um termo muito utilizado no novo paradigma da assistência à saúde, especialmente na saúde pública e saúde mental. Neves (2002), diz que o cuidar envolve a realização de procedimentos técnicos a atitudes humanitárias como o respeito, dignidade e responsabilidade entre os seres inseridos na relação de cuidado. Desse modo, a autora destaca que o cuidado representa um processo participativo e reflexivo, no qual os profissionais, através de uma interação dinâmica e criativa, desenvolvem um novo modo de agir diante das necessidades dos sujeitos.

O novo direcionamento da assistência em saúde mental caminha para esse sentido de promoção do cuidado, propondo uma ruptura com o paradigma tradicional e transferindo o objeto do cuidado para o sujeito em sofrimento e não para a doença (ALVES; GULJOR, 2004).

Nessa concepção, fundamenta-se a articulação entre as ações de saúde mental e a atenção básica juntamente com as ações de outros serviços existentes na comunidade. No entanto, a transformação do modelo de assistência tradicionalmente praticado, no qual há a valorização da doença em detrimento do sujeito, em outras palavras, a inversão de um modo de assistência hegemonicamente especializado, voltado para a identificação de doenças, para a medicalização do sujeito e a utilização de recursos diagnósticos de alta sofisticação tecnológica, representa um grande desafio para a atual política de saúde.

Bárbara Starfield (2002, p. 20-1) em seu estudo sobre Atenção Primária diz que:

A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Além disso, raramente as enfermidades existem de forma isolada, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo.

A autora também diz que a atenção primária se preocupa com os problemas mais comuns da comunidade e desenvolve ações de prevenção, tratamento e reabilitação objetivando a saúde e o bem-estar do indivíduo. Além disso, a atenção básica lida com os problemas de saúde relacionando-os com os fatores ambientais, sociais e genéticos que influenciam no binômio saúde-doença (STARFIELD, 2002).

Para enfocar o modelo de assistência integral oferecido pela atenção básica, Cunha (2005, p.28-9) faz uma analogia com o modelo de assistência hospitalar e, para isso, comenta:

O hospital é um espaço extremamente adequado aos instrumentos teóricos da Biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma (campo *psi*) e ainda o corpo em pedaços estanques (especialidades). A gravidade da situação orgânica permite que esse aspecto (biológico) se destaque, fornecendo uma sensação de suficiência para o saber biomédico. O quanto possível, o Sujeito está isolado – bem ao contrário do que ocorre na Atenção Básica, em que um Sujeito complexo, permeável a toda sorte de influências externas e internas, apresenta suas demandas e se submete a um tratamento.

De fato, a cultura herdada do modelo biomédico impera sobre a ideologia de valorizar as particularidades dos sujeitos e a complexidade do seu contexto de vida. Assim, o mesmo autor, comenta que há a necessidade de reconstruir o papel dos profissionais de saúde inseridos na Atenção Básica que ainda seguem as práticas do hospital tradicional. Discute, ainda, um redirecionamento dessa assistência ao propor o modelo da Clínica Ampliada que permite reconhecer os determinantes individuais e coletivos que influenciam no adoecimento,

e como o sujeito lida com esses determinantes para entender e intervir no grau de limitações e sofrimentos vividos pelo próprio sujeito (CUNHA, 2005).

Nessa perspectiva discute-se a inserção das ações de saúde mental na atenção básica. Como foi dito, nesse nível da assistência, os profissionais de saúde se deparam com pacientes vivendo em sofrimento psíquico, mas esse estado não se revela com sintomas objetivos. São os pacientes com problemas de ordem psicossociais, cujos sintomas não determinam um diagnóstico, que demandam a utilização de recursos que não se limitam ao saber biomédico, mas também, a outros saberes que permitem ver o sujeito na sua complexidade e descobrir, de modo compartilhado, os fatores que estão provocando o adoecimento (CUNHA, 2005).

Na saúde mental, assim como na atenção básica, esse novo paradigma do cuidado faz parte de um ideal que busca alcançar realidade como prática cotidiana de trabalho. No entanto, esse novo modo de lidar com o sujeito, abolindo a visão reducionista do cuidado para um olhar holístico do sujeito, considerando as questões de ordem biológicas, psicológicas e sociais como fatores interrelacionados que condicionam o bem-estar deste, remetem para o princípio da integralidade que o SUS se propõe a cumprir.

A integralidade da assistência é algo muito complexo e que impõe mudanças de condutas, valores e de reorganização da rede de cuidados. Neste sentido, Mattos (2001, p. 41) discute os sentidos da integralidade. O autor apresenta um significado simbólico para a integralidade: “ela é uma ‘bandeira de luta’. [...] Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

Nessa lógica, o mesmo autor aponta para um primeiro sentido da integralidade; este se refere à crítica da medicina integral às práticas da medicina biomédica. Em síntese, os adeptos da medicina integral criticam a prática da medicina biomédica por esta adotar uma atitude cada vez mais fragmentária de seus pacientes, privilegiando as especialidades médicas e atentando, quase que exclusivamente, para os aspectos ligados ao funcionamento da parte do corpo na qual se especializaram, impedindo de perceber as situações de conflitos e as necessidades mais abrangentes de seus pacientes.

Diante disso, Vieira et al (2008) enfatiza a necessidade de mudança na implementação do cuidado integral e comenta que a intervenção realizada pelos profissionais frente a um estado de desequilíbrio na relação saúde-doença passa a requerer práticas que transcendam a simples lógica técnica-processual e passa a exigir a valorização dos aspectos sociais e comportamentais dos sujeitos.

Na concepção de Mattos (2001), o fato do profissional de saúde se negar a reconhecer que o sujeito que procura o serviço de saúde é bem mais complexo que um ser biológico com alguma disfunção e tenta aliviar seu sofrimento apenas com o uso de recursos tecnológicos e farmacológicos disponíveis é algo inaceitável para o exercício da integralidade. Assim, a integralidade é o uso prudente do saber biomédico, guiado por uma visão ampliada das necessidades dos pacientes que cuidamos. O autor acrescenta que: “buscar compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços da saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade” (MATTOS, 2001, p. 50).

Os resultados de uma pesquisa que objetiva analisar os modos de cuidado e a escuta oferecida pelos profissionais da atenção básica às pessoas em sofrimento psíquico desenvolvida em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, apontam para diversos pontos, entre eles a desarticulação das ações de saúde mental com as outras políticas: as ações no campo da saúde mental, quando desenvolvidas, acontecem de forma isolada; a ausência de estratégias definidas para o acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico inseridas na programação de trabalho dos profissionais e, ainda, a persistência do modelo médico tradicional que impede desenvolver o cuidado no sentido da integralidade. No entanto, diante das iniciativas identificadas nas falas de alguns profissionais, a proposta de inserção das ações de cuidado em saúde mental na atenção básica revela-se como potencialmente legítima (SILVEIRA, 2003).

Outro ponto da discussão trazida por Mattos (2001) diz respeito à dicotomia na organização dos serviços de saúde. Trata-se da dissociação entre serviços estruturados para as práticas assistenciais exclusivamente curativas e serviços que desenvolvem uma assistência preventiva. O referido autor defende que a noção de integralidade exige certa horizontalização dos programas e integração das ações. Os serviços deveriam estar organizados para atender às necessidades do sujeito sem fracionar a assistência; dito com outras palavras, o paciente deveria ter sua necessidade atendida sem ter que ora buscar um cuidado do campo curativo, ora do campo preventivo para ter assegurado um cuidado integral.

De fato, existe uma postura das equipes em organizar os serviços de saúde elegendando ações que são prioritárias para alcançar as metas estabelecidas pelo Ministério de Saúde; isso transforma o cuidado em um conjunto de ações protocoladas que impede o profissional de realizar uma assistência ampliada identificando questões que estão provocando outro adoecimento no sujeito e, nesse momento queremos nos referir ao sofrimento psíquico.

Para corroborar com essa reflexão, Mattos (2001, p. 57) diz que:

[...] cada vez que uma equipe, a partir das necessidades de saúde da população, estrutura seu trabalho definindo as ações prioritárias, ela corre o risco de romper a integralidade, por restringir suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que lhes escapam no momento da estruturação do serviço.

Para finalizar, Mattos (2001), sobre os sentidos da integralidade, trata das políticas de saúde governamentais para grupos especiais ou com problemas de saúde específicos. A este respeito, o autor defende que o desenho dessas políticas mais uma vez coloca o sujeito sob o foco reducionista que não permite avaliar o contexto cultural, social e familiar do sujeito, bem como, a dinâmica de suas relações pessoais. O sujeito é visto sob o olhar focado em uma necessidade específica: aquela que o inseriu como objeto de cuidado.

Tomando por base a contribuição deixada por Mattos (2001) aproveitamos para ressaltar que a proposta de inserção das ações de saúde mental na atenção básica segue esta ideologia: de fazer cumprir o princípio da integralidade do cuidado. Porém, o cuidado integral demanda ações interdisciplinares e intersetorializadas. A saúde mental e, igualmente a atenção básica, tem esse objetivo, de garantir a integralidade do cuidado. Daí a necessidade de fortalecer a articulação entre esses setores da rede de cuidados.

Para justificar essa necessidade podemos levantar a seguinte reflexão: se os profissionais da atenção básica devem olhar o sujeito considerando-o em todas as dimensões, como negligenciar a dor do indivíduo provocada pelo seu sofrimento psíquico? Não há como desenvolver um cuidado integral reduzindo o sujeito a um ser puramente biológico. É necessário que os profissionais da atenção básica possam garantir a continuidade do cuidado dentro do seu território, adotando uma postura de parceria com os outros atores sociais envolvidos na ação de cuidar.





### 3 SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A SAÚDE MENTAL

*Você sabe que o bicho da saúde mental mordeu;  
pronto, ficou! (risos).*

*Entrevistada*

A representação do fenômeno social concebido como loucura foi se modificando e, com isso, foram surgindo novas maneiras de enfrentamento desse estado de alienação que rotula o indivíduo como um ser diferente dos demais membros da sociedade.

Foucault (2006) comenta que somente existe loucura quando as pessoas estão inseridas no meio de uma organização social dotada de padrões de aceitabilidade para as condutas humanas, por isso explica que a loucura não existe fora dos parâmetros de uma sociedade, ou seja, existe um padrão de normalidade socialmente definido e compartilhado, no qual todo aquele que contrariar esse padrão é tido como louco. Assim, utilizando a visão de homem no estado de natureza discutido por Hobbes<sup>12</sup> (1979), não existe loucura, pois o homem no estado de natureza é um ser solitário, embrutecido que não vive em sociedade, portanto não existem padrões de convivência social para definir o *status* de louco.

Contudo, para Foucault (2006), o louco é aquela pessoa que transgride as normas dos domínios das atividades humanas. Segundo o referido autor, tais atividades são agrupadas em categorias, a saber: trabalho, sexualidade, família, linguagem e atividades lúdicas. Dessa forma, a loucura é um estado que torna o sujeito inapto ao desenvolvimento das atividades cotidianas, sendo assim excluído da dinâmica da sociedade.

Mas, a loucura, ao longo da sua história, recebeu significados e respostas diferentes nas sociedades. Pessotti (1994) cita que, na Idade Média, a loucura não era aceita pela sociedade pelo fato de ser vista como algo demoníaco ou advindo de bruxaria, devendo receber tratamentos “cristãos” com práticas exorcistas. A respeito disso, Foucault (2006) relata que, na Europa, na Idade Média, os loucos eram aceitos na sociedade e circulavam livremente dentro dos espaços públicos sem exercerem nenhuma atividade.

Ainda segundo Foucault (2006), com a constituição da sociedade industrial, no século XVII, tais pessoas não foram mais aceitas por não atenderem aos interesses econômicos da época. Nesse momento, em resposta às exigências da sociedade industrial,

<sup>12</sup> Thomas Hobbes (1588 – 1679): Filósofo inglês do século XVII; em 1651 publicou a sua obra-prima, *Leviatã* (BOBBIO, 1991).

foram criados, na França e na Inglaterra, locais para internar, sem fins terapêuticos, aquelas pessoas. Nesses espaços foram isolados todos os indivíduos que não atendiam a ordem do mercado; entre os loucos foram isolados, também, os desempregados, doentes, prostitutas, velhos e outros que não podiam trabalhar.

Na mesma obra, Foucault (2006) discorda do fato de que, no final do século XVIII, o médico Philippe Pinel<sup>13</sup>, em 1793, na França, tenha libertado os loucos. Para Foucault, com o desenvolvimento industrial, todas as pessoas que estavam excluídas da sociedade foram resgatadas para aumentar a força de trabalho, permanecendo enclausurados, nos locais estabelecidos, os loucos, por não ter faculdade de desenvolver trabalho, sendo, por isso, considerados pacientes cujos distúrbios estavam associados a causas de natureza psicológica.

De fato, de acordo com Pessotti (1994), Pinel, na busca de explicações para a compreensão do fenômeno da loucura, determinou o isolamento por longos períodos com a finalidade de observação do comportamento das pessoas tidas como loucas, foi a partir de então que Pinel reconheceu a loucura como doença e, portanto, necessitando de intervenções terapêuticas.

O reconhecimento da loucura como doença mental e, por isso, como estado de desequilíbrio nas relações sociais do indivíduo, introduziu também, como destaca Pessotti (1994), a lógica da internação como medida curativa.

Por outro lado, Foucault (2007, p. 78), discute que:

A internação é uma criação institucional do século XVII. [...] Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de intervenção. Mas, na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade.

De fato, nas palavras de Foucault (2006, p.259), “a loucura foi, em todos os tempos, excluída”. No Brasil, não aconteceu diferente: o tratamento asilar marcou toda a história da doença mental no país; embora já se comece a vislumbrar um novo modo de cuidar dos transtornos mentais nos últimos anos.

Partindo dessas concepções do fenômeno social conhecido com loucura, entendemos que para a execução e efetivação da política de inserção das ações de saúde mental na atenção básica é necessário contar com o envolvimento dos profissionais de saúde como protagonistas dessa ação. Para tanto, identificamos como sendo de fundamental

---

<sup>13</sup> Phillippe Pinel, médico, considerado o fundador da Psiquiatria como especialidade médica. Publicou, em 1801, O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental (PESSOTTI, 1994).

importância conhecer as representações sociais do cuidar em saúde mental elaborada por Enfermeiros (as) que atuam na atenção básica.

Diante dessa proposta, faz-se a opção de trabalhar à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), por tratar-se de uma teoria que segundo Jodelet (2001) as representações sociais regem nossas relações com o mundo e com os outros, além de organizar nossas comunicações e condutas. As representações sociais possibilitam uma reorganização no modo de pensar e agir do ser humano.

O estudo da Teoria das Representações Sociais está sendo amplamente utilizado para discutir e responder as formas de expressão da sociedade aos problemas que constituem a questão social, especialmente no Brasil e América Latina, entre eles, no âmbito da saúde, a crítica que se faz em relação à prática hegemônica do modelo biomédico (ARRUDA, 2003).

Vale ressaltar que, segundo Nóbrega (2003); Sá (1996; 2004), a Teoria das Representações Sociais foi introduzida por Serge Moscovici, no final da década de 50 do século passado, porém foi inicialmente estudada pelo sociólogo francês Emile Durkheim com o conceito de representações coletivas.

Sobre as representações sociais, Moscovici (1978) define dizendo que se trata de uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar comportamentos e estabelecer a comunicação entre indivíduos. O autor reforça que a representação social produz e determina comportamentos, visto que define ao mesmo tempo a natureza dos estímulos, que envolvem e nos provocam, e a significação das respostas a lhes dar.

No que concerne ao uso das representações sociais na área da saúde Bursztyn e Tura (2003) destacam que um programa de saúde não pode ser um “pacote” que se aplica a todos os indivíduos sem considerar as diferenças existentes entre os grupos sociais e interagir com o saber prático já existente. Compreendemos diante do que foi dito pelos autores que é preciso buscar o entendimento das crenças, valores, modo de viver e enfrentar o adoecimento para se estabelecer uma relação terapêutica; não existe um modelo único de cuidado, pelo motivo que cada indivíduo pode manifestar necessidades que divergem do outro.

Para compartilhar dessa idéia, Abric (1996, p. 9) comenta que:

[...] a nossa abordagem me parece ser particularmente útil para a análise, a compreensão e a intervenção sobre os grandes problemas sociais atuais: a saúde e a doença e, em particular, a disseminação da Aids; a exclusão e os problemas de integração das minorias ou dos grupos sociais desviantes...

De acordo com Abric (1994) apud Sá (1996) são atribuídas às representações sociais quatro funções, a saber: a função de possibilitar a compreensão e explicação dos

fenômenos sociais; de situar os indivíduos no campo social e elaborar uma identidade compatível com as normas e os valores sociais; de guiar os comportamentos e as práticas e, finalmente, de justificar as condutas humanas.

Discorrendo sobre a primeira função, as representações sociais constituem um meio de estabelecer a comunicação social ao adquirir e compreender conhecimentos difundindo-os no meio social. A segunda função trabalha com as especificidades do sujeito possibilitando elaborar uma identidade própria, respeitando normas e valores inerentes ao sistema social. Finalmente, as representações sociais são prescritivas de comportamentos ou práticas por intervir nos tipos de relações pertinentes para o sujeito e, assim, respondem pela última função que é esclarecer as tomadas de decisões e os comportamentos (ABRIC, 1994 apud SÁ, 1996).

Os resultados de uma pesquisa envolvendo profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Andradas, Minas Gerais, sobre as representações sociais elaboradas pelos sujeitos citados acerca das condições de trabalho interdisciplinar no referido setor, mostraram que os profissionais trocam informações entre as várias especialidades a fim de encontrar soluções para os problemas que emergem; apontam para a importância da prática interdisciplinar como a única forma de alcançar um resultado efetivo e que a consolidação dessa prática pode trazer como resposta um sistema mais igualitário entre os profissionais que o constituem (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Deste modo, entendemos que a escolha em trabalhar com a Teoria das Representações Sociais oferece importante contribuição para o estudo em questão, por permitir desenvolver a análise, compreensão e balizar a construção de uma intervenção acerca do cuidar em saúde mental desenvolvido por Enfermeiros (as) da atenção básica; além de subsidiar a elaboração de políticas públicas de saúde compatível com a realidade social dos sujeitos.

É relevante destacar que considerando a reforma psiquiátrica como processo de transformação, novas formas de representações sobre o transtorno mental e, como consequência, do portador de transtorno mental estão sendo construídas, somando novas maneiras de enfrentamento desse fenômeno estão se materializando.

Deste modo, o conhecimento dessas formas de representações possibilita a compreensão das condutas e atitudes frente a um determinado fenômeno social, que, neste estudo, se refere ao cuidado em saúde mental, por parte dos indivíduos responsabilizados por essa ação imposta pelas autoridades governamentais. Assim, segundo Perrusi (1995), as

representações sociais representam um sistema de interpretação da realidade social do sujeito, organizando as relações deste com o mundo e orientando suas condutas e atitudes.

