



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:
REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

JULIANA COSTA MACHADO

**JEQUIÉ/BA
2011**

JULIANA COSTA MACHADO

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:
REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Área de Concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: Prof^ª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA
2011**

Machado, Juliana Costa.

M131 Rede de atenção à saúde mental: representações dos profissionais da estratégia de saúde da família no contexto de reforma psiquiátrica/Juliana Costa Machado.- Jequié, UESB, 2011.
150 f: il.; 30cm. (Anexos)

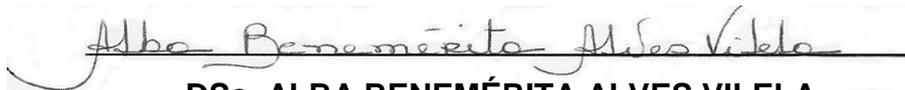
Dissertação (Mestrado-Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011. Orientadora Prof^a. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

1. Saúde mental – Representações sociais 2. Profissionais de saúde – Representações sociais 3. Estratégia de Saúde da Família (ESF) – Rede de atenção 4. Saúde mental – Reforma psiquiátrica 5. Saúde da família – Rede de atenção I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.89

FOLHA DE APROVAÇÃO

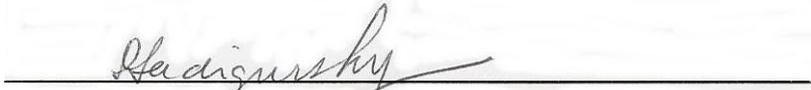
MACHADO, Juliana Costa. **Rede de Atenção à Saúde Mental**: Representações dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2011.



DSc. ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Doutora em Enfermagem. UESB

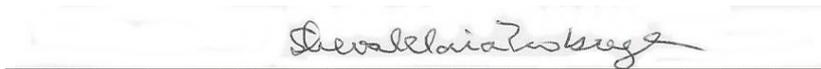
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



DSc. DORA SADIGURSKY

Doutora em Enfermagem.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA.



DSc. SHEVA MAIA DA NÓBREGA

Doutora em Psicologia Social pela École des Hautes

Etudes em Sciences Sociales.

Jequié/BA, 02 de dezembro de 2011

*Dedico este trabalho às pessoas a quem devo à
minha vida e com as quais mais aprendi; meu pai
Jorlando, minha supermãe Sônia, ao meu querido
marido Marone e à luz da minha vida, meu filho,
Arthur Maroni.*

Agradecimentos

À Deus... hoje mais do que nunca compreendo como é bom Te acompanhar e ser Tua serva Senhor! Sei que a cada passo que dou em minha vida é a Tua força que me conduz à vitória! E sei que essa força jamais me abandonará e me impulsionará a seguir sempre em frente em qualquer caminho...

Aos meus pais, Sônia e Jorlando. Mãe... Sem você nada disso teria acontecido, sempre presente nos meus momentos mais difíceis e sempre disponível a me ajudar nas árduas tarefas que busco na minha vida. Mãe obrigada por ser assim, maravilhosa!!! Meu pai que na sua simplicidade, sempre tem um ensinamento para mim e a certeza de que um dia chegaria até aqui! Obrigada! Amo vocês!

Ao meu marido Marone que sempre caminhou ao meu lado com respeito e compreensão e mesmo nos momentos mais difíceis, soube acolher minhas incertezas e com muito carinho soube me apoiar e tranquilizar não só na trajetória desse estudo, mas na jornada de minha vida!

À razão de todas as minhas buscas... meu filho Arthur Maroni, tão pequeno, com seus 3 aninhos, soube compreender as ausências da mamãe. Filho, obrigada por trazer luz à minha vida, fazendo com que a cada dia eu tenha a certeza que você é o maior presente de Deus. Te amo!

À minha querida orientadora Prof^a Alba Benemerita Alves Vilela, nossos caminhos se cruzaram desde a graduação, quando com sua determinação me acompanhou como bolsista e me ensinou os primeiros passos da pesquisa. Acredito que seus ensinamentos tiveram frutos... Obrigada pela paciência e pelo carinho que sempre demonstrou ao me orientar e ao acolher minhas ideias, jamais esquecerei!