Partindo do que foi dito quanto à função das representações sociais em estabelecer a comunicação entre os sujeitos, podemos, igualmente, interpretar que a partir do conhecimento sobre as representações sociais construídas por Enfermeiros (as) da atenção básica acerca do cuidado em saúde mental, podemos contribuir com a elaboração de estratégias de intervenção que possam assegurar a efetividade de uma política de atenção aos portadores de transtornos mentais no âmbito da atenção básica.

Este entendimento pode ser justificado pelo duplo papel, segundo Nóbrega (2003), na formação das representações sociais. Um deles é o de tornar familiares fenômenos considerados estranhos ao meio social de convívio do sujeito e o outro de tornar perceptíveis fatos existentes na realidade que se encontram invisíveis.

Sendo assim, a Teoria das Representações Sociais aplicada ao campo da saúde mental e, especificamente sobre o cuidado em saúde mental, contribui para a familiarização de tal fenômeno com a finalidade de construção de um conhecimento compartilhado socialmente que produz e determina comportamentos e atitudes em relação ao fenômeno estudado (SÁ, 1996).

O processo de construção das representações sociais sobre um determinado fenômeno é compreendido através dos processos de objetivação e ancoragem. A primeira significa a materialização das abstrações, ou seja, transformar em realidade aquilo que está na imaginação ou no pensamento dos sujeitos, a ancoragem está dialeticamente associada à objetivação e representa a incorporação e interpretação da realidade para a orientação dos comportamentos (NÓBREGA, 2003).

Ainda segundo Nóbrega (2003, p. 75), “as representações sociais agem enquanto guia das condutas que modelam as formas e entrelaçam as redes das relações sociais”. É baseado nessa concepção que se pretende compreender as representações sociais do cuidado em saúde mental elaboradas por profissionais da atenção básica.



#### 4 O CAMPO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL

*Eu acredito muito no PSF! Eu sei que existem muitas falhas, mas agente teve melhoras muito significativas. Eu acho que a Estratégia Saúde da Família dá certo!*

*Entrevistada*

Estudos desenvolvidos já comprovaram a relevante contribuição da Teoria das Representações Sociais nas diversas áreas do conhecimento. Na área das ciências da saúde, tem sido significativa e motivo de grande discussão o dinamismo manifestado nos grupos sociais movidos pela compreensão das representações sociais ao tornar familiar um fenômeno que, anteriormente, causava estranheza. Segundo Minayo (2007), o estudo e a análise das representações sociais permitem esclarecer as relações sociais, nas quais determinado grupo social se move.

O fato de desenvolver o presente estudo à luz da Teoria das Representações Sociais contribuiu para apreender os significados acerca do cuidar em saúde mental elaborados por Enfermeiros (as) da atenção básica, e, diante do conhecimento da visão construída por esses sujeitos, compreender o modo de agir desses profissionais no contexto de sua realidade social.

Para alcançar esse resultado, atravessamos um percurso metodológico com um vasto campo de conteúdos produzidos pelos sujeitos desta pesquisa; mas, para abordá-los e trabalhar suas elaborações, recorreremos à utilização de métodos que, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004, p. 3), estes representam “uma série de regras para tentar resolver um problema”; e, desse modo, balizar as discussões e construir um entendimento de uma realidade.

Sendo assim, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória. A opção em trabalhar com pesquisa exploratória se deve ao fato de que esta, segundo Triviñus (1987, p. 109) “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” e, desse modo, conforme Gil (2002, p. 41), visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”. Quanto à justificativa de trabalhar com a pesquisa qualitativa neste estudo, está relacionada à escolha de uma abordagem que permita valorizar a realidade social dos sujeitos, e sendo assim, a



abordagem qualitativa é pertinente por se tratar de um método apropriado para entender a natureza de um fenômeno social (RICHARDSON, 2007). Goldenberg (2001, p. 63), acrescenta que: “é evidente o valor da pesquisa qualitativa para estudar questões difíceis de quantificar, como sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais”.

Após a escolha dos métodos de estudo, foi definido o cenário para desenvolvimento da pesquisa. Para isso, foi necessário o reconhecimento da distribuição da rede pública de atenção básica do município de Teresina – Piauí, cidade onde realizamos a pesquisa. Assim, conforme a organização do sistema de saúde local, Teresina encontra-se dividida em 03 (três) gerências regionais: regional centro-norte, regional sul e regional leste-sudeste. Estas por sua vez, subordinadas à Fundação Municipal de Saúde. Segundo este nível da gestão, no município de Teresina, o Programa de Saúde da Família foi implantado em 1997, inicialmente com 19 equipes. Atualmente, o programa apresenta uma cobertura de 80% da população geral do município<sup>14</sup>, que corresponde ao número de 607.868 habitantes. São cerca de 235 equipes de PSF em atividade no município. Em relação aos serviços especializados no acompanhamento de portadores de transtornos psíquicos, a regional centro-norte, encontra-se melhor organizada para estruturar a rede de cuidados em saúde mental em parceria com o PSF, devido a existência de 01 (um) CAPS, 01 (um) hospital psiquiátrico, ambulatórios especializados e outros serviços de assistência à saúde, inclusive equipes do PSF distribuídas em 24 (vinte e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS) (FMS, 2008).

Contudo, foram inclusas na pesquisa as seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS) com os respectivos números de Equipes de Saúde da Família (ESF): Adelino Matos – 07 equipes, Matadouro – 06 equipes, Primavera – 05 equipes, Anita Ferraz – 03 equipes e Santa Maria da Codipe – 03 equipes.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram Enfermeiros (as) que cumpriram os critérios definidos para participar da pesquisa, que são: ser enfermeiro (a) que atua no PSF e aceitar participar do estudo. A escolha de trabalhar com o enfermeiro (a) integrante da equipe do PSF teve como motivações o fato já discorrido acerca do cuidar como o sentido da formação dessa categoria profissional e, por isso, presente no cotidiano de trabalho desses sujeitos. Além disso, no processo de trabalho das equipes do PSF e, ao mesmo tempo, enquanto profissional da área, em alguns momentos assumindo papel de sujeito desta pesquisa, observamos que o enfermeiro (a) funciona como balizador do trabalho em equipe, este entendido como requisito básico para a interdisciplinaridade e contribui para efetivação

---

<sup>14</sup> A população geral do município de Teresina é 779.939 habitantes (IBGE, 2007).

da integralidade da assistência, princípios fundamentais para desenvolver o cuidado no campo da saúde mental.

É importante destacar que a seleção dos participantes entre o universo de sujeitos da pesquisa foi feita intencionalmente obedecendo aos objetivos da pesquisa, pois segundo Gaskell (2003, p. 70), “não existe um método para selecionar os entrevistados das pesquisas qualitativas. (...) o pesquisador deve usar a sua imaginação social científica para montar a seleção dos respondentes”.

A produção dos dados aconteceu por meio da entrevista semi-estruturada, por se tratar de uma técnica que permite obter informações detalhadas que possam ser aplicadas na análise qualitativa (RICHARDSON, 2007). A entrevista semi-estruturada é a técnica de coleta de dados apropriada para a pesquisa qualitativa, pois possibilita levantar informações para a compreensão das relações entre os atores sociais envolvidos na pesquisa, além de permitir a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações em relação às condutas dos sujeitos em determinados contextos sociais (GASKELL, 2003).

Entendemos que trabalhar com a entrevista semi-estruturada nesta pesquisa possibilitou construir dados com um valioso conteúdo, através do qual foi possível “compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte da vida cotidiana” (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 2004, p.168), no presente trabalho, esse evento refere-se ao significado atribuído pelos sujeitos da pesquisa quanto ao cuidado em saúde mental na rede básica.

A quantidade de entrevistas foi definida segundo os pressupostos da pesquisa qualitativa e obedeceu ao critério de saturação do conteúdo das entrevistas. A esse respeito Gaskell (2003), chama a atenção para o fato de que apesar das vivências parecerem únicas e individuais, a representação de tais vivências é o resultado dos processos sociais experimentados pelo indivíduo; portanto, há um número limitado de interpretações da realidade que são compartilhadas socialmente. Assim, um número exagerado de entrevistas para o estudo de um mesmo fenômeno poderá resultar num esforço desnecessário, uma vez que o pesquisador irá perceber que, em certo momento, um maior número de entrevista não irá contribuir para ampliar a compreensão do objeto de estudo.

Assim, a entrevista foi guiada pelo seguinte roteiro: a primeira parte, composta por questões fechadas, relativas aos dados de identificação dos sujeitos - idade, sexo, categoria profissional e tempo de trabalho no PSF; a segunda parte foi elaborada com as seguintes questões de partida:

- Fale sobre o cuidar em saúde mental na atenção básica.
- O que é para você cuidar em saúde mental no cotidiano de sua prática?

É importante focar que na tentativa de evitar o problema dos vieses, as entrevistas foram realizadas com todos os participantes na própria unidade de saúde onde está vinculado ao PSF e sempre utilizando os mesmos meios para registros dos dados (ficha de entrevista - APÊNDICE A e gravador digital). Além disso, as entrevistas foram em sua totalidade conduzidas da mesma maneira por parte do entrevistador / pesquisador, para possibilitar à mesma interpretação e evitar distorções do objeto da pesquisa da parte dos entrevistados. A respeito desse assunto, Poupart (2008, p. 239) diz que:

“o entrevistador deve sempre formular as perguntas da mesma maneira, para que os entrevistados reajam a um mesmo estímulo, e também deve ser capaz de reagir uniformemente às respostas destes últimos, para evitar que as mesmas sejam deturpadas por suas próprias interpretações”.

Seguindo esses procedimentos, as entrevistas foram realizadas no período compreendido entre dezembro/2008 a fevereiro/2009, alcançando um total de 15 (quinze) entrevistas. Contudo, vale destacar que tal etapa da pesquisa somente foi dada início após a entrada do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0169.0.045.000-08, e aprovação em 29 de outubro de 2008, segundo as diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998). Bem como, apreciação e aprovação da comissão responsável pelo assunto no organograma da Fundação Municipal de Saúde, órgão encarregado pela gestão das Unidades Básicas de Saúde envolvidas na pesquisa.

Outra etapa cumprida para atender os aspectos éticos e legais de uma pesquisa e realizada com êxito neste estudo foi a garantia de informações quanto aos objetivos do estudo em questão a todos os entrevistados, assegurando aos mesmos o anonimato e disponibilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura.

Para fins de análise, as entrevistas foram transcritas respeitando as normas de transcrição sugeridas por Whitaker (2002). A referida autora chama a atenção para a questão da necessidade de preservação do conteúdo do discurso do entrevistado a fim de evitar a descaracterização da fala dos sujeitos, e acrescenta que a sintaxe utilizada no discurso deve ser respeitada para garantir a transcrição fidedigna do conteúdo.

Após transcritas todas as entrevistas realizadas, procedemos a etapa da análise do material produzido. Desse modo, a análise obedeceu ao rigor do método da análise de conteúdo. Segundo Appolinário (2006), na pesquisa qualitativa, a análise dos dados tem por objetivo permitir a compreensão de um determinado fenômeno no seu sentido mais amplo. O mesmo autor diz que quanto ao tratamento dos dados feito pela técnica da análise de conteúdo, esta tem por finalidade a busca dos significados de materiais textuais transcritos de entrevistas ou de outros instrumentos de coleta de dados; assim, o produto final quando aplicada a análise de conteúdo consiste na interpretação teórica das categorias que emergiram do conteúdo das falas dos sujeitos.

Para Rodrigues e Leopardi (1999, p.19), a análise de conteúdo “visa tornar evidentes e significativamente plausíveis à corroboração lógica dos elementos ocultos da linguagem humana”. Característica essa que assegura a interpretação do conteúdo representacional elaborado pelos sujeitos da pesquisa.

No entanto, optamos por trabalhar esta etapa utilizando a técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática ancorada no referencial de Bardin. De acordo com o referido autor, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que conduz o investigador à interpretação baseada nas atitudes, valores, crenças e tendências presentes no discurso (BARDIN, 1977).

Para tanto, a autora recomenda alguns passos, e sendo assim, o primeiro passo que foi cumprido foi uma leitura fluente das entrevistas a fim de permitir conhecer os documentos analisados; a segunda etapa consistiu na constituição do *corpus*; em seguida, foi iniciada a etapa de categorização, esta inclui a seleção das unidades de análise e o agrupamento das unidades em subcategorias. Após esta etapa, as subcategorias foram agrupadas por similaridade semântica para a formação das categorias (BARDIN, 1977).

Desse processo resultou a formação de quatro categorias que compõem este capítulo. Para estabelecer um diálogo mais consistente entre pesquisador e pesquisados, retomamos aos autores utilizados neste estudo e nas vivências resgatadas pela pesquisadora.

Assim, as categorias formadas para discutir as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por enfermeiros (as) da atenção básica são as seguintes: o cuidar em saúde mental no PSF: limites, desafios e potencialidades; mudanças curriculares e a formação em saúde mental; o cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF e a construção da integralidade e, por último, a construção social do cuidar em saúde mental no PSF. Queremos enfatizar que as discussões acerca do objeto de estudo desta pesquisa se concentram na última categoria, pois durante a análise dos conteúdos elaborados pelos sujeitos percebemos que

aspectos relacionados ao contexto intelectual e social no qual estão inseridos os entrevistados orientaram o sentido da construção das representações do cuidar em saúde mental no cotidiano do PSF.

Mas, antes de percorremos às categorias, traçamos um perfil dos sujeitos entrevistados. Esse interesse em descrever os sujeitos de onde partiram as visões particulares de uma realidade apresentada na pesquisa, parte do pressuposto básico defendido por Minayo (2007) de a interação humana durante a entrevista não é simplesmente uma etapa do processo de pesquisa, mas sim uma relação que pode ter as informações dadas pelo sujeito profundamente afetadas em consequência da natureza do encontro entre o entrevistador e o entrevistado, embora tenhamos consciência de alguns autores defendem o contrário.

Diante dessa escolha, a análise do perfil dos entrevistados revelou que 100% dos participantes do estudo são do sexo feminino. Quanto à investigação sobre a formação em saúde mental, a grande maioria, 86,67%, respondeu não ter realizado formação específica em saúde mental. Outro dado levantado foi quanto ao tempo de atuação profissional na atenção básica; neste campo, 20% dos entrevistados têm menos de 05 (cinco) anos de trabalho no PSF e igual percentual para os entrevistados com mais de 10 (dez) anos, em contra partida, o percentual dos sujeitos entrevistados que informaram ter entre 05 (cinco) e 10 (dez) de atuação no PSF é igual a 60%.

#### **4.1 O cuidar em saúde mental no PSF: limites, desafios e potencialidades**

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliaram-se, nas últimas décadas, as estratégias para a consolidação desse sistema público de saúde vigente no Brasil, que demanda um conjunto de mudanças na organização dos serviços e a utilização de novas práticas no modo de agir em saúde por parte dos profissionais. Tais mudanças vêm, aos poucos, transformando o modelo de cuidados tradicional, baseado na medicina curativa, em um modelo inovador, de cunho comunitário, e que parte do pressuposto de que o sujeito é um ser dotado de conteúdo de subjetividade próprio, com necessidades específicas e que deve ser assistido considerando o seu ambiente familiar e social.

Nessa perspectiva, o PSF desenvolve o planejamento do processo de trabalho da equipe em conformidade com o diagnóstico das necessidades identificadas na comunidade, dos fatores de risco presentes na área, aos quais está exposta essa comunidade, além das demandas espontâneas que emergem das pessoas que vivem no território de atuação da

equipe. Assim, o PSF assume o papel de corresponsável pela produção social de saúde na comunidade sob sua vigilância.

Desse modo, o cuidado em saúde mental deve fazer parte desse conjunto de necessidades, uma vez que o sujeito em sofrimento psíquico está inserido naquele território e que as diretrizes do programa asseguram uma assistência baseada na visão holística do sujeito.

Contudo, esse modo de trabalho do PSF, reconhecendo as singularidades do sujeito e garantindo o atendimento das suas necessidades, com ênfase na atenção a saúde mental, não tem sido uma tarefa muito fácil para considerável número das equipes. Esse também foi o pensamento extraído entre os sujeitos da pesquisa quando se referiram ao cuidar em saúde mental como sendo:

[...] um pouco complicado você trabalhar com saúde mental porque as pessoas não têm um manejo pra isso. [...] as pessoas fecham os olhos pra saúde mental na atenção básica. (Entrevista 01)

[...] a gente já tirou muita gente de muitos problemas só com o apoio que agente dá. [...] mas, isso é um trabalho individual, não é um trabalho, assim, que o PSF trabalha. Não são todas as equipes que trabalham assim. (Entrevista 02)

Apesar de existir, no Ministério da Saúde, políticas sobre a saúde mental, para cuidar dos pacientes com transtornos mentais, eu acho que é muito precário. (Entrevista 10)

Eu acho que está faltando uma política direcionada e realmente vivenciada; [...] criam-se mil e uma políticas e, na verdade, na prática, ela não funciona porque os instrumentos pra isso não tem, [...] É angustiante! A rede não está preparada! (Entrevista 13)

Os relatos apresentados revelam limitações para o cuidar em saúde mental no PSF, tanto no que diz respeito à falta de manejo, preparo ou sensibilidade de profissionais para as questões relacionadas à subjetividade das pessoas que fazem parte da área de abrangência da equipe e que influenciam na saúde mental delas, como em relação a falta de uma rede de serviços estruturada e organizada para desenvolver esta ação. Além disso, os sujeitos da pesquisa chamam atenção para o grande volume de políticas de saúde existentes no país e, em particular a política de saúde mental, esta não é discutida no meio dos profissionais que atuam na sua execução, no nível da atenção básica.

Tais limitações reveladas no cotidiano de trabalho das equipes do PSF reforçam a idéia de que o SUS, ancorado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade,

ainda é um sistema em construção e que para a completa reorientação do modelo de assistência em saúde mental, definido na Lei da Reforma Psiquiátrica, é necessário contar com o envolvimento dos profissionais de saúde, gestores e de todos aqueles que direta ou indiretamente participam da política do SUS.

De acordo com Merhy (2007), o processo de reforma no estado e nas políticas sociais em saúde, implementado no Brasil, nos anos 90 do século passado, desencadeou uma corrida em busca de definir um modelo de atendimento em saúde que garanta a extensão da cobertura e maior efetividade nas ações de saúde; isso trouxe o tema da rede básica de serviços como um ponto estratégico dentro do sistema, através do qual os usuários ingressam no conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

No entanto, na visão do mesmo autor, o caráter dado a atenção básica como ponto estratégico dentro do sistema de saúde, tem recebido enfoque distinto nas diferentes regiões do país e, assim, alcançado resultados diferentes na perspectiva de subsidiar a construção do SUS. Nesse sentido, tem sido um desafio para operadores da rede básica de saúde reunir ações preventivas e curativas, no âmbito coletivo, que se traduzem no acolhimento, na criação de vínculos e na eficácia das ações de promoção e proteção à saúde em todas as dimensões.

Dessa forma as ações de saúde mental devem permear todos os protocolos de assistência aos usuários, entendendo que o mesmo sujeito que carrega manifestações de alguns estados patológicos de natureza física, também pode necessitar de cuidados da área psicossocial; além disso, considerando o papel preventivo desenvolvido pelos profissionais da atenção básica, as equipes do PSF devem abrir espaços para revelação de situações de crise e sofrimento psíquico desencadeados por fatores presentes na coletividade ou individualmente.

A respeito disso, participantes desta pesquisa apontam para essa necessidade ao dizer que com relação a saúde mental:

[...] eu acho que o PSF, em si, ainda não está estruturado para fazer um cuidar específico em saúde mental. Agente acaba sendo sobrecarregado com tantas outras atividades, que não nos resta muito tempo para programar, planejar alguma atividade no sentido da saúde mental. (Entrevista 09)

O PSF que é uma política que chega a ser uma estratégia de saúde ampla. A saúde mental no PSF é tudo! [...] desde o hábito de vida, desde como se alimenta, desde o lazer, [...] tudo vai influenciar na saúde mental. (Entrevista 11)

[...] deveria ser visto como os demais protocolos porque saúde mental envolve desde a parte de promoção até o tratamento, até a informação e agente sabe que nós lidamos com vários tipos de problemas que fazem parte da saúde mental. (Entrevista13)

[...] eu acho que tem que ter, e urgente! Porque o fato de você não proporcionar esse lado da promoção, da prevenção, agente tá todo dia aí, só aumentando o número de usuários. (Entrevista13)

Embora seja evidente a existência de um amplo leque de fatores que predis põem ao sofrimento psíquico entre as pessoas que habitam o território de abrangência de uma equipe do PSF, somente diagnosticar esses fatores e identificar as pessoas que sofrem as conseqüências deles, não basta. Há a necessidade de contar com o envolvimento da equipe que atua na área onde vivem essas pessoas e compreender que o cuidar em saúde mental na atenção básica representa um modo de intervenção em saúde mental, no qual a equipe do PSF atende às necessidades de sua clientela a partir da identificação de problemas que afetam a saúde mental da mesma, garantindo-lhe a assistência, contando com recursos disponíveis na própria área ou articulando o acompanhamento com outros serviços de referência, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, no dia-a-dia de trabalho das equipes do PSF, contar com esse envolvimento e modo de intervenção no que diz respeito aos problemas relacionados à saúde mental da comunidade, parece representar mais um entre outros obstáculos para desenvolver o cuidar em saúde mental no contexto do PSF. Assim, Enfermeiras, participantes desta pesquisa, como integrantes das equipes do PSF, destacam algumas limitações nesta área, e dizem que:

[...] falta, também, um olhar mais especial do olhar do profissional que não é da área de saúde mental. [...] O ginecologista, o dermatologista,... Ele vai para o PSF, ele tem a especialidade dele, mas ele vai atender como clínico geral; já na saúde mental é diferente: não é qualquer profissional que sabe o manejo do cuidar em saúde mental. (Entrevista 09)

Se a pessoa chega com um problema, no mínimo, você vai sentar com a pessoa, ouvir essa pessoa e oferecer para ela um mínimo de conforto. [...] Mas, em contra partida, a gente observa que no PSF, os profissionais enchem de ansiolíticos, essas pessoas. (Entrevista11)

[...] no PSF, eu acredito que deixa muito a desejar a assistência, o cuidar mesmo em saúde mental! E acredito também que há até um despreparo dos profissionais. É difícil cuidar dessa clientela! Se você já não tem uma empatia, então! Aí que fica mais difícil! Junta com a falta de conhecimento. (Entrevista 14)

[...] a primeira coisa que precisaria era que houvesse essa verdadeira acolhida do profissional para poder conseguir, através do teu trabalho, acolher esse programa e desenvolver. (Entrevista 15)

De fato, não podemos negar que, desde a promulgação da Constituição de 1988, as diretrizes das políticas públicas na área da saúde têm sido elaboradas e/ou redesenhadas



com base nos princípios de cidadania, solidariedade e justiça social, ressaltados no referido texto constitucional (BRASIL, 96). Tal postura do Estado, ancorado na política do SUS, instituiu um conceito ampliado de saúde, que deixou de ser simplesmente a ausência de doenças, e passou a agregar no seu conceito outros atributos relacionados à garantia de direitos, não somente de assistência à saúde de qualidade, mas, também, de direito à moradia, escola, lazer, trabalho e alimentação adequada. Portanto, o conceito de saúde está diretamente relacionado à qualidade de vida e, desse modo, a saúde mental não deve estar desarticulada desse conjunto de parâmetros que compõem o conceito de saúde.

Sendo assim, a atenção básica, através do PSF, e amparada por esse conceito ampliado de saúde e, com ele, na noção de integralidade da assistência, buscando atender às necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, desenvolveu um novo modo de olhar os pacientes, considerando o contexto sócioeconômico e cultural onde as doenças ocorrem e no qual os pacientes estão inseridos. No entanto, esse novo modo de olhar os pacientes não é uma postura homogênea entre as equipes. Na prática, verificamos que existe certo distanciamento entre o modelo de atuação para as equipes do PSF, previsto pelo Ministério da Saúde, de acordo com essa política e a sua operacionalização no nível local.

Tal realidade guarda entre as suas justificativas, as marcas deixadas pelo modelo biomédico de assistência que contribuiu para a reprodução de condutas nas quais o olhar do profissional está voltado para a presença de sinais e sintomas físicos manifestados em determinados quadros patológicos (MATTOS, 2001). Em contrapartida, não podemos afirmar que este seja um pensamento reducionista e que não vivenciamos nenhuma mudança no modo de assistir aos usuários do sistema público, especialmente da atenção básica.

Muitas experiências inovadoras no campo da atenção básica têm se tornado realidade cotidiana em várias partes do território brasileiro. Em Campinas, São Paulo, a articulação entre saúde mental e atenção básica teve início desde o final da década de 70, no século XX, e vem se consolidando ao compartilhar os princípios fundamentais de vínculo, responsabilização e acolhimento (CAMPINAS, 2005). Nesse município, o diálogo entre as equipes se dá através do modelo de apoio matricial. Esse arranjo de organização do trabalho entre a equipe de referência e a equipe matricial representa uma possibilidade de oferecer aos usuários um cuidado ampliado, uma vez que a composição de equipe matricial é definida com a participação de especialidades para dar suporte técnico e pedagógico às equipes de referências, representadas pelas equipes do PSF, pois nenhum profissional, mesmo que seja especialista, conseguiria isoladamente realizar uma assistência integral (DOMITTI; CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, há que se desenvolver entre os profissionais um sentimento de valorização em relação aos outros membros da equipe, entendendo que a produção interdisciplinar implica em agregar diferentes olhares, distintos saberes encarregados de solucionar um problema, entretanto essa soma de esforços não afasta a responsabilidade da equipe do PSF (já entendida como sendo a equipe de referência) sobre a condução e acompanhamento do caso, mesmo quando o suporte da equipe matricial for solicitado.

Na atual conjuntura das políticas públicas, o trabalho interdisciplinar vem se fortalecendo e se tornando uma ferramenta de operacionalização indispensável para a execução das políticas de saúde, mas esse entendimento quanto às diretrizes das políticas públicas e o novo modo de trabalho para a aplicabilidade destas, ainda permanecem uma incógnita entre muitas categorias profissionais. O cenário utilizado para esta pesquisa mostrou, entre as falas das entrevistadas, certo grau de dissonância entre os membros da equipe do PSF quanto ao cuidar em saúde mental, revelando a prioridade, de alguns profissionais, por áreas específicas do saber, mas que, mesmo assim, dedicam parte de seu tempo num espaço de trabalho onde nenhum saber deve sobrepor-se ao outro; mas sim, avançar lado a lado. As entrevistas abaixo comprovam essa realidade, quando Enfermeiras do PSF dizem que:

[...] eu sei mais ou menos como lidar com essa situação, mas, só que chega um ponto que você fica atada, porque numa equipe só você se doa mais. (Entrevista 01)

Eu estou atendendo um paciente, olho o paciente como um todo, mas, rapidamente, só naquele olhar dá para gente detectar se ele tem algum sofrimento ou distúrbio mental. [...] a Jeane é ginecologista e obstetra, lógico, que ela vai ter um olhar bem mais voltado, bem mais apropriado para a ginecologia e obstetrícia; o mesmo acontece comigo, o meu olhar é mais voltado para a saúde mental. É tanto que, às vezes ela detecta alguma coisa e manda para mim e vice e versa. (Entrevista 09)

Vale ressaltar que o modelo neoliberalista de gestão das políticas públicas, instituído no país a partir da última década do século passado, permitindo a participação da sociedade civil e atribuindo responsabilidades aos Gestores Municipais e Estaduais pela organização da rede de serviços no nível de sua competência, representou medida determinante no avanço verificado, até agora, no processo de redirecionamento da assistência em saúde (ARRETCHE, 2000). Embora, tratando particularmente dos avanços voltados para as ações de saúde mental na atenção básica, estes ainda são pouco expressivos e, quando ocorrem, são experiências isoladas.

Apesar desse acelerado crescimento no processo de elaboração e organização de políticas assistenciais de natureza humanitárias e de propósito descentralizadores, muitas dessas políticas enfrentam percalços na sua implantação e / ou implementação. No campo da saúde pública, isso se torna ainda mais evidente em razão do SUS ser representado por um conjunto de políticas que convergem para assegurar aos usuários os direitos previstos nas suas normas e diretrizes.

Perante a ocorrência desses atropelos na implementação das políticas públicas, que se manifestam em graus variados nos diferentes níveis da gestão pública e em diferentes regiões do país, verifica-se que existem lacunas na qualidade da assistência prestada aos usuários, e dirigindo o foco para o campo da política de saúde mental, evidencia-se claramente que a efetivação desta política vem se deparando com esses percalços. Em Teresina, assim como acontece em muitas outras cidades do Nordeste e do Brasil, essa realidade não tem sido diferente e em relação aos esforços do município para tornar efetiva a política de saúde mental, inserindo os profissionais do PSF como atores na rede de cuidados, conforme está definida esta política, enfermeiras que vivenciam esta experiência informam que:

No PSF, a política existe, mas elas não são muito repassadas para as equipes. (Entrevista 02)

No PSF não vai ser implantado enquanto não tiver uma coisa bem direcionada. Só essas oficinas que fazem, que a gente assiste uma ou duas aulinhas, não dá esse suporte. E a gente continua naquela: troca de receita, referência para o Areolino de Abreu. (Entrevista 04)

A falta de definição de estratégias e de debates entre gestores locais e profissionais nesse caso, os que atuam na atenção básica, dificultam a concretização de uma ação que deveria estar se desenvolvendo de maneira linear no país, já que a política do SUS tem caráter universal. Outra entrevistada acrescenta:

Tenho vontade de fazer mais por isso. Não encontro uma opção. Não tenho esse suporte institucional, nem a capacitação intelectual de trabalho. (Entrevista 07)

Existem na rede de saúde do município, conforme demonstrado na fala que acabamos de citar, profissionais que demonstram interesse e comprometimento com a tarefa de levar aos usuários as ações que a política de saúde mental espera que se desenvolvam em parceria com a atenção básica; contudo falta-lhes um direcionamento, um modo de operar

essa política que é desconhecida entre parte deles. Por esse motivo, encontramos áreas onde se verifica maior nível de organização e iniciativa quanto às ações de cuidar em saúde mental no PSF, enquanto outras, ainda estão muito distantes da inserção dessa atividade. Esse desnível na execução de ações voltadas para o campo da saúde mental constatada no PSF de Teresina pode ter entre os motivos a falta de planejamento para a operacionalização da política, considerando os recursos necessários para a execução, além da falta de estímulo aos profissionais quanto ao reconhecimento da importância e da necessidade em prestar essa assistência, ressaltando e divulgando da legislação vigente que defende essas ações.

Para reverter esse panorama torna-se necessário, também, contar a participação ativa da gestão pública, respondendo pelas ações que competem exclusivamente ao grupo ou pessoa que assume o cargo de gestor. Portanto, é fundamental ter “vontade política” para buscar alternativas e resolver conflitos políticos que atrasam ou dificultam a efetivação das ações de saúde. Nesse sentido, o SUS introduziu um modelo de gestão inovadora, exigindo uma nova organização e mapeamento dos serviços, dividindo responsabilidades e permitindo a participação de novos atores sociais na decisão das políticas públicas.

A respeito da inovação na gestão pública, Jacobi e Pinho (2006, p. 8) comentam que:

Inovar implica introduzir mudanças dentro de uma ordem existente ou planejada e, portanto, alterar elementos e introduzir aspectos valorativos, seja em instituições, em métodos, em técnicas, em formas organizacionais, em avaliação, em atitudes, em relações sociais, em componentes materiais, etc., [...] A inovação de uma política ou programa pode se traduzir em mudanças nos processos organizacionais e institucionais que alteram a dinâmica e o desenho institucional para a provisão de um serviço público, configurando uma mudança de regras e procedimentos no processo decisório, assim como uma abertura para uma interação com novas demandas e atores.

Diante do exposto, merece ressaltar que a Política Nacional da Atenção Básica inclui-se entre as políticas inovadoras do Ministério da Saúde e para respaldar o valor da participação do gestor na implementação das políticas de saúde, vale destacar entre as competências da gestão municipal, no âmbito da atenção básica, as seguintes responsabilidades:

- Garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

- Estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2007a, p. 23).

Todavia, para a efetivação das ações de cuidar em saúde mental no PSF, a garantia de uma rede de serviços estruturada e organizada para dar conta da demanda identificada na atenção básica e dar suporte para o desenvolvimento de uma assistência compartilhada entre o PSF e os serviços de referência do município, é tão fundamental para esta tarefa quanto o envolvimento das equipes do PSF e o compromisso da gestão, conforme discutido nos últimos parágrafos.

Assim, outro ponto que limita as ações de cuidar em saúde mental na atenção básica, e que foi enfatizado pelas enfermeiras entrevistadas, refere-se à condição de estruturação e organização da rede de serviços que possa favorecer às ações em saúde mental no processo de trabalho das equipes do PSF. Sobre esse aspecto, as enfermeiras relatam que:

[...] é um sofrimento para nós profissionais! [...] não temos uma referência e contra – referência de como encaminhar, dar andamento a essa situação. (Entrevista 06)

Não há intersetorialidade, não há referência. (Entrevista 07)

Nem sempre [...] consegue o atendimento, por que são dois, três, quatro meses aguardando. (Entrevista 08)

Conversa com o profissional médico [...] prescrever essa medicação, [...] contar com o CAPS, mas é muito complicado porque, [...] não tem um retorno. Por exemplo, se eu atendo alguém da área não há aquela questão: contra – referência. (Entrevista 08)

Apesar das equipes [...] procurarem ajudar – encaminhando para o CAPS, encaminhando para uma internação, para um acompanhamento psiquiátrico, ainda, é difícil! Agente não tem o retorno deste paciente. (Entrevista 09)

[...] eu vejo uma questão muito ampla que tem que envolver não só a equipe, o interesse da equipe, mas tem que buscar o interesse e o apoio logístico da regional de saúde. (Entrevista 15)

Em conformidade com o desenho das atuais políticas públicas em saúde, as ações são planejadas e executadas com base no trabalho articulado entre os recursos disponíveis no espaço social dos sujeitos e no trabalho em equipe, reunindo múltiplos saberes para a obtenção da ação do cuidar. Em outras palavras, assim como as demais ações de base territorial, o cuidar em saúde mental na atenção básica obedece à lógica da intersetorialidade e interdisciplinaridade no cotidiano de trabalho das equipes. Segundo esse modo de organização dentro da rede de serviços, o PSF assume a responsabilidade pelo acompanhamento dos casos

de comprometimento da saúde mental ou em situações de vulnerabilidade ao adoecimento, através do compartilhamento de responsabilidades, do suporte técnico da equipe do serviço de referência ou, diante da necessidade, do encaminhamento monitorado de pacientes para o serviço especializado de referência.

De acordo com os depoimentos dos sujeitos da pesquisa, esse parece constituir significativo entrave na elaboração de estratégias para assistir à clientela em sofrimento mental, principalmente os casos de transtorno mental que necessitam do suporte do especialista e medicamentoso, aliado às atividades de terapias ocupacionais para a promoção da reabilitação.

A ação de cuidar desses casos requer que se estabeleça um diálogo dentro da equipe de trabalho e entre os serviços encarregados por essa ação. Desse modo, a organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada visa atender às demandas originadas na atenção básica, que exigem maior grau de complexidade do serviço para a resolução do problema. A esse direcionamento dado aos casos mais complexos, traduz-se a denominada referência do caso; a contrarreferência segue o caminho inverso: o caso referenciado, após controlado o estado de crise ou quadro mais grave, deverá retornar para a sua comunidade de origem e receber o acompanhamento da equipe do PSF. Mas, essa ida e vinda não é tão simples. A lógica do encaminhamento de casos, de acordo com os preceitos da política do SUS e, dentro deste, da política de saúde mental, obedece à noção de compromisso, interesse e envolvimento com o caso. O diálogo entre as partes envolvidas em cuidar do caso é fundamental, ainda que seja por telefone ou outro meio, a fim de firmar esse compromisso.

Mas, agir dessa maneira, assumindo todas as responsabilidades dentro do território de atuação da equipe é um grande desafio, porém, para alguns profissionais, essa situação pode resultar em sentimentos desagradáveis que podem tomar conotações variadas, desde incapacidade de operar nessas ações até desmotivação pelas tarefas que exigem a busca de solução fora do território da equipe. Em relação a isso, enfermeiras entrevistadas percebem a tarefa de cuidar em saúde mental no cotidiano do PSF como sendo:

Para mim termina sendo um sofrimento, também (risos). É um sofrimento, como profissional, exatamente por aquela questão da distância entre a necessidade que agente tem de tratar daquele paciente e não tem essa resposta; então, resultado: termina sendo um sofrimento para nós profissionais! (Entrevista 06)

Se nós não temos, aqui dentro da atenção básica, o poder de resolver tudo, então nós ficamos de mãos atadas e pra gente termina sendo, assim, aquela sensação de fracasso! (Entrevista 06)

É um cuidar que me deixa ansiosa! (Entrevista 07)

[...] a realidade é muito dura que você termina absorvendo isso e também fica com sua saúde mental prejudicada, em sofrimento! (Entrevista 11)

[...] é angustiante! A rede não está preparada! (Entrevista 13)

O excesso de responsabilidade que jogam para as equipes e, em especial, a enfermeira tem que responder tudo. Então agente começa a se rebelar com essas coisas! (Entrevista 13)

As sensações de sofrimento, fracasso, ansiedade, sobrecarga e rebeldia, presentes nas falas das entrevistadas, emergem, entre outras possíveis causas, da dinâmica de trabalho das equipes que, em muitas situações, enfrentam além da falta de recursos e da sobrecarga de trabalho, as situações de risco econômico e social presentes na realidade familiar de grande parte dessas pessoas.

Diante dessa realidade vivida pelas famílias, os profissionais da atenção básica e, especialmente, os enfermeiros (as), por estabelecerem maior aproximação e desenvolver estreita relação de vínculo com as famílias, vivenciam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde gerada pelos fatores econômicos e sociofamiliares. No que diz respeito ao objeto desta pesquisa, enfermeiras entrevistadas relatam que:

[...] dificuldade de chegar até lá (referindo-se ao CAPS) [...] pela questão de quem vai acompanhar, porque a família já tem esse paciente como peso; então, se torna ainda muito mais cansativo, para ele, o paciente se deslocar para essa atividade. (Entrevista 06)

[...] a minha comunidade é pobre, carente, não tem dinheiro nem para ir para esse CAPS. [...] às vezes, a gente dá os vales nossos mesmo, antigamente eles davam esses vales, mas agora não estão mais repassando. [...] noventa por cento daqueles que foram encaminhados para o CAPS não foram porque não têm os vales para ir. (Entrevista 12)

Muitas famílias de Teresina e de outras cidades do estado do Piauí, assim como, de muitas realidades de outros estados brasileiros vivem, atualmente, o drama da pobreza, revelado pelas precárias condições de moradia, falta de alimentação e vestuário, desemprego e, como consequência, falta de recurso financeiro para garantir o deslocamento ao serviço de saúde quando este não se encontra no bairro onde reside o usuário. É comum na nossa prática de trabalho, nos deparar com casos de pacientes que deixaram de seguir as orientações da equipe de saúde, no que diz respeito à questão da referência para outro serviço, por não dispor de condições financeiras para tal.

O SUS, embora seja um sistema de caráter público e gratuito, não possui uma política de garantia de deslocamento dos usuários em situação de risco social dentro do território. Mas, vale chamar atenção para a política do SUS de financiamento do Tratamento Fora Domicílio<sup>15</sup>, que tem o objetivo de atender à necessidade de deslocamento para serviços de referência interestadual daqueles usuários com indicação de assistência de alta complexidade, quando estes serviços inexistem no local de origem desses usuários.

Contudo, essa portaria não se aplica às questões tratadas nesta pesquisa, cabendo à gestão municipal buscar saídas para o enfrentamento dessa realidade a fim de promover maior resolução do sistema de saúde local. Algumas experiências de municípios vizinhos, ou de qualquer outra área bem sucedida podem servir de modelo para a solução do problema local. Nesse sentido, vale destacar que o Município de Timon – MA, segundo informação colhida in loco, garante, através do transporte dos usuários em carro próprio da Secretaria Municipal de Saúde, a assiduidade do usuário no CAPS e, assim, a continuidade da assistência, evitando, dessa forma, o abandono das práticas terapêuticas em função de mais uma dificuldade na vida dessas pessoas: o problema financeiro.

Entretanto, esse é apenas um simples exemplo diante das possibilidades de encontrar soluções para a diversidade de situações que merecem o olhar atento e dedicado dos gestores e profissionais comprometidos com a gestão das políticas públicas do município de Teresina; para isso, levantar discussões a partir do ponto de vista de profissionais que vivenciam a realidade local, nesse caso através dos depoimentos de profissionais Enfermeiras, inseridas na rede básica de saúde, pode trazer importante contribuição na implementação da política de saúde mental integrada à atenção básica.

Sendo assim, voltando à discussão anterior, as falas das participantes desta pesquisa, também enfocam outro ponto que atravessa o cotidiano de trabalho das equipes do PSF e que implica diretamente no planejamento e na organização de suas ações, e conseqüente prejuízo para a atenção ao cuidar em saúde mental. Trata-se do amplo leque de atribuições destinadas às equipes quando relacionado ao número de famílias sob sua responsabilidade. A respeito disso, enfermeiras entrevistadas discorrem que:

A gente não consegue. Até pelo próprio número de famílias, a gente não consegue estabelecer vínculos com a família, mais forte, não há como dar conta disso. A gente sabe mais pelo a gente que percebe algum problema na família. (Entrevista 07)

---

<sup>15</sup> Ver Portaria SAS Nº 589, de 27 de dezembro de 2001.



Na minha área, nós somos quatro mil e quinhentos habitantes. Novecentas famílias. A gente traçou um perfil; meu Deus! O número de pessoas que usam medicações! Ansiolítico. É enorme! (Entrevista 08)

[...] são tantos os protocolos de responsabilidade das equipes que inviabiliza. [...] Eu tenho novecentas famílias; eu tenho cento e setenta e quatro idosos! Então, eu tenho que priorizar problemas e ver até onde você pode caminhar para chegar lá. (Entrevista13)

[...] eu não sei se por uma questão de tempo, porque a gente tem tanta coisa pra fazer, são tantos grupos que a gente tem atender. (Entrevista14)

Eu acho que a gente deve disponibilizar mais tempo pra isso. (Entrevista15)

O Ministério da Saúde, considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, define, através da Política Nacional da Atenção Básica, os fundamentos que norteiam essa política e, entre outros, destacam-se:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2007, p. 13).

Diante destes princípios norteadores é possível concluir que o PSF, para cumprir o seu papel, desenvolve ações voltadas para as necessidades humanas em todos os seus ciclos de desenvolvimento, seja no campo da promoção de saúde seja na prevenção e tratamento das doenças, além de dedicar-se aos fatores de riscos de natureza ambiental ou social que estejam presentes no território, atuando como agentes educadores e transformadores dentro de sua área de atuação, cabendo-lhe a responsabilidade pela divulgação da importância da adoção de práticas saudáveis de vida, do estímulo ao aleitamento materno, da proteção conferida pelos imunobiológicos, das modalidades de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada, da valorização do pré-natal e do exame de prevenção do câncer de colo do útero e mama, da prevenção e controle das doenças crônicas no adulto e no idoso, além de atividades que despertam na comunidade respeito à cidadania, entre outras atividades.

Acrescido a isso, o PSF, durante a visita domiciliar, desenvolve o reconhecimento das situações que comprometem a saúde das pessoas que constituem a família visitada, criando estratégias de intervenção e ajuda. E, ainda deve ser destacada, a posição estratégica que o PSF ocupa dentro da rede de serviços de saúde, já referido neste trabalho, como forma de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços conforme o caso exija maior complexidade na resolução.

Mas, em relação ao papel do PSF dentro do território de atuação da equipe, outra questão que parece preocupar Enfermeiras entrevistadas neste estudo, refere-se à questão da exclusão social. A maioria das pessoas que procura o serviço público de saúde faz parte da parcela da população desfavorecida economicamente, marginalizada socialmente e exposta aos riscos de vulnerabilidade social em consequência da falta de ocupação, da dependência química, da violência na comunidade e na família e da ocorrência de algumas doenças que ainda desenvolvem preconceito na sociedade, como o transtorno mental. Sendo assim, quanto às questões levantadas nesta pesquisa, os depoimentos expressam que:

Eu como enfermeira, eu me sensibilizo muito porque eu tenho uma tia esquizofrênica, ela vive no meio social e a gente sabe a dificuldade que tem de se trabalhar isso. (Entrevista 06)

Outra coisa que me preocupa, que envolve esse cuidar em saúde mental, [...] é a questão da inserção social; por que [...] eles são excluídos socialmente, excluídos, também, no ambiente familiar. (Entrevista 15)

No caso do transtorno mental, as discussões acerca da criação de oficinas de geração de renda nos serviços assistenciais de saúde mental e de financiamento de políticas de inserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho foi pauta nos debates durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 (BRASIL, 2002). No Estado do Piauí, está em processo de aprovação o projeto de lei de 10 de outubro de 2008, que dispõe sobre a política estadual para a integração, reabilitação e inserção no mercado de trabalho para portadores de transtorno mental. No capítulo que trata da saúde, presente neste projeto, a atenção básica, através do PSF, tem como atribuição desenvolver o seu papel através das estratégias de inclusão social e inserção nas atividades para a efetivação do acompanhamento no nível comunitário (ROSA, 2008).

Com base no exposto, observa-se que o PSF incorpora novas modalidades de intervenção no processo saúde – doença de uma comunidade utilizando, para isso, recursos tecnológicos simplificados e parceiros de outros serviços da rede de saúde e da rede social de apoio. No entanto, existe uma crescente queixa, por parte das equipes, acerca da sobrecarga

de atividades geradas pelo elevado número de famílias que ocupa a área de abrangência de uma equipe, mesmo que esse número esteja dentro dos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde<sup>16</sup> e em função disso e de outras razões já discutidas ou que ainda iremos discutir neste trabalho, o PSF mostra-se incapaz de atender a novas demandas que emergem da comunidade, conforme revelam os últimos depoimentos apresentados até aqui.

Nessa lógica, considerando que Enfermeiras, participantes do estudo, entendam que a tarefa de cuidar em saúde mental no cotidiano do PSF represente mais uma atividade a ser inserida entre tantas outras já definidas nas atribuições da equipe, vale reforçar o que já foi dito em outras passagens desta pesquisa, que, em conformidade com as diretrizes do SUS, o sujeito deve ser assistido integralmente, respeitando sua singularidade e necessidades individuais, cultivando os princípios de cidadania e justiça social. Nessa perspectiva, o sujeito deve ter direito a receber assistência completa, mesmo quando se trata de necessidade no campo da saúde mental.

Ainda que enfermeiras entrevistadas reconheçam que o cuidar em saúde mental na atenção básica não ocupada espaço no cronograma de atividades da equipe do PSF, a idéia de que o cuidado no campo da atenção básica deve obedecer à lógica da integralidade defendida pelo SUS revela-se nas falas das Enfermeiras inseridas nesta abordagem, ao relatar que:

Então, tem que ver essa pessoa como um todo, não só a parte da cabeça dela!  
(Entrevista 12).

Embora tais diretrizes possam parecer algo impraticável, mas no processo de trabalho da equipe, chamando atenção especialmente de Enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, isso implica em inicialmente proporcionar espaço de escuta e acolhimento dirigido à pessoa que busca ou necessita de atendimento, desenvolvendo a criação de vínculos na relação profissional – usuário e comprometendo-se com o cuidado deste sujeito.

De fato, essa é uma tarefa que exige tempo e habilidade para o desenvolvimento de uma relação de ajuda que se inicia a partir de uma relação empática entre os envolvidos. Contudo, a sensibilidade do profissional e o envolvimento com a ação que está se propondo a realizar são ferramentas de trabalho indispensáveis nesse processo. A dificuldade manifestada por alguns profissionais em desenvolver esse lado da valorização da subjetividade do sujeito para o qual prestamos o cuidado e que se passou a chamar de “um novo olhar” dentro da

---

<sup>16</sup>De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, a equipe do PSF deve se responsabilizar por, no máximo, 4.000 habitantes (BRASIL, 2007a).

atenção básica tem sido comumente justificada pelos profissionais, em razão da falta de capacitação e do suporte técnico por parte dos órgãos gestores.

Embora estejamos apresentando a questão da falta de capacitação dos profissionais do PSF para atuar nas ações de saúde mental segundo a percepção das enfermeiras entrevistadas, para esta categoria, pois não temos como deixar de ressaltá-la entre os entraves revelados na pesquisa para alcançar a consolidação dos preceitos da reforma psiquiátrica no âmbito da atenção básica; contudo optamos por discutir tal dificuldade apontada pelos sujeitos desta pesquisa em uma categoria particular, dada a importância atribuída pelos mesmos sujeitos a esta questão.

Sendo assim, cessamos a discussão dessa categoria, mas sabendo que o assunto não está esgotado, para destacar que apesar das várias dificuldades enfrentadas pelas equipes para adotar o modelo de trabalho proposto pelo ministério da saúde no nível da atenção básica, desenvolvendo assistência integral à todas as pessoas vinculadas as equipes do PSF, a Estratégia Saúde da Família constitui um valioso meio para alcançar as pessoas da comunidade, especialmente aquelas que necessitam de ajuda, e que assim como o PSF vem conseguindo reverter indicadores importantes, como a redução da taxa de mortalidade infantil, aumento na cobertura de gestantes em acompanhamento pré-natal dentre outros, o cenário do cuidado em saúde mental, também, pode ter grandes avanços, conforme diz uma das Enfermeiras entrevistadas:

Acho que a assistência é muito ruim! (referindo-se a assistência em saúde mental) Mas, eu acho que a partir do momento que agente toma consciência de que é preciso, já é um caminho, um primeiro passo... (Entrevista 14)

#### **4.2 Mudanças curriculares e a formação em saúde mental**

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu um novo paradigma de atenção à saúde, ancorado nos princípios da integralidade da assistência e no trabalho interdisciplinar e intersetorializado como forma de garantir aos usuários os direitos e a qualidade dos cuidados previstos nas diretrizes das políticas de saúde pública. Diante disso, a formação do profissional da saúde tem exigido uma adequação das práticas pedagógicas ao contexto de vida dos usuários, reunindo o saber científico do profissional às questões sociais, políticas e culturais, que implicam sobre a vida desses usuários e que influenciam na percepção que eles têm acerca da saúde e da doença.

Até a criação do SUS, o processo de ensino e aprendizagem privilegiava o saber científico sobre as patologias, analisando como causas do adoecimento os fatores relacionados especificamente com as bases fisiológicas e anatômicas do corpo humano; e assim, as práticas terapêuticas vestiam-se de um caráter curativo, individual e desarticulado do espaço social, buscando respostas para as causas puramente orgânicas.

O conceito ampliado de saúde, considerando a teia de fatores sociais, biológicos e psicológicos, interligados e entrelaçados, presente no contexto de vida do sujeito, que quando em condições de integridade garantem o estado de saúde e, o contrário, quando se verificam furos nessa teia, determina o estado de doença, passou a ser construído em defesa da consolidação do SUS. Nessa lógica, esse novo sistema de saúde instituído no Brasil, tem entre suas metas corrigir as distorções existentes na assistência à população através de ações coletivas, integrais, visando atender às necessidades do sujeito e garantir a participação de novos atores, novos setores, na ação do cuidar.

Portanto, a nova lógica do cuidar em saúde está fundamentada pelos princípios da integralidade e da intersetorialidade traçados pelo SUS. De acordo com Alves (2001), a intersetorialidade e a diversificação são componentes indissociáveis da integralidade. O autor explica que não há como oferecer uma assistência completa sem diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar apoio de outros serviços para aquilo que não é inerente à saúde, mas que constitui uma entre o conjunto de necessidades do sujeito.

Diante dessa concepção, a formação profissional tem buscado estabelecer um fio condutor entre o campo de atuação dos profissionais e o saber científico. Para isso, tem utilizado recursos para promover a integração das disciplinas e a sintonia destas com a realidade social das pessoas para quem os profissionais prestarão o cuidado.

Tais recursos convergem para a elaboração de Projetos Políticos Pedagógicos das instituições de Ensino Superior fundamentados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e atendendo aos preceitos do currículo integrado, possibilitando desenvolver no profissional a capacidade de intervir criticamente no processo saúde – doença através de ações integrais.

De acordo com a Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de Novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, no artigo que trata das competência e habilidades gerais na formação do enfermeiro, define que no âmbito da atenção à saúde, os enfermeiros, têm como competência:

[...] dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática

seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (CNE, 2001, p. 1).

Diante do exposto, entendemos que a formação do profissional enfermeiro está em consonância com a atual política pública de saúde brasileira e, desse modo, organizada para corresponder ao perfil do profissional da saúde resultante do processo de reforma na saúde após a Constituição de 1988.

Todavia, na prática, o exercício desse conjunto de princípios ressaltados na legislação brasileira e nas políticas públicas, traduzidos por ações integrais, interdisciplinares e intersetoriais para garantir assistência de qualidade e completa para todos os usuários, ainda é motivo de numerosas queixas no meio profissional. Nesse sentido, os profissionais da atenção básica, e nesta pesquisa enfocando a categoria dos Enfermeiros, sentem-se despreparados para desenvolver determinadas ações.

Sendo assim, ao abordar a questão do cuidar em saúde mental no cotidiano do PSF para os sujeitos desta pesquisa, estes revelaram que:

[...] não tem treinamento com este manejo, nós nunca tivemos. (Entrevista 01)

[...] cada vez mais o PSF tem que estar preparado para as doenças mentais, não só pra doenças físicas. (Entrevista 02)

Você precisa ter uma formação, alguma coisa que realmente você tenha o manejo de trabalhar com [...] saúde mental. [...] a gente precisava de um treinamento mesmo, uma coisa bem específica. (Entrevista 04)

Falta capacitação. Aqui só tem capacitação para hipertensão e diabético, e onde fica essa parte? (referindo à saúde mental) (Entrevista 08)

O arranjo organizacional de trabalho no PSF, dividindo a clientela em grupos definidos para as práticas diárias de assistência, preserva o modelo por excelência das especialidades médicas e reduz o paciente a um segmento do corpo ou órgão afetado que está causando algum sofrimento, sem contudo, abrir espaço de investigação para outros supostos sofrimentos, ainda mais se originários fora do corpo.

Ainda em relação a abordagem do cuidar em saúde mental na atenção básica, outras entrevistas apontam que:

Outra dificuldade do PSF é o treinamento. Apesar do Ministério da Saúde cobrar isso da atenção básica, a gente não é treinado para isso, não existe uma política de educação em saúde para o profissional para tratar esses pacientes; por isso eu acho que ainda é ineficiente. (Entrevista 11)

[...] a enfermeira, eu acho que deve ter treinamento; capacitação em saúde mental. (Entrevista 12)

Existe a política voltada para saúde mental, mas a gente não anda treinando para trabalhar com saúde mental. (Entrevista 14)

É indiscutível a necessidade da formação profissional para atuar em determinadas áreas de trabalho. No entanto, as políticas públicas de saúde de base comunitária esperam do profissional generalista aptidão para o exercício das atribuições definidas para cada política de acordo com a categoria profissional. Assim, no que se refere ao cuidar em saúde mental desenvolvido por profissionais do PSF, entendemos que as diretrizes curriculares contemplam essa ação entre o conjunto de competências do profissional generalista.

Esse entendimento se apóia no fato de que cuidar em saúde mental não se limita apenas em realizar intervenções no campo das patologias psiquiátricas, mas algo muito mais complexo que envolve todas as dimensões da vida do sujeito.

Essa idéia de complexidade presente no princípio da integralidade delineado no SUS, é tratada por Morin (1996), ao discutir o problema epistemológico da complexidade. Nesse sentido, o autor diz que:

A complexidade não é considerar o homem só como ser biológico, ou só como ser cultural, ou mesmo como um e outro a 50%, mas como ser totalmente biológico e totalmente metabiológico (cultural, espiritual, político, etc). Nós somos seres bio- culturais (cada um destes dois termos anela-se no outro, isto é, co-produz o outro), desde o nascer até ao morrer, passando pelo falar, o defecar, o comer, o copular, o pensar. [...] a complexidade não consiste apenas em referir os nossos problemas humanos e sociais a um conhecimento da natureza, nomeadamente biológico. A complexidade consiste também em referir este conhecimento da natureza, nomeadamente biológico, às nossas determinações antropossociais (MORIN, 1996, p. 243).

Ao analisar a ideia trazida pelo autor citado, associamos o cuidar em saúde mental a uma necessidade deste ser bio-cultural, revelada em situações da existência de fatores que alteram o estado de equilíbrio deste ser e que produz como resultado dessa alteração sinais e

sintomas indesejáveis, sobre os quais o referido ser bio-cultural não encontra solução utilizando seus próprios recursos.

No entanto, passar a enxergar o sujeito como ele é, um ser 100% bio-cultural, na atual conjuntura das práticas assistências ainda representa uma limitação para uns e um ideal de realização para outros profissionais que se ocupam da assistência no nível da atenção básica. O olhar do profissional está sempre focado na área de sua especialidade ou de interesse profissional, por essa razão o campo de investigação das queixas trazidas pelo sujeito se limita a áreas específicas. A esse respeito, a entrevistada abaixo comenta que:

[...] eu tenho formação em saúde mental, então o meu olhar é diferente do olhar de uma enfermeira com formação em obstetrícia, por exemplo. É lógico que ela ver o paciente como um todo, mas se aquela paciente tiver algum problema obstétrico, rapidamente ela vai detectar; então, a mesma coisa acontece comigo. [...] talvez por eu ter essa formação dentro da área, eu tenha esse cuidado de tá olhando por esse lado - lado emocional, lado mental; que eu não acho que seja uma coisa peculiar de todos os profissionais. (Entrevista 09)

A questão do especialismo é uma herança que acompanha a humanidade século após século. Gusdorf (1975) ao prefaciar o livro “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber” de Hilton Janpiassu (1976) já tratava o século XX como o século das concentrações, dos *experts*. O especialista é esse *expert* que detém o saber sobre determinada área. Na saúde, a lógica do especialismo fragmenta o ser humano em partes que se constitui a área do cuidado de cada profissional.

Assim, ao tempo que a ciência evolui nas descobertas da cura para novas doenças, ela, também, retrocede ao desassociar as doenças da figura humana e das relações sociais que este produz. O pensamento de Gusdorf (1975, p. 20) corrobora com essa ideia ao dizer que:

A ciência divide para reinar. Dissocia as perspectivas, desmembrando, assim a figura do homem. Estudará sucessivamente o homem enquanto consumidor de alimento, enquanto cidadão chamado a manifestar escolhas políticas, enquanto susceptível de contrair diversas doenças, enquanto capaz de se reproduzir, enquanto trabalhador dessa ou daquela categoria, membro desse ou daquele agrupamento, etc. [...] tais verdades, desligadas de toda referência à figura humana, são verdades que se enlouqueceram. Devemos considerar como alienada e alienante toda ciência que se contenta em dissociar e em desintegrar seu objeto. É absurdo, é vão, querer construir uma pretensa ciência do homem, se tal ciência não encontra na existência humana em sua plenitude concreta, seu ponto de partida e seu ponto de chegada.

Mas não podemos deixar de admitir a indispensável contribuição da ciência para a humanidade; afinal o que seria de nós sem a dedicação daqueles que descobriram a prevenção



de doenças como febre amarela, difteria, tétano, sarampo e outras mais através das vacinas dos cientistas que encontraram a cura para a hanseníase e a tuberculose; da descoberta de drogas que controlam a evolução e prolongam a vida dos portadores do vírus da AIDS; do tratamento, controle e, em alguns casos, da cura do câncer; das sofisticadas técnicas cirúrgicas conservadoras, dos meios de diagnósticos especializados e de alta precisão, enfim, do grande avanço que já contribuiu para salvar milhares e milhares de vidas.

Embora tudo isso sejam fatos reconhecidos e valorizados por todos; também, não podemos deixar de ressaltar que passaram a existir novas demandas do ser humano que exigem o uso racional da ciência, isto é, no mundo de hoje, uma assistência em saúde para ser considerada integral é necessário uma postura profissional que permita fazer uso dos recursos disponíveis pela ciência sem perder de vista o ser humano que está sendo cuidado e as implicações dos agravos externos sobre sua saúde.

Aprendemos das entrevistas realizadas para o presente estudo que dar conta dessas demandas e adotar essa nova postura profissional representam mudanças de graus variados de dificuldades entre os profissionais e nos diferentes campos de atuação. Desse modo, quanto ao campo de cuidados em saúde mental num modelo de assistência atualmente preconizado pelas políticas públicas dirigidas a atenção básica, na qual o sujeito deve ser abordado de modo abrangente e interdisciplinar, o depoimento de Enfermeira entrevistada aponta para a busca da superação do modelo tradicional quando diz que:

[...] acho que o cuidar no nosso cotidiano seria mais a parte mesmo preventiva, com o objetivo de promover, de estar mais próximo da comunidade; a gente sente o modelo; está tão enraizado esse modelo tradicional, que a gente fica limitado mais a ações preventivas. Quando é educativa, contempla só algumas demandas, como os hipertensos, diabéticos...; mas, saúde mental, mesmo, na parte preventiva, eu te digo que a gente não faz nada. (Entrevista 07)

A medicina curativa imprimiu marcas na percepção das pessoas acerca da saúde e da doença que, para muitos, o significado de saúde continua sendo o oposto da doença e, além disso, a mesma maneira de tratar a doença é, também, a maneira de preveni-la. Estamos nos referindo à prática abusiva da medicalização, culturalmente aceita e valorizada. Tal maneira de enfrentar e se defender das doenças pode ser citada como uma das dificuldades para o avanço da medicina preventiva. Na questão da saúde mental, isso que acabamos de enfatizar pode ser confirmado através da participação dos sujeitos desta pesquisa, como segue o recorte da entrevista abaixo:

[...] as nossas ações se limitam à prescrição de medicamentos. (Entrevista 07)

Não é simplesmente: eu faço saúde mental porque eu dou haldol<sup>17</sup>. Isso não é saúde! Isso você está evitando crises. (Entrevista 13)

Contudo, apesar desse entrave para a superação do modelo tradicional de assistência, também chamado modelo biomédico, novas práticas de saúde, balizadas pelas diretrizes da medicina integral, emergiram no país, tendo como força propulsora o movimento sanitário iniciado no final dos anos 70, no século XX, e que vem se expandindo e ganhando visibilidade.

Essa expansão da medicina integral também ganhou projeção com a proposta da reforma curricular e do aparelho estatal, especialmente na área da saúde, assistência e previdência social, que incorporaram conceitos de cidadania e ressaltaram os direitos sociais. Assim, amparado pelo texto constitucional vigente, o SUS reformulou o conceito de saúde e o introduziu como fundamento na elaboração das políticas públicas.

Desse modo, a concepção ampliada de saúde passou a ser referência para a avaliação da qualidade da assistência e a nortear a organização do processo de trabalho das equipes, além de exigir uma postura profissional que responda às necessidades dos usuários. Dito isso, podemos verificar nas falas de enfermeiras da atenção básica ao adotarem esse conceito ampliado de saúde, estas analisam, ao abordar aspectos relacionados com o campo da saúde mental, que:

[...] no conceito atual de saúde você tem que estar num completo bem-estar e se você está preocupado com alguma coisa: será que amanhã vou continuar empregado? Será que amanhã vou ter o que dar pra comer pros meus filhos? Ou será que todo mundo em casa vai estar bem? Será que, com a chuva de hoje, o meu teto vai estar em cima ainda? Então tudo isso influencia. Não posso dizer que essa pessoa está gozando de saúde mental saudável. E trazendo isso para o PSF, o cotidiano da prática; bom.....(pausa) aqui já é mais restrito (risos), porque a gente tem uma clientela muito comum – que usa álcool, que usa drogas, desempregada, que sobrevive da horta e que na época do inverno alaga tudo e fica sem nada. Então, eu posso considerar que, praticamente, na prática do PSF, eu não sei se existem pessoas mentalmente saudáveis. (Entrevista 11)

[...] nessa área de saúde mental, que todos nós somos pacientes da saúde mental, porque nenhum de nós é bom completamente. Se for pensar no conceito da OMS, ninguém é saudável e nem vai ser. (Entrevista 15)

<sup>17</sup>Haldol (Haloperidol): medicamento indicado para transtornos psiquiátricos do tipo esquizofrenias; pertence ao grupo dos antipsicóticos (BRASIL, 2008a).

Baseado nessa concepção de saúde discorrida pelas entrevistadas acima, concordamos em afirmar que garantir saúde integral para a população assistida no SUS é certamente uma tarefa complexa, visto que atualmente o conceito de saúde incorpora todas as dimensões da vida do sujeito. É necessário, para isso, garantir um estado de equilíbrio nas relações sócioafetivas, ambientais, culturais e biológicas da dinâmica de vida do sujeito. Sendo assim, ao planejar ações de cuidar dos pacientes portadores de transtorno mental ou em sofrimento psíquico, enfermeiras entrevistadas, colocam como ponto de vista:

Eu acho que o mental você tem que ter a visão toda: como é a rotina desse paciente, se esse paciente não tem emprego, como é o caso do meu, a perspectiva de vida dele. (Entrevista 12)

Por isso, exercer o mandato de defender essa causa significa estar sempre aberto para a renovação das práticas profissionais que os instrumentalizem para a captura de demandas espontâneas de usuários, mesmo que no planejamento do trabalho, num determinado período, seja focado outra ação específica. Nesse sentido, uma participante deste estudo comenta:

[...] eu vou trabalhar com puericultura, crescimento e desenvolvimento, porque pelo menos nessa faixa aí, até os quatro, cinco anos, eu começo a trabalhar a questão do respeito que a criança tem que ter com os pais, [...] quer dizer, eu, de qualquer forma, eu chego lá, claro! Na parte da saúde mental. (Entrevista13)

É verdade que os profissionais da atenção básica desenvolvem ações no seu processo de trabalho que contemplam todos os estágios da vida da pessoa e que as intervenções de educação em saúde que permeiam esse processo de trabalho acontecem, também, no sentido de preparar meninos e meninas de hoje, homens e mulheres de amanhã, dotados de valores e respeito à cidadania, de hábitos saudáveis de vida e conhecedores dos meios de proteção contra doenças. Mas, em contrapartida, não podemos nos valer apenas do produto final dessa forma de intervir para promover saúde; temos que nos lembrar das necessidades que surgem durante esse ciclo de desenvolvimento e, principalmente, permitir que elas possam ser explicitadas.

Sobre esse ponto de vista, Mattos (2001) reforça que prestar uma assistência integral, buscando atender às demandas programadas e as demandas espontâneas dos usuários, significa organizar os serviços de modo sempre disponível para assimilar uma necessidade não contemplada na programação de trabalho anteriormente definida. No caso

das necessidades no campo da saúde mental, esse é um modo de trabalho que deve sempre estar presente nas relações com os usuários dos serviços.

Sendo assim, os profissionais da atenção básica devem ter em mente que o usuário é um ser singular, com necessidades individuais e que responde de maneira particular aos agravos que comprometem sua saúde. Essa mentalidade já mostra sinais de concretização no cotidiano do PSF, como revela a entrevista abaixo

A gente sabe que ele tem o problema mental, mas a gente quer saber se ele está tendo outro problema paralelo. (Entrevista 14)

Diante da discussão levantada, voltamos a atenção para o trabalho interdisciplinar, já enfocada neste trabalho mas que merece ser destacado neste momento por representar mais uma inovação no campo da formação profissional e assumir simbolicamente o alicerce das relações de trabalho ao executar as ações traçadas pelas políticas públicas. O desenvolvimento do currículo integrado nas instituições de ensino tem entre seus fundamentos a interdisciplinaridade. A conscientização de que o ensino universitário sempre foi realizado através da fragmentação do conhecimento, separando áreas de concentração no plano de curso das disciplinas e aplicado-as de modo isolado nas práticas, passou a inquietar docentes envolvidos no processo de ensino.

Japiassu (1976) discute que a emergência da prática interdisciplinar se apresenta mais como uma forma de propor um remédio para a “cancerização” do saber, que propriamente uma socialização do conhecimento por meio das práticas profissionais. O mesmo autor defende essa idéia devido ao rápido crescimento no número de especializações, ainda verificado nos tempos atuais.

Ainda segundo Japiassu (1976), a característica mais forte da interdisciplinaridade é o fato de ela agregar o conhecimento presente em várias disciplinas e como resultado desse método de ensino, preparar melhor futuros profissionais para atuação no campo profissional. Além disso, outros resultados são alcançados através dessa metodologia, na visão do autor, entre eles: proporcionar transformações no meio científico e institucional a serviço da sociedade e desenvolver oportunidades de educação permanente, através da troca de conhecimentos.

É justamente na perspectiva de obter tais resultados que as políticas públicas têm ancorado suas diretrizes. Assim, vale ressaltar que a política de saúde mental na atenção básica obedece a esse feito, todavia, a dificuldade de superação do modelo da dissociação do saber ainda se revela em muitas equipes de trabalho, embora para o progresso das práticas

inovadoras de trabalho em saúde, tal dificuldade mostra sinais de fadiga em alguns grupos de trabalho. Assim, os relatos apresentados por Enfermeiras explicam que:

[...] a nossa equipe não tem muita dificuldade porque os agentes (referindo-se aos agentes comunitários de saúde) [...] trazem os problemas pra gente, e a gente já tenta trabalhar junto com a família. [...] não tem reunião em grupo, é mais um coisa assim individual, individualizada e por família. (Entrevista 01)

[...] tem um psiquiatra. [...] tem um psicólogo. [...] tem uma equipe multidisciplinar, não é só o PSF. [...] agente tem aqui perto um CAPS. (Entrevista 02)

Tal superação tem encontrado respaldo na própria política do Ministério da Saúde. Com o intuito de acelerar esse processo de capacitação dos profissionais da atenção básica e dos serviços de atenção em saúde mental de base comunitária, como os CAPS, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), departamento do Ministério da Saúde, em parceria com instituições formadoras, especialmente universidades federais, desde 2002 vem promovendo a formação de profissionais através do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005a).

De tudo isso, percebemos que o Ministério da Saúde encontra-se munido de ferramentas para a consolidação do que está disposto no desenho das políticas públicas de saúde, e desse modo, almejamos que Estados e Municípios utilizem, no mesmo compasso, tais ferramentas.

### **4.3 O cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF e a construção da integralidade**

A atual constituição brasileira parece um tanto generosa com o povo do nosso país, lançou mão de todas as amarras políticas para assegurar privilégios e direitos a todos os cidadãos. Utopia? Muitas experiências desenvolvidas no Brasil apontam que não. Contudo, o sonho de ver tudo se concretizar ainda tem uma longa trajetória pela frente.

No campo da saúde pública, o Sistema Único de Saúde foi instituído para atender ao exposto na Constituição, nos artigos da seção II, que trata da saúde, sobre a qual citamos o Art. 196 como ponto de partida; assim, o referido artigo discorre que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1996, p. 104).

Diante do que está explícito no texto constitucional, desde a sua homologação, o Estado passou a assumir o papel de gestor das ações e serviços de natureza pública, dividindo responsabilidades com cada nível da esfera de governo, priorizando o atendimento integral e defendendo a participação popular através da organização de seus representantes nos conselhos.

Segundo Arretche (2000), inicialmente, o processo de descentralização aconteceu em graus variados nos diversos Estados e Municípios brasileiros, em virtude dos fatores estruturais, institucionais e de ação e deliberação política esbarrados pelo processo de reforma, com respostas distintas em cada território. Entretanto, na década de 90, após a regulamentação do SUS através das Leis Orgânicas da Saúde, já citadas neste trabalho, o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde ganhou novo cenário, embora continuasse em ritmo descompassado entre Estados e Municípios.

Quanto à participação popular, essa foi uma grande prova do início de uma nova era democrática no regime brasileiro. O povo passou, a partir desse princípio, a ter assegurado o direito de voz e voto nas deliberações das políticas públicas. No caso da saúde, a comunidade ganhou espaço para expressar seus anseios e necessidades ligados ao setor, bem como, oportunidade de exercer a fiscalização sobre a aplicação dos recursos públicos a serem investidos com ações e serviços de saúde. E, ainda de manifestar denúncias de distorções na gestão pública e situações de desassistência, através das ouvidorias. Contudo, apesar de tantos poderes absorvidos pelos usuários através de seus representantes junto ao conselho de saúde, que corresponde a 50% de sua composição, ainda é muito questionada a veracidade dessa instância deliberativa.

Em uma análise sobre a dinâmica de funcionamento dos conselhos, Tatagiba (2002) chama atenção para alguns pontos de tensão na relação entre Estado e sociedade estabelecida por meio da atuação dos conselheiros. Entre eles queremos destacar apenas dois que julgamos ser os que representam maior repercussão na gestão pública e que trazem, como consequência, maiores impasses nas decisões de projetos que podem favorecer a coletividade. O primeiro refere-se às dificuldades dos conselheiros, tanto governamentais quanto não-governamentais, em administrar as questões de interesse público, sem permitir articulações maliciosas que favoreçam ao interesse individual ou de um pequeno grupo. A mesma autora comenta que postura como essa, por parte dos conselheiros, tem gerado entre as entidades verdadeiras disputas para garantir o assento no conselho e revelado que essa disputa pela vaga

no conselho expressa uma relação de poder e meio de obter vantagens sobre as entidades públicas.

O outro ponto destacado pela autora, diz respeito a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções. Muitos conselheiros que assumem posição nos conselhos não têm noção da lógica da formulação das políticas públicas. Muitos deles, não têm nem mesmo nível de instrução suficiente para acompanhar tal processo; essa realidade é ainda mais marcante nos pequenos municípios, nos quais a população é predominante rural.

Outro direito assegurado na legislação brasileira pertinente à saúde e que será tratado como o ponto alto da discussão dessa categoria temática é o atendimento integral com abordagem voltada para o objeto deste estudo. Mas, como diz Mattos (2001), trataremos esse direito como sinônimo de integralidade, como tem sido utilizado comumente.

Talvez, esse seja o princípio do SUS mais desafiador para a consolidação de suas estratégias políticas, talvez também seja o que mais lentamente está alcançando progresso dentro desse modelo de assistência. O certo é que a integralidade é um importante indicador de avaliação da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. Para os que criticam o SUS, essa forma de assistir ao indivíduo, traduzida por integralidade da assistência, é algo impraticável, impossível de garantir plenamente. Em contrapartida, para os defensores do SUS e que acreditam na possibilidade de concretizá-lo, a integralidade é vista como um futuro possível que representa uma transformação na organização dos serviços, garantindo condições para cada vez mais atender melhor a sua clientela, e uma mudança radical na relação entre profissionais e usuários, tendo sempre como objetivo atender às necessidades destes.

Atualmente, a lógica da integralidade vem deixando o campo dos discursos políticos, com o propósito de ressaltar um programa de governo, para integrar o campo das ações práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho dos profissionais e tornou-se elemento fundamental na oferta curricular das instituições de ensino e no planejamento de estratégias para a reorganização dos serviços de saúde.

Esse salto dado pelo princípio da integralidade defendido no SUS, com conseqüente inserção nas práticas profissionais, apresenta lacunas na sua aplicabilidade e, assim, divergências quanto no modo de cuidar dos pacientes, em particular no que diz respeito à capacidade dos profissionais em identificar necessidade desses pacientes captadas através da valorização das relações pessoais desenvolvidas durante o atendimento. Acrescido a isso, temos que nos reportar para as impressões deixadas pelo modelo biomédico, no qual a relação entre profissional da saúde e usuário era engessada num modelo verticalizado e mantendo um

distanciamento entre ambos que não permitia a investigação dos aspectos da subjetividade dos pacientes e que permeavam o seu estado de saúde ou doença.

A proposta de redirecionamento da assistência através das ações introduzidas pelo nível da atenção básica, fez crescer o ideal de práticas humanitárias tendo como fundamento o princípio da integralidade da assistência defendido nas políticas de saúde. Assim, visto que o PSF representa o recurso estratégico, definido pelo SUS, para fazer o diagnóstico em saúde do território de atuação de uma equipe, através do levantamento dos agravos mais frequentes entre a comunidade, dos fatores de risco presentes no meio, revelando o grau de vulnerabilidade social das famílias que compartilham o mesmo território, bem como identificando os recursos disponíveis de prestação de serviços públicos inseridos naquele espaço, a integralidade do cuidado às pessoas sob a responsabilidade de uma equipe do PSF constitui o grande eixo de sustentação deste modelo de atenção.

Assim, no que tange a esse desdobramento do modo de viver das pessoas da área mapeada pelo PSF, enfermeiras entrevistadas acrescentam:

[...] você encontra pessoas que usam drogas; talvez não por que queiram usar as drogas, mas é porque é o meio em que elas vivem. [...] Isso é comum na minha área de trabalho. Então a mãe desses filhos usuários de drogas chega para a gente e dizem: “olha! Hoje eu não sei se quando chegar em casa eu vou ter a panela pra botar no fogo, porque, ontem, eu dei uma saidinha e meu filho vendeu a televisão e o DVD pra usar drogas.”(Entrevista 11)

[...] A minha comunidade é jovem. [...] A maioria não tem emprego, tem problemas com drogas, problemas com depressão, geralmente as mulheres com depressão porque o marido está sem trabalhar, elas têm que cuidar de três, quatro filhos. (Entrevista 12)

O modelo de organização do PSF somado ao fato desse atuar próximo da comunidade, inserido no espaço social onde se desenrola todo o contexto de vida das famílias, permite aos profissionais descortinar as situações de risco existente no meio social e familiar das pessoas, produzindo o mesmo que Herbert de Souza (1994, p. 19) comentou em relação à situação da AIDS no Brasil: “um verdadeiro *strip-tease*” no grupo social sob os cuidados da equipe do PSF.

[...] a gente está mais próximo da população, avaliando no dia-a-dia a população, vendo os sinais e sintomas; muitas vezes, o sinal do corpo é mais um sinal que já provém da mente. (Entrevista 02)

Tal realidade torna-se ainda mais explícita durante as intervenções da equipe por meio da prática da visita domiciliar. Essa é vista como um poderoso instrumento de



diagnóstico das necessidades do grupo familiar e uma possibilidade de assegurar medidas de assistência integral.

De acordo com Savassi e Dias (2006) a visita domiciliar constitui um instrumento de realização da assistência domiciliar através de um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum grau de dependência física ou emocional ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde.

Além disso, a visita domiciliar possibilita identificar, *in loco*, as reais condições de moradia, de conservação das condições de higiene domiciliar, das relações interpessoais estabelecidas no interior do domicílio, dos fatores de risco aos quais estão expostas as pessoas que compõem a família e da ameaça que representam para o meio social, e de outros fatores que podem constituir riscos à saúde das pessoas que convivem no mesmo domicílio. Portanto, os profissionais do PSF, ao desenvolverem a prática da visita domiciliar, têm a oportunidade de fortalecer os vínculos com a comunidade e, desta forma, ampliar o diagnóstico das necessidades das famílias; como mostra o depoimento abaixo:

[...] além do acolhimento no consultório, a visita domiciliar, você conversa, você tenta ver aquele problema que está passando, a causa. (Entrevista 01)

É nesse momento, da visita domiciliar, que a equipe do PSF se depara com as condições mais dramáticas que muitas famílias vivem, especialmente quando essas residem em área de concentração de pobreza. Muitas vezes, o motivo que leva a equipe a desenvolver a visita domiciliar, solicitada seja pela família ou mais frequentemente pelo Agente Comunitário de Saúde, é apenas um, contudo, ao fazer o reconhecimento das condições de vida da família, muito outros problemas se revelam.

A gente faz visitas domiciliares, tenta conversar com a família, [...] a gente já identificou vários casos. (Entrevista 08)

Nesse sentido, a visita domiciliar constitui-se, também, em uma estratégia de intervenção no campo do cuidar em saúde mental, representando importante meio de preparar as famílias de portadores de transtornos mentais ou grupo familiar (ou indivíduo) em situação de conflito para lidar com o problema. No caso do portador de transtorno mental, a participação da família é mais um recurso para a continuidade do cuidado, através de uma dinâmica que permita inseri-lo no circuito familiar, desenvolvendo sua autonomia e promovendo a inserção no grupo comunitário de pertencimento do indivíduo. Mas na condição citada, o resultado da visita domiciliar é benéfico, também, para o próprio paciente

em acompanhamento, como forma de supervisionar o estado de saúde do mesmo e avaliar a eficácia de outras medidas terapêuticas que estão sendo disponibilizadas para a reabilitação do paciente.

[...] a gente, muitas vezes, visita pra ver como é que está; pra ver se está em crise ou encaminhar para o Areolino de Abreu, pra algum lugar. [...] os CAPS, a gente já teve oportunidade de encaminhar uns dois pacientes. (Entrevista 04)

[...] a gente leva medicação, a gente visita, [...]. Mas, a gente vai por uma questão de saber se ele não está tendo algum problema de saúde, assim, não problema mental. (Entrevista 14)

Quanto ao fato da participação da família no acompanhamento de seu membro familiar com transtorno mental suscitado no parágrafo anterior, é importante destacar que a família sempre exerceu papel de coadjuvante no processo de recuperação dos seus familiares. Entretanto, as experiências guiadas pelo ideário da reforma psiquiátrica atribuíram à família um papel fundamental nesse processo e, desse modo, passou a ser objeto de atenção da política de saúde mental, merecedora de cuidados e suporte técnico para lidar com as vivências que lhes são apresentadas.

Como defende Rosa (2003, p. 340), “a família deixa de ter uma participação passiva e torna-se uma interlocutora requisitada e reconhecida como legítima no cotidiano do portador de transtorno mental”. Portanto, o PSF deve estar sensibilizado para fazer o acompanhamento das famílias com portadores de transtornos mentais dentro do seu território e garantir meios de compartilhar intervenções, que não possam ser efetivadas no nível da atenção básica, com outros serviços da rede de cuidados. Isso que acabamos de colocar parece ser também o pensamento de Enfermeiras participantes deste estudo, como descrito a seguir:

[...] você chegando, conversando com a família, você sabe como lidar com aquele problema que eles estão passando. (Entrevista 01)

Às vezes, o cuidador não sabe, também, como se posicionar, não existe treinamento pra isso. [...] O papel hoje é esse: tá preparando a família pra receber a pessoa que tem transtorno mental. (Entrevista 08)

A orientação deve estar voltada para o cuidador deste paciente. (Entrevista 14)

Nessa concepção de garantir ações ampliadas (compartilhadas), observamos o primeiro sentido da integralidade tratado por Mattos (2001; 2004): o sentido que se refere aos atributos das práticas profissionais. Nesse caso, os profissionais abandonam o modo

reducionista de olhar o paciente, preocupando-se apenas com o segmento do corpo que supostamente está causando o sofrimento, e passam a adotar uma postura profissional capaz de desenvolver uma apreensão do paciente e de suas necessidades de modo muito mais abrangente.

No entanto, embora sejam observados indícios de algumas ações do cuidar em saúde mental no cotidiano das equipes entrevistadas sob o olhar das enfermeiras das equipes, muitas delas dizem não desenvolver nenhuma ação em saúde mental no PSF:

[...] o cuidar em saúde mental no PSF, a gente não faz essa parte; praticamente nada! O que existe de cuidado em saúde mental no PSF é somente as trocas de receitas; basicamente isso! (Entrevista 04)

[...] cuidar em saúde mental, agente, na realidade, não desenvolve isso, porque aqui os pacientes são encaminhados para o CAPS e lá eles recebem esse cuidado. (Entrevista 05)

Com a emergência da reforma psiquiátrica, novos paradigmas de atenção à saúde mental foram adotados. De acordo com Alves (2001), o termo “tratar”, aplicado para dedicar atenção específica em determinada condição patológica, está sendo substituído por “cuidar”, termo que agrega diversos problemas a serem superados. A partir disso, podemos observar nos depoimentos acima que as depoentes ainda guardam a concepção de que cuidar é uma ação focada na doença, sem considerar outros fatores associados e que resolvê-los implica em assistir o paciente. Outros relatos apontam para uma nova concepção do cuidar:

[...] eu acho que o PSF, no momento, o que a gente tá fazendo na questão da saúde mental, é tá identificando quem são essas pessoas com transtorno mental. (Entrevista 08)

[...] o trabalho que a gente faz aqui, infelizmente, é tentar encaminhar para o CAPS com o relatório e tudo, mas não temos essa resposta. (Entrevista 12)

[...] não existe o cuidar em saúde mental no PSF, pelo menos, no nível da nossa equipe; somente apoio psicológico e orientações básicas que não são suficientes. (Entrevista 15)

O paradigma da clínica ampliada instituído através da redefinição das políticas públicas na área da saúde trouxe, também, no bojo dos novos formatos de organização das práticas de trabalho, a noção da intersetorialidade, já mencionada neste estudo. E, entre as políticas de saúde, a política nacional da atenção básica e a política de saúde mental estão estruturadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais, na medida em que se fizer necessário para atender a lógica da integralidade do cuidado.

Com base nisso, embora as depoentes acima exerçam ações segundo a lógica intersetorial, as mesmas deixam entender nos seus depoimentos que não compreendem o sentido de tal ação. Por isso, é como se nada fosse realizado nesse sentido e sendo assim, não se pode avaliar a resolutividade dessa ação. Situação oposta é revelada na transcrição abaixo: a entrevistada mostra-se sensível para as necessidades dos usuários que procuram a unidade de saúde, mas não percebe os recursos existentes na rede que possam assegurar ações que promovam um atendimento integral, e desse modo, a assistência é desenvolvida através de recursos que se revelam insuficientes para a solução do problema:

As pessoas chegam pra gente com uma dor de cabeça, mas a gente vai ver a história, aquela dor de cabeça é um filho drogado que tem em casa que já está interferindo na saúde mental daquela pessoa. É um problema com o esposo. [...] se o PSF não tiver preparado para trabalhar com a doença mental, com a saúde mental como um todo, vai ficar bastante difícil, porque são aquelas pessoas que toda semana estão no posto; porque não é resolvido o problema mental delas. (Entrevista 02)

Os profissionais da atenção básica devem atentar para os novos formatos de organização do processo de trabalho das equipes e, desse modo, apreender os conceitos e diretrizes que fazem parte desses novos arranjos organizacionais, compreendendo que a responsabilidade pelo cuidar dos pacientes (aqui ressaltando o campo da saúde mental) não pode ser atribuída a um único nível do sistema de saúde; nem tampouco, a uma única equipe de trabalho (por exemplo, a equipe do PSF), e ao mesmo tempo, entender que a responsabilidade deve ser compartilhada com os outros serviços e profissionais, que o sujeito que está sendo cuidado demandar para resolver seu estado de sofrimento.

[...] quando não está ao nosso alcance de resolver, a gente encaminha. A gente encaminha pro CAPS. (Entrevista 01)

O recorte da entrevista apresentada acima supõe uma ação intersetorializada no cuidar em saúde mental na atenção básica. Essa ação parte da necessidade de contar com outros recursos, dentro da rede de cuidados, no sentido de buscar resposta diante do problema enfrentado pela equipe. Nessa lógica, uma ação intersetorializada impõe práticas interdisciplinares envolvidas nessa ação; uma vez que o fato de compartilhar o acompanhamento do caso com outro serviço, implica em dividir responsabilidades do cuidado com outros profissionais, outros saberes, novos modos de agir.

Nesse momento, novamente recorreremos às considerações de Mattos (2001; 2004) quanto aos sentidos da integralidade. Agora, a discussão converge para o segundo sentido da integralidade tratado pelo autor: o sentido da organização dos serviços e das práticas de saúde. Embora o autor enfatize a integralidade, aqui tratada, como uma crítica a dicotomia entre ações preventivas e curativas, destacando que os serviços eram organizados para atender, separadamente: ora práticas assistências (curativas), ora práticas de saúde pública (preventivas). Ele também destaca o modo de organização das práticas de trabalho no dia-a-dia do PSF. A crítica é feita sobre o modo de organizar o atendimento por público alvo de determinado programa, como por exemplo: pessoas cadastradas no programa de hipertensão, diabetes, pré-natal ou outros, excluindo as queixas que emergem da demanda espontânea.

Percebemos, com base nos discursos das Entrevistas realizadas no estudo, que a falta de um planejamento de ações homogêneas, relacionadas ao cuidar em saúde mental, permeando todas as áreas territoriais de atuação do PSF, induz ao desenvolvimento de ações isoladas, descontinuadas e ineficientes nesse tipo de abordagem, promovendo uma demanda reprimida no campo da saúde mental ou mesmo, atendendo parcialmente a necessidade do indivíduo que procura a unidade de saúde ou que é capturado pela equipe do PSF.

Não estamos, com essa reflexão, querendo desvalorizar as iniciativas de algumas equipes em desenvolver ações voltadas para a área da saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF, mas o que pretendemos é chamar atenção para a necessidade de um senso comum entre os profissionais que compõem o PSF com o objetivo de alcançar as respostas esperadas segundo as propostas das políticas de saúde.

Explicando melhor a questão, posta anteriormente, quanto à necessidade de um planejamento de ações contínuas e homogêneas, no cotidiano do PSF para atender às necessidades geradas no campo da saúde mental, estamos falando de uma estratégia de organização do trabalho da equipe do PSF que possa contemplar o cuidar em saúde mental através de ações compartilhadas e articuladas entre os membros da equipe e com outros serviços da rede de cuidados, quando for necessário. De modo que o PSF possa contar com a retaguarda de outras instituições e de outros profissionais a fim de garantir assistência integral ao paciente. Para isso é necessário o envolvimento de todos: profissionais, gestores, familiares. Um dos resultados que devemos alcançar é mudar a realidade apresentada pela Enfermeira entrevista neste estudo, cujo recorte do depoimento está descrito a seguir:

[...] não oferecem (referindo-se aos gestores) pra gente o suporte pra isso; então, é necessário que haja esse apoio, porque diante de mandamentos, jurídicos, normativos, executivos, de todos os poderes, agente tem demais!

Agora praticar as ações que a gente planeja, principalmente com esse grupo que é um grupo especial, que não pode ser exatamente só com o doente mental; mas, tem que envolver a família, eu vejo essa lacuna, vejo a necessidade, e observo que vai ser um tanto difícil por conta dessa carência que a gente tem. (Entrevista 15)

Pois, até o momento, o que verificamos é a falta de suporte técnico-gerencial e de organização da rede de serviços, dificultando a execução de programas e estratégias que garantam a efetividade das políticas públicas, conforme deixou claro a entrevistada acima. As ações desenvolvidas no PSF, em relação ao cuidar em saúde mental, ainda são muito incipientes e esbarram em vários obstáculos, já discutidos neste estudo, inviabilizando até mesmo ações mais simplificadas ligadas à área de prevenção de doenças psíquicas e de promoção da saúde mental, como mostra a entrevistada abaixo:

[...] você não vai tratar as pessoas com o adoecimento mental, você tem que trabalhar é o antes. Mas a gente não tem essa estrutura; a rede não tem essa estrutura. (Entrevista 13)

Nos deparamos com uma realidade difícil de enfrentar e que precisa ser transformada: o cuidar em saúde mental ainda não conquistou espaço na atenção básica, quer seja como ações preventivas, quer sejam curativas.

[...] eu não percebo e nem conseguimos, até o momento, a gente tá trabalhando com esse cuidar em saúde mental. (Entrevista 15)

A ideia de criar uma equipe de retaguarda para compartilhar os problemas diagnosticados na atenção básica e que necessitam contar com a intervenção de outros profissionais para obter a solução do problema, ampliando, dessa forma, o poder de resolução da equipe local de referência de uma determinada comunidade e garantindo condições para o desenvolvimento da integralidade na assistência, não se constitui propriamente uma inovação apresentada nesta pesquisa. Com suas próprias diretrizes, o Ministério da Saúde já elaborou a política de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, também já citada neste trabalho.

De acordo essa portaria, os NASF têm como objetivo diversificar a oferta de ações da atenção básica, bem como ampliar o poder de resolução dentro do território de atuação da equipe do PSF. Para isso, os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com as equipes do PSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes (BRASIL, 2008b).

Ainda segundo a portaria citada, com a implantação dos NASF, espera-se garantir a plena integralidade do cuidado físico e mental às pessoas assistidas pelas equipes do PSF, por meio de ações complementares ao trabalho destes. Para garantir isso, as equipes dos NASF devem ser compostas por profissionais de nível superior, com formação não-coincidentes: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional; sendo, no mínimo, 05 (cinco) profissionais para o NASF tipo 1 e, no mínimo, 03 (três) para o NASF 2.

Entre o conjunto de ações a serem compartilhadas entre PSF e NASF, o Ministério da Saúde definiu, também, atribuições no campo da saúde mental, conforme o que está descrito na portaria. Assim, são definidas como ações de saúde mental:

Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços, também, territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania (BRASIL, 2008b, p. 7).

Na perspectiva de atender integralmente aos usuários do SUS, que utilizam como porta de entrada no sistema o PSF, do mesmo modo que se encontram definidas ações no campo da saúde mental, estão também, definidas ações em outras áreas, como: Ações de Atividade Física (Práticas Corporais); Ações de Reabilitação; Ações de Alimentação e Nutrição; Ações de Serviço Social; Ações de Saúde da Criança; Ações de Saúde da Mulher e Ações de Assistência Farmacêutica. No entanto, tememos que essa seja mais uma política que

produz um tipo de “segregação social”; desta vez excluindo adolescentes, homens e idosos do conjunto de ações específicas definidas nesta política, além disso, que continue reforçando a postura do governo de estabelecer programas para atender a grupos específicos. Isso se assemelha a realidade já praticada, só que agora com uma nova roupagem.

Com toda certeza, a proposta dos NASF é perfeita, assim como muitas outras políticas já postas em implementação, desde que cumprida segundo as suas diretrizes, sem sofrer distorções na sua operacionalização, fato verificado em outras situações. Contudo, para seguir dessa forma é necessário, entre outros requisitos, estabelecer um diálogo entre profissionais e gestores a fim de contar com um entendimento único acerca dos pressupostos dessa política e motivar o envolvimento dos profissionais inseridos nessas ações. Caso contrário, tal estratégia de implementação do princípio da integralidade, poderá incorrer nas mesmas dissonâncias verificadas nas práticas de trabalho e na organização dos serviços, como ilustra o comentário a seguir:

[...] aquele que está mais em contato com você, mais solicitando, mais pedindo, agente está tentando resolver; mas aquele que fica mais escondidinho, como é o caso deles (se referindo aos pacientes com transtorno mental), agente já não dá tanta atenção. (Entrevista 14)

É nessa direção, como suposto no comentário acima, que têm sido conduzidas as políticas de saúde de base comunitária, como a política da atenção básica, por exemplo. Cunha (2005) chama atenção para o modo de oferta das ações de saúde desenvolvido no cotidiano do PSF, segundo um modelo de “cardápios fixos” para os usuários, ou seja, no dia definido, na programação da equipe, para o atendimento de hipertensos, por exemplo, pressupõe que todas as pessoas que comparecem à unidade de saúde tenham a mesma necessidade de intervenção e, sendo assim, a investigação clínica gira em torno de um único estado ou condição patológica. Além disso, esse cardápio de serviços de saúde é elaborado segundo às prioridades epidemiológicas e, desse modo, não resta espaço para questões individuais ou subjetivas dos pacientes. O resultado desse modelo de organização é que *aquele que fica mais escondidinho, [...] agente já não dá tanta atenção*; conforme comentou a entrevistada 14.

Diante do exposto, vale ressaltar o terceiro sentido da integralidade discutido por Matos (2001; 2004), trata das respostas dos gestores a determinados problemas de saúde ou condições de grupos especiais vistos como prioridade dentro da política de governo. Nesse âmbito, a crítica do autor diz respeito às ações planejadas para atender à determinados grupos com ações específicas para reverter ou controlar determinado indicador de saúde. Como



exemplo, podemos citar o programa de pré-natal, com o objetivo de captar mulheres grávidas precocemente para iniciar o acompanhamento pré-natal, com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade materna e de mulheres com baixa cobertura de pré-natal.

Vencer essa dicotomia no modo de organizar as ações a serem desenvolvidas no PSF, significa perceber o sujeito que está sendo inserido em um desses grupos específicos de atendimentos, como um ser singular com múltiplas necessidades, mas que responde de maneira particular às situações que representam risco à saúde, assim como, também, de modo individual às intervenções. Por isso, é imprudente que a equipe de saúde tente estabelecer um padrão único de conduzir a clínica de seus pacientes.

#### **4.4 A construção social do cuidar em saúde mental no PSF.**

As representações sociais buscam construir significados para um determinado fenômeno social a partir das diversidades e semelhanças identificadas entre os indivíduos e defendidas segundo suas crenças, valores e visão de mundo. Para Moscovici (2003), as representações sociais atribuem a toda imagem um sentido, do mesmo modo que a todo sentido uma imagem. Segundo o autor, a função de dar significado, interpretação a uma imagem é chamado de “ancoragem”; o contrário, materializar um sentido traduz a “objetivação”. Portanto, conforme argumenta Sá (2004) a Teoria das Representações Sociais (TRS) se caracteriza por um campo de estudos sobre a construção da realidade.

Assim, a partir desses conceitos construímos o entendimento de que procurar compreender um fenômeno, através da identificação de suas representações para os sujeitos envolvidos, contribui para o conhecimento da realidade na qual tais sujeitos estão inseridos e para a compreensão de suas respostas diante dessa realidade.

Com base nesse entendimento, apreender as representações sociais do cuidar em saúde mental a partir da construção de significados elaborados por enfermeiros (as), inseridas no contexto de trabalho do PSF, constitui uma oportunidade para refletir sobre a atuação dos profissionais enquanto atores corresponsáveis pela produção da saúde nas diretrizes das políticas públicas, bem como, sobre as condições de trabalho nas quais as equipes são colocadas para desenvolver o seu papel e nas tensões geradas entre gestores, profissionais de saúde e usuários, como resultado das divergências encontradas.

Tendo em vista o que foi dito no parágrafo anterior, podemos enfatizar a possibilidade de contribuição da Teoria das Representações Sociais na assimilação e compreensão de conteúdos acerca do cuidar em saúde mental emergidos da concepção de

enfermeiros (as) inseridas no PSF e que conduzem o comportamento desses sujeitos. Tura e Bursztyl (2003) assinalam que a TRS tem como referência o indivíduo vinculado ao seu contexto social e histórico, no qual experiências e práticas cotidianas influenciam na apropriação e na reconstrução dos significados atribuídos aos objetos.

Vale ressaltar que com a inovação nas práticas de saúde impulsionadas após a criação do SUS, e concomitante a essa conquista, com a implementação de medidas descentralizadoras nas ações de saúde, a concepção de saúde e doença vem alcançando novos sentidos, novos valores e significados. Assim, a concepção de saúde e doença passou a incorporar outros aspectos associados à vida do indivíduo, das suas relações sociais e do modo de enfrentamento da realidade. Desse modo, o critério para definir a condição de saúde ou doença não está mais restrito ao critério hegemônico da biomedicina, mas a um conjunto de critérios que direcionam o estilo de vida das pessoas, o equilíbrio entre o indivíduo e a sociedade e meio ao qual pertence.

No que diz respeito ao campo do cuidar em saúde mental, esse também incorporou novos conceitos e novas práticas de enfrentamento dessa realidade que, até a emergência do movimento pela reforma psiquiátrica era representado por ações que promoviam o isolamento do indivíduo psiquicamente comprometido, tendo o hospital psiquiátrico como o local por excelência para abrigar esses casos. Para Enfermeiros (as) inseridos numa nova metodologia de trabalho proposta na política da atenção básica, o cuidar em saúde mental alcançou dimensão ampliada que passou a valorizar o sujeito com suas potencialidades, singularidades e necessidades.

Diante disso, no que concerne a elaboração do conhecimento que Enfermeiros (as) do PSF guardam acerca do cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho de sua prática profissional, na atenção básica, apreendemos representações sociais que revelam a visão holística desses profissionais ao assistirem os sujeitos que necessitam de cuidados, e assim, revelando o respeito aos aspectos da subjetividade humana e da dinâmica social desses sujeitos. Para confirmar o que foi dito, as entrevistas abaixo dizem que cuidar:

[...] é o acolhimento. Às vezes eles vêm para o consultório ou pedem uma visita domiciliar só pra você ouvir a pessoa, aquele problema [...] você dar [...] caminhos pra ele decidir o que ele deve fazer. [...] eu acho assim que cuidar em saúde mental na prática é isso: é você não ficar só no consultório, é você ir lá, na família, ver o que está acontecendo (Entrevista 01)

[...] cuidar em saúde mental de uma forma mais abrangente. Seria você estabelecer um cuidado. Você preocupar-se com a saúde mental da sua comunidade. [...] fazer uma busca ativa de pessoas que, não

necessariamente, teria uma doença mental, mas que talvez tenha alguma propensão a desenvolver depois. (Entrevista 02)

[...] você ter este cuidado, essa preocupação de fazer uma busca ativa na comunidade e fazer com que as pessoas que já estejam doentes, você tentar amenizar de alguma forma - com terapias, com as visitas domiciliares - tentar amenizar aquele quadro. (Entrevista 03)

Eu acho que o cuidar passa pela questão de você tá ouvindo esse cliente que chega, [...] você pode identificar através de uma escuta compreensiva e avaliar essa questão de estar encaminhando. (Entrevista 08)

Com base nas entrevistas citadas, a representação do cuidar em saúde mental na atenção básica está ancorada no *acolhimento, autonomia, visita domiciliar, cuidar abrangente, amenizar o sofrimento e no saber ouvir*. Essas representações elaboradas pelos sujeitos da pesquisa refletem os pressupostos da atual política de saúde mental, cujo delineamento se apóia no modelo de rede de cuidados de base territorial, no fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários, no estímulo ao desenvolvimento da autonomia, na identificação dos fatores de risco presentes no meio social das pessoas, na integralidade da assistência e nas práticas profissionais humanizadas (BRASIL, 2005). Entretanto, Moscovici (1978) alerta para o fato de que não podemos entender as representações sociais simplesmente como uma reprodução da realidade no plano subjetivo, mas sim, uma reorganização no modo de pensar e agir do indivíduo. Como resultado disso, rege nossa própria relação com o mundo e com outros grupos, nossas condutas e comunicações, constituindo-se em um novo caminho para compreender a tomada de decisão dos indivíduos (BURSZTYN; TURA, 2003).

Apesar disso, conforme salientam Bursztyn e Tura (2003), não podemos esperar uma forma única de representações acerca de um determinado fenômeno ou objeto, pois é a partir das diversidades e das semelhanças veiculadas sobre certa realidade, carregadas de crenças, valores e regras sociais que caracterizam as várias culturas, que se constrói um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado em relação à esse determinado fenômeno. Nesse sentido, destacamos que ao investigar as representações sociais do cuidar em saúde mental entre enfermeiras do PSF, encontramos pontos de vista que divergem quanto ao significado do cuidar. Assim, para a entrevistada abaixo:

[...] a medicação é importante, mas, [...] as orientações, orientando alguns cuidados, ele pode melhorar, [...] contando também com a família. (Entrevista 03)

Nesse caso, a entrevistada associa o cuidar em saúde mental com a questão da *medicação* como conhecimento imediatamente construído em relação ao fenômeno estudado, embora possíveis influências do processo de comunicação que se estabelece nos grupos sociais, em torno do movimento reformista em saúde mental, tenham trazido novos elementos para a reconstituição de um novo sentido para a ação do cuidar, observado quando a entrevistada ressalta a importância das orientações e da participação da família nesta ação.

Contudo, a mesma entrevistada acrescenta elementos que descrevem uma realidade acerca do cuidar em saúde mental, culturalmente construída e imbricada nas práticas profissionais baseado na concepção do modelo biomédico de assistência, no qual o sujeito é visto sob o foco da doença e o controle ou a cura é alcançada por meio das tecnologias especializadas; como mostra a seguir:

[...] no caso do médico, ele prescreve a medicação, renova, digamos, transcreve, quando acaba, a família vem e ele transcreve a medicação e a gente faz algumas visitas domiciliares à medida que o Agente Comunitário requisita à equipe; mas, assim um trabalho dirigido, um trabalho específico, pra ele a gente não tem feito. (Entrevista03)

Outra participante do estudo compartilha com o paradigma biomédico em saúde, sinalizando tal postura quando a entrevistada comenta que:

[...] portadores de algum transtorno mental ou que vivem em sofrimento mental, ele ainda é aquele paciente que ainda faz uso de medicação, que tem o cuidado em casa, que se limita a prescrição medicamentosa, e que, na maioria das vezes, ele não tem nenhuma atividade extra. (Entrevista 06)

O modelo das práticas terapêuticas apoiadas na medicina tradicional (biomédica) ainda permanece entrelaçado na cultura de alguns profissionais, dificultando estes de visualizarem novas ferramentas de trabalho que permeiam o campo profissional dos tempos modernos. Segundo Mattos (2001), o padrão biomédico de assistência, que foi dominante por muito tempo na rotina de trabalho dos profissionais da saúde, se ocupa dos sofrimentos atribuíveis às doenças. Esse padrão está estruturado sobre um conjunto de conhecimentos e técnicas destinados ao diagnóstico das doenças e sobre a forma de enfrentar ou prevenir tais doenças que supostamente causam o sofrimento. O mesmo autor acrescenta que tentar cumprir um dos sentidos da integralidade, quando o caso demandar o olhar atento do profissional, significa fazer uso desse conjunto de conhecimentos e técnicas com o propósito de cuidar daquela doença que está produzindo sofrimento, mas também, ao mesmo tempo,

aplicar tais ferramentas na identificação de fatores de risco para outras causas que podem se desencadear e expressar um sofrimento futuro.

Essa reflexão mostrou-se necessária para enfatizar que o cuidar em saúde mental na atenção básica, em muitas realidades de trabalho, ainda continua sendo administrado dentro dos preceitos do modelo biomédico, como foi revelado na visão das últimas entrevistadas citadas neste estudo.

Embora o que foi dito ainda persista no cenário social da saúde pública da área investigada nesta pesquisa, não significa dizer que novos conhecimentos voltados para o modelo da integralidade não estejam se difundindo no meio profissional e construindo novas modalidades de conhecimentos capazes de organizar a comunicação entre os profissionais desse meio e definir novas condutas frente às situações de sofrimento causado pelas doenças ou aos fatores que representam risco de adoecimento.

Para reforçar essa convicção, a Enfermeira entrevistada, cujo recorte de sua entrevista está descrito a seguir, aponta para esse caminho, quando comenta que:

[...] a gente pode fazer como profissional é tá tentando identificar esse transtorno. Saber que aquele indivíduo tem um transtorno, identificar, ouvir – que agente passa pela questão do ouvir - e tentar dar, assim, um encaminhamento para esse problema. (Entrevista 08).

Desse modo, é partindo das diversidades individuais ou de um grupo e considerando o processo de comunicação como um meio que possibilita aproximar os indivíduos tornando social fenômeno individual, que são elaboradas as representações sócias. Nóbrega (2003) afirma que as representações sociais de um determinado fenômeno social não são homogêneas, uma vez que emergem da heterogeneidade da desigualdade social, mas são compartilhadas socialmente.

A mesma autora explica ainda que a caracterização das representações sociais, como processo de elaboração do conhecimento que serve para a orientação das condutas das pessoas, traduz o modo pelo qual um novo fenômeno é produzido nos processos de interações sócias.

Outro depoimento apóia essa idéia e diz que: cuidar em saúde mental é

É conseguir colocar essa pessoa para ter uma vida normal; por que eu tenho certeza que a pessoa que tem depressão, a pessoa que está envolvida com drogas, bebidas e tudo mais da saúde mental elas gostariam de ter uma vida normal. (Entrevista 12)

Na intenção de tentar aplicar as representações sociais para esclarecer essa dualidade no conhecimento sobre o cuidar em saúde mental apreendido por enfermeiras que atuam no PSF, retomamos a função identitária definida por Abric (1994) e discutida por Sá (1996). Nessa função, as representações sociais situam os indivíduos ou grupos nos sistemas de normas e de valores sociais compatível com meio social, em outras palavras, nessa função as representações sociais permitem identificar como determinado grupo social percebe a si mesmo e aos grupos com os quais ele interage (CAMPOS. P.,2003).

O conhecimento das representações sociais, neste estudo tratando do cuidar em saúde mental, constitui relevante instrumento para auxiliar determinado grupo social a compreender e propor intervenção para os problemas causados pelas divergências de percepção acerca de determinado fenômeno de representação social (SCHULZE, 2004).

Partindo desse entendimento e considerando que as representações acerca do cuidar em saúde mental revelam divergências entre os entrevistados, é possível justificar o modo como Enfermeiros do PSF manifestam suas condutas diante dos casos de sofrimento psíquico identificados em suas áreas de atuação.

Sendo assim, Enfermeiros entrevistados representam o cuidar em saúde mental fundamentado em ações curativas e preventivas, as últimas alcançadas através do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental. Essa forma de representação está presente na entrevista a seguir:

O cuidar em saúde mental, eu dividiria ele em dois: nos pacientes que têm transtornos mentais mesmo e o paciente, aquele que a gente não considera que tem um transtorno mental em si – o paciente de risco. Então esse cuidar ele tem que estar direcionado a fazer orientação, acompanhando esses pacientes sempre, priorizar esses pacientes como um grupo que merece atenção..., eu acho que mais isso. Quando você encontrar esse paciente na atenção básica, você procurar exercer essa política mesmo com todas as dificuldades – você procurar que ele vá ao CAPS, que durante a crise ele seja internado, se ele usa a medicação correta porque ele tem que usar. E aquele paciente de risco, você fazer o acompanhamento periódico para que ele não termine sendo um paciente com diagnóstico de transtorno mental. (Entrevista 10)

Outro depoimento revela que Enfermeiros do PSF apreendem o cuidar em saúde mental objetivado na investigação e diagnóstico da dinâmica familiar da comunidade e nas condições de vida dessas famílias que interagem no meio social. Assim, a entrevistada 11 comenta que:

[...] a saúde mental no PSF ela é muito abrangente: ela vai desde a família – como é essa família? Essa família é constituída por quem? Os constituintes dessa família / as pessoas que compõem essa família? Quantas gerações têm dentro dessa residência? Quantas pessoas moram juntas? De que sobrevivem? Em que trabalham? De que adoecem essas pessoas? [...] se tem desde o recém-nascido até o paciente idoso; que vínculo eles têm? Que respeito eles têm entre si? Qual o tipo de residência que eles vivem – se vivem tudo junto dentro de uma micro-residência com quarto, banheiro e sala ou se tem uma amplitude de espaço para cada um? Se a doença de um passa para o outro por falta de espaço ou por negligência na higiene? Tudo vai influenciar na saúde mental. (Entrevista 11)

De acordo com o depoimento da entrevistada acima, entendemos que para Enfermeiros da atenção básica, o cuidar se expressa por condutas que despertam o compromisso, interesse e responsabilidade sobre o modo de viver das pessoas. O olhar interessado, atento, dos profissionais desvenda a realidade social das famílias – um modo de fazer um “*strip-tease*” das condições de vida da família.

De fato, enquanto Enfermeiros do PSF, esses profissionais assumem um conjunto de atribuições, de âmbito individual e coletivo, que visam desenvolver atividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como intervenções para redução de danos ou sofrimento físico e mental que possam afetar o modo de viver saudável (BRASIL, 2007a). Com isso, Enfermeiros inseridos no PSF reconhecem que a relação saúde-doença está, diretamente, associada à interação dos fatores biopsicossociais, presentes na dinâmica familiar.

Diante dessa visão ampliada de saúde apreendida pelos profissionais da atenção básica, estes passaram a atribuir significados para o cuidar em saúde ancorados na lógica da *intersectorialidade* e da *interdisciplinaridade* que conduzem à *integralidade* da assistência. Os depoimentos abaixo expressam a afirmação que acabamos de fazer:

[...] a gente encaminha, se for mesmo pra psiquiatria, agente encaminha pra psiquiatra. (Entrevista 01)

E a família toda tendo uma boa estrutura, tendo a visão da saúde mental da família como um todo; aquela pessoa consegue se sobressair; mas, se a família já tem uma desestrutura, então fica bem mais complicado! (Entrevista 02)

O cuidar não é só cuidar daquele paciente, mas também cuidar da família; orientando a família mesmo, por que a família não sabe cuidar. (Entrevista 14)

No entanto, apesar de Enfermeiras entrevistadas neste estudo apontarem para o entendimento de que deve haver a implementação das ações de cuidar em saúde mental na atenção básica, visto que as equipes do PSF, que desenvolvem ações contempladas na atenção básica, segundo o desenho da política de saúde do Ministério da Saúde, são instrumentalizadas por um conjunto de ferramentas de trabalho de baixa tecnologia que possibilitam identificar as necessidades presente no contexto familiar das pessoas, além de estarem amparadas por diretrizes que norteiam o processo de trabalho das equipes; os relatos apresentados exprimem que executar tais ações definidas nas políticas nacionais esbarra em muitas dificuldades que envolvem não somente o desempenho profissional, mas a estruturação e organização da rede social e de serviços de saúde; assim como, a participação ativa no nível gestor.

Nesse sentido, os depoentes abaixo revelam que:

Mas que é fundamental se nós tivéssemos o respaldo, a equipe, porque não é o enfermeiro, não é o médico. O assistente social, ele é fundamental; o psicólogo, ele é fundamental; o sociólogo, ele é fundamental para você começar a trabalhar essa parte de prevenção e promoção da saúde mental. (Entrevista 13)

A gente carece muito mesmo da questão do tempo, da disponibilidade de pessoal, da disponibilidade dos recursos humanos também, porque a gente precisaria inserir nessa equipe o psicólogo e o assistente social; apesar de ser equipe, mas nós não temos uma equipe, nós temos um embrião do PSF. O PSF teria que ter uma equipe completa, teria que ter do engenheiro aos níveis técnicos menores, não menos importantes. (Entrevista 15)

A necessidade de respaldo referida pela entrevistada, que se traduz na busca de soluções para dificuldades manifestadas pelas enfermeiras entrevistadas, apareceu com elevada frequência nas entrevistas, que em função disso, optamos por analisá-la em categorias distintas anteriormente discutidas neste capítulo. Contudo, vale lembrar, que a perspectiva de funcionamento das equipes dos NASF revela a possibilidade de uma visão estruturante e reorganizadora da rede local de saúde como forma de garantir recursos humanos, científicos e estratégicos para a efetivação das políticas de saúde dentro dos seus princípios norteadores.

Mas, ainda merece chamar atenção que, como “porta de entrada” no sistema de saúde e o lugar essencial para desenvolver a integralidade das ações individuais e coletivas, ao mesmo tempo, que estabelece a interlocução com outros recursos da rede social que implicam nas condições de saúde da comunidade, a atenção básica deve ser um campo que precisa ser continuamente reinventado no sentido de dar conta das novas demandas que emergem na comunidade (MERHY, 2007).





O processo de trabalho em saúde, o que não se trata de uma característica particular dessa área, está sempre sujeito a situações inesperadas e continuamente necessitando de inovações para atender à diversidade de questões que ameaçam o padrão de saúde dos grupos sociais e que respondem de maneira diferente às intervenções individuais. Por isso, tentar encerrar a discussão levantada nesta pesquisa seria um esforço inútil, visto que se trata de um processo dinâmico por agregar conteúdos subjetivos que representam modos de viver, pensar e agir das pessoas.

Feita essa reflexão, queremos ressaltar que aqui serão apresentadas algumas considerações sobre a pesquisa desenvolvida, e da qual este texto compõe o relatório final, sem a intenção de esgotar o assunto.

Neste estudo procuramos, a partir da apreensão das representações sociais elaboradas por Enfermeiros da atenção básica sobre o cuidar em saúde mental, explorar temas que ressaltam os entraves, mas também, as potencialidades para a efetivação da articulação entre as políticas de saúde mental e atenção básica.

Nesta tentativa nos deparamos com uma “radiografia” do sistema de saúde da área estudada e das condições de vulnerabilidade social de muitas famílias, feita sob o olhar de Enfermeiras que atuam na atenção básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF). Contudo, medidas terapêuticas também foram reveladas após esse exame.

É evidente que as transformações alcançadas no setor saúde após o investimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tratando particularmente do campo da atenção básica e da saúde mental, não foram neste trabalho esquecidas e nem tampouco desvalorizadas; mas era esperado que diante do conjunto de ofertas que o SUS se propõe a cumprir, a necessidade de repensar as práticas profissionais, o modo de organização dos serviços e as estratégias para o enfrentamento das situações de risco e sofrimento dos usuários, representasse um alerta permanentemente ativo e que deveriam ser implementadas ações pontuais no sentido de equacionar os possíveis problemas. Caso, contrário, estancaria em uma reprodução de práticas de trabalho ineficazes, como inúmeras experiências vividas no passado.

Desse modo, sendo o PSF estrategicamente considerado a “porta de entrada” no sistema público de saúde, os profissionais inseridos nesse programa recebem situações de sofrimento humano causado não somente pela doença biológica, mas também, pelas diversas formas de adoecer socialmente, manifestada através de sinais de exclusão, violência, dependência química (que também representa um problema de saúde orgânico) e várias outros. Nessa condição, o PSF constitui uma área de trabalho que necessita estar em constante

sintonia e articulação com outros recursos de proteção à saúde das pessoas, a fim de assegurar respostas para essas situações.

Nesse sentido, é fundamental conhecer os significados elaborados pelos profissionais acerca desses fenômenos que representam risco à comunidade e qual a forma de enfrentamento disponibilizada para intervir nestes casos. Assim, ao levantar a investigação sobre as representações sociais acerca do cuidar em saúde mental elaboradas por enfermeiras da atenção básica, utilizando como campo de pesquisa, Unidades Básicas de Saúde previamente selecionadas, pertencentes à Regional Centro-Norte, do Município de Teresina, obtivemos enormes contribuições por parte dos entrevistados, que permitiram desenvolver uma análise ancorada nos preceitos das políticas públicas de saúde à luz do referencial teórico das representações sociais.

O material produzido por meio das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo e conduziu para a formação de quatro categorias, a saber: o cuidar em saúde mental no PSF: limites, desafios e potencialidades; mudanças curriculares e a formação em saúde mental; o cuidar em saúde mental no cotidiano de trabalho do PSF e a construção da integralidade e, por fim, a construção social do cuidar em saúde mental no PSF.

Da análise desse conjunto de categorias podemos extrair que Enfermeiros da atenção básica representam o cuidar em saúde mental como sinônimo de *acolhimento, autonomia, visita domiciliar, cuidar abrangente, amenizar o sofrimento e saber ouvir*; outros ressaltam a representação do cuidar em saúde mental associada à *medicação e encaminhamento*. Também, é levantada a idéia de que cuidar em saúde mental significa *cuidar não é só daquele paciente, mas também cuidar da família*. Além disso, ações que traduzem a lógica da *intersectorialidade, da interdisciplinaridade e da integralidade* também foram elaboradas pelos entrevistados.

Entretanto, existe uma concordância entre os entrevistados quanto às dificuldades para a implementação dessas ações no nível da atenção básica. Entre essas dificuldades, a falta de capacitação foi a mais relatada. Mas, também, a falta de organização da rede da saúde, de articulação com os outros serviços que poderiam prestar a retaguarda para as equipes do PSF e a falta de respaldo e suporte por parte da gestão local também foram postos em evidência.

Diante deste estudo, entendemos que o PSF representa o caminho direto para alcançar as metas estabelecidas de prevenção e controle dos agravos, mas para isso, é necessário contar com o envolvimento de gestores, profissionais da saúde e sociedade civil como atores interessados nesta questão. Em relação ao objeto de estudo neste trabalho, vale

destacar que medidas no sentido de motivar e de garantir a efetivação das ações de saúde mental na atenção básica devem ser introduzidas, através dos órgãos gestores. Entre essas medidas podemos apontar para a necessidade de estruturação da rede de dispositivos de assistência em saúde mental, desenvolvendo um trabalho articulado com o PSF, através da discussão de casos durante reuniões programadas na agenda de trabalho das equipes, planejamento e execução de visitas domiciliares numa ação conjunta entre as equipes, elaboração conjunta e acompanhamento do projeto terapêutico dos casos de sofrimento psíquico identificados na comunidade, estruturação da rede de referência para os casos que demandem intervenções de maior complexidade e especializadas, redefinição do número de famílias sob a responsabilidade do PSF, a fim de garantir uma assistência integral e continuada de todas as famílias do território de atuação das equipes, estruturação física das unidades básicas de saúde para garantir condições de trabalho com atividades integrativas no PSF e outras medidas que não foram citadas, mas que podem ser percebidas no contexto de trabalho das equipes.

Para finalizar estas considerações, queremos ressaltar que os autores reunidos neste trabalho para ampliar essa discussão e subsidiar as questões levantadas trouxeram contribuições que despertaram o interesse pela pesquisa e motivaram a busca constante de respostas para problemas que representam sofrimentos para a humanidade.



ABRIC, J. C. Prefácio. In: SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F.; Uma visão geral do método nas ciências naturais. In: \_\_\_\_\_. **O método nas ciências naturais e sociais. Pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, pp. 3-9.

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

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. SDE/ENSP, 1995.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-15. Janeiro, 2007.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2006.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Revan, 2000.

ARRUDA, A. Prefácio. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2003.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006.

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

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. Relatório de pesquisa. **Projeto de Pesquisa. Propostas Metodológicas**. Vozes: Petrópolis, 1988.

BELL, J. **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais**. Trad. Magda França Lopes. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BOBBIO, N. **Thomas Hobbes**. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição Federal 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Gestão Municipal de Saúde: Leis, Normas e Portarias atuais**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001c.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes/pdf>>. Acesso em 25 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. 5ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental no SUS: OS Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores 2004**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: < [www.saude.gov.br-saudemental](http://www.saude.gov.br-saudemental) > Acesso em 08 de Mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008b**. Disponível em: <[www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA\\_154\\_NASF.doc](http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA_154_NASF.doc)>. Acesso em: 05.06.2009.

BUENO, P. H. C. **As casas de pensões do pólo de saúde de Teresina: produção espacial e políticas públicas**. Teresina: UFPI, 2008. Dissertação do Mestrado em Políticas Públicas.



BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. Avaliação em Saúde e a Teoria das Representações Sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2003.

CARDOSO JÚNIOR, J. C.; JACCOURD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOURD, L. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas**. Campinas: Colegiado de Saúde Mental. 2005.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. In: **Ciências & Saúde Coletiva**, 8 (2):569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. 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, 2007.

CAMPOS, P. H. F. Quando a exclusão se torna objeto de representação. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2003.

CARVALHO, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Organizadoras). **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização** – Contribuição à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Edições IPUB / CUCA, 2001, pp. 9-38.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº3, de 7 de Novembro de 2001**. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne> > Acesso em 11 de Jun. 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em Saúde Mental em Unidade de Saúde da Família. **Mental**. Barbacena, ano III, n. 5, Nov. 2005, pp. 33-42.

DELGADO, P. G. A Psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em foco**: informe epidemiológico em saúde coletiva, ano VI, nº16, 1997.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. IPEA. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília, IPEA, 1990.

\_\_\_\_\_. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964 – 1984. In: SOARES, G. A. D.; D'ARAÚJO, M. C. **21 anos de regime militar**: balanços e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

ELSEN, I.; WAIDMAN, M. A. P. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14. n. 3, p. 341-9, julho / setembro, 2005.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2006.

FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro; Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta, 2. ed. Rio de Janeiro; Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura**: na idade clássica. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA – PI. **Programa de Saúde da Família**. 2008. Disponível em: < <http://www.saude.teresina.pi.gov.br/psf.asp>>. Acesso em 27 Out. 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 64-89.

GIDDENS, A. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GOLDENSTEIN, N. A gozação de Rosenhan e a antipsiquiatria : sobre semiologia, psicopatologia e terapêutica psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Organizadoras). **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização – Contribuição à II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Edições IPUB / CUCA, 2001, pp. 39-49.

GUIMARÃES, H. **Para uma psiquiatria piauiense**. Teresina: COMEPI, 1994.

GUSDORF, G. Prefácio. In: JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

HOBBS, Thomas. **Leviatã** ou Matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

IBGE. Banco de dados. **Contagem populacional**. População recenseada e estimada, segundo os municípios - Piauí - 2007 Disponível em: <  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/tabela1\\_1\\_9.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_9.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2008.

JACOBI, P.; PINHO, J. A. (Org.). **Inovação no campo da gestão pública local: novos desafios, novos patamares**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

JAPIASSU, H. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JORGE, M.R.; FRANÇA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Mar. 2001, Vol.23, nº. 1, p.3-6. ISSN 1516-4446.

LEAL, E. M. **A cidadania como eixo da prática clínica**: uma análise do programa de saúde mental de Santos. Dissertação de mestrado. UFRJ. Rio de Janeiro. 1994.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ano/vol. 6, p. 269-291, 2001.

LIMA, M. J. G. **A prática do assistente social na área da saúde mental**: uma análise centrada na cidadania dos usuários. Teresina: UFPI, 2004. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas.

LOYOLA, C. M.; ROCHA, R. M. Apresentação. **Cadernos IPUB**, 19:7-10, Rio de Janeiro: UFRJ / IPUB, 2000.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. (organizadores). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, set./out. 2004, vol.20, no.5.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHT, E. E.; ONOCHO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: \_\_\_\_\_. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Saúde Mental na Atenção Básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Jan. / Jun. 2007, v. 31, n. 1.

MORIN, E. Teoria e Método. In: \_\_\_\_\_. **O problema epistemológico da complexidade**. Portugal: Publicações Europa-América, 1996.

MORIN, E. O pensamento dissimulado (paradigmatologia). \_\_\_\_\_. **O método 4. As idéias.** Habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, suplemento n. 1, p. 79-92, dez., 2002.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (org.). **Representações Sociais:** teoria e prática. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2003.

OLIVEIRA, D. C. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPB / Editora Universitária, 2005.

PERRUSI, A. **Imagens da Loucura.** São Paulo: Cortez, 1995.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** São Paulo: Ed. 34, 1994.

PITTA, A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. MS/Conselho Municipal de Saúde. **Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 2001.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil.** Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 02-03-2008

PONTES, C. B. **Hospital Psiquiátrico:** seis séculos de história. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2006.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis – RJ: Vozes, 2008.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social. Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14. N. 3, p. 350-7, jul. / set. 2005.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O Método de Análise de Conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

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

\_\_\_\_\_.(org.) **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2005.

\_\_\_\_\_. A Reforma Psiquiátrica do Piauí no século XX. In: GUIMARÃES, L.; ROSA, L. C. S.; EVELIN, M. (Org.). **(Con)textos em Saúde Mental**: saberes, práticas e histórias de vida. Teresina: EDUFPI, 2008.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, pp. 112-29.

SÁ, C. P. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. 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, 2004.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M. et al. **Territórios, territorios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Visita Domiciliar**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: < [http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf\\_vd.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm) >. Acesso em 18 de jun. 2009.

SCHULZE, C. M. N. As Representações Sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. P. (org.). **O Conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SILVA Filho, J. F.; LEIBING, A. G. Psiquiatria, sua história e seu futuro no Brasil. **Cadernos IPUB/UFRJ**. Rio de Janeiro: nº 14, 1999.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

SILVEIRA, D. P.; **Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde**: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Dissertação do Mestrado. Rio de Janeiro. 2003

SMITH, A. **Teoria dos Sentimentos Morais**. Trad. Lya Luft. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

SOUZA, A. J. F. et. al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007, vol.60, n. 4, ISSN 0034-7167.

SOUZA, H. J. **A cura da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

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

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiatra na perspectiva da atenção psicossocial. In: **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14. N. 3, p. 403-9, julho / setembro, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ªed. São Paulo: Atlas, 1987.

TUOTO, E. A. **Os cirurgiões-barbeiros e os médicos da Família Imperial do Brasil**. 2006. Disponível em: < <http://pt.shvoong.com/humanities/history-medicine-science/173756-os-cirurgi%C3%B5es-barbeiros-os-m%C3%A9dicos/> >. Acesso em 16 jun. 2008.

WHITAKER, D. et. al. A transcrição da fala do homem rural: fidelidade ou caricatura? \_\_\_\_\_ . **Sociologia Rural: questões metodológicas emergentes**. São Paulo: Letras à margem, 2002, pp. 115-20.

VASCONCELOS E. M. O campo da saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização, da cidadania e da Interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VIEIRA, A. M. et. al. Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. S. (org.) **Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.





## APÊNDICE A – Ficha de Entrevista Semi-Estruturada

### Parte I: PERFIL DOS SUJEITOS:

- Idade: \_\_\_\_\_
- Sexo: Masculino      Feminino
- Formação em Saúde Mental: Sim      Não
- Tempo de trabalho na atenção básica: Menos de 05 anos  
05 a 10 anos  
Mais de 10 anos

### Parte II: QUESTÕES DE PARTIDA

- Fale sobre o cuidar em saúde mental no PFS?
- O que é para você cuidar em saúde mental no cotidiano de sua prática?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Esclarecimentos sobre a pesquisa:

Título do Projeto: **Representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por Enfermeiros (as) da atenção básica.**

Pesquisador Responsável: **Francisco de Oliveira Barros Júnior**

Telefone para contato:

Pesquisadores participantes: **Claudia Maria Sousa de Carvalho**

Telefones para contato: **(86) 3232-5368 ou (86) 9982-8436**

#### ◆ Descrição da pesquisa:

**A presente pesquisa tem como objeto as representações sociais do cuidar em saúde mental elaborada por Enfermeiros (as) da atenção básica.**

#### ◆ Objetivos:

- ✓ **Apreender as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por profissionais da atenção básica.**
- ✓ **Discutir as representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por profissionais apreendidas com vistas à implementação das políticas públicas de saúde mental.**

#### ◆ Procedimento metodológico:

**Serão utilizados como instrumentos para a coleta dos dados as técnicas da entrevista semi-estruturada e o teste de associação livre de palavras. As primeiras serão gravadas por meio de MP4 e o segundo, registrada em instrumento elaborado pela pesquisadora.**

- ◆ **A pesquisa não representa riscos, prejuízos, lesões ou outros danos para os entrevistados.**

- ◆ **A pesquisa não oferece benefícios diretos para o participante.**

◆ **Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é **Francisco de Oliveira Barros Júnior** que pode ser encontrada no endereço: Campus Universitário Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina – PI, Telefone (86) 3215-5808. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí localizado no Campus

Universitário Ministro Petrônio Portella, Centro de Convivência L09 e 10, Bairro Ininga, CEP 64.049-550, Teresina-PI, telefone: (86) 3215-5734.

◆ Garantia de sigilo: será preservado a privacidade e o anonimato do entrevistado, assim como o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma sem prejuízo para o participante.

◆ Os resultados da pesquisa serão publicados na dissertação e artigos científicos.

Teresina, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

---

Assinatura do participante

CPF: 397.829.303-00

---

Assinatura do pesquisador

**APÊNCIDE - C****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Representações sociais do cuidar em saúde mental elaboradas por Enfermeiros (as) da atenção básica**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data: \_\_\_\_\_.

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_.

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observações complementares**