*À minha anja Vanda Palmarella, mestre de minha vida profissional, quando nem eu mesma confiava, ela sempre acreditava na minha capacidade de ultrapassar as fronteiras e vencer. Amiga, obrigada, por me fazer descobrir o meu verdadeiro amor... a **docência**, e ser corresponsável por todas as minhas vitórias! Feliz a pessoa que encontra uma anja aqui na terra...*

*Aos meus irmãos **Jó e Cris**; e aos meus sobrinhos **Mateus e Rafael**, por compreenderem o momento incansável o qual estava passando. A vocês minha eterna gratidão.*

À minha querida Tia Silvana (Tita) exemplo de profissional, dedicada e responsável, me mostrou desde criança o que é ser enfermeira. Sempre me apoiou desde o início e sempre me mostrou o verdadeiro sentido de amar o que faz!!!

À minha querida amiga Vívian, sonhamos juntas com esse mestrado e hoje estamos aqui, finalizando mais essa etapa de nossas vidas. Felizmente amiga, os sonhos não param, que tal sonharmos agora com nosso Doutorado? Rsrrrs... Obrigada, Te adoro!!

*À **minha querida amiga Sumaya**, como foi bom te conhecer nesse mestrado. Quantas dúvidas, quantas inquietações. Ah! Se o celular falasse... Obrigada amiga, por dividir comigo esse momento, com você aprendi que a apesar de tudo a felicidade é a mais pura dádiva que uma pessoa pode ter. Te adoro!!!*

*À **Marizete Teixeira**, uma pessoa especial que cruzou o meu caminho. Com sua paciência e alegria me conquistou. Como brincamos, sorrimos e nos divertimos em Vitória-ES; e dividiu comigo conhecimentos sobre as representações que tanto contribuíram para o meu crescimento. Obrigada Zete!!*

*À **Profª Edite Lago** que com sua humildade me recebeu na disciplina de Estudos Independentes, foram poucos grandes momentos que compartilhamos, mas que com certeza alicerçaram os meus conhecimentos para a construção desse estudo. Admiro muito você!!!*

*À **Patrícia Anjos** por ter me incentivado neste estudo ainda como pré-projeto de mestrado. Os aprendizados ainda na graduação foram fundamentais para me fazer admirar a saúde mental.*

*Ao colega **Washington** por ter me ajudado com software Tri-Deux-Mots e na elaboração do artigo. Obrigada!*

*À **Profª Maria da Penha Coutinho** que soube com seus ensinamentos me mostrar o que são as Representações Sociais e trazer valiosas contribuições para este estudo na banca de qualificação.*

*À **Profª Enêde Andrade da Cruz** que também participou da minha banca de qualificação trazendo contribuições significativas na construção desse conhecimento.*

*Às professoras **Sheva Maia da Nóbrega e Dora Sadigusk**, por terem aceitado participar da banca de defesa dessa dissertação e por ter a certeza de trazerem considerações valiosas para este estudo.*

*Aos meus colegas da disciplina Estágio Curricular Supervisionado II **Juciara, Janine, Jean, Elisvalda, Gersomélia e Zenilda**, obrigada por compreenderem este momento da minha vida, pelos carinhos e colaborações quando eu precisei.*

*Ao **Grupo Verdejar** do Encontro de Casais com Cristo, vocês são pérolas preciosas que Deus colocou na minha vida, Irmãos em Cristo e Amigos para sempre!!! Obrigada pelas orações, pelos momentos de descontração, por entenderem as minhas ausências e não desistirem de mim... Adoro cada um de vocês: Bela e Torquato; Pri e Lucas; Rose e Thiago; Sabrina e Binho; Tita e Bira; Vanessa e Johny; Nanda e Rafa; Mayara e Vítor; Verônica e Edilson; Renata e Flávio.*

*À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, pelo apoio nos momentos em que se fizeram necessários na condução do mestrado.*

*Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPES)** pelo trabalho realizado no Curso de Mestrado, e, pela dedicação em dar o melhor de cada um de vocês para a efetivação do mesmo.*

Ao Laboratório de Saúde Coletiva representado pela professora Maristella, muito obrigada pela disponibilidade de sempre. Jamais esquecerei seus ensinamentos...

*Às colegas do **Projeto Violência Intrafamiliar no contexto das USF** pelo apoio, colaboração e incentivo durante todo esse momento: Vanda, Maristella, Alba, Vilara, Aline, Roberta, Carlane, Elisama. Muito obrigada!*

Aos colegas de mestrado pelos momentos que passamos juntos, pelos erros e acertos, lembrarei sempre de todos.

Aos funcionários do PPGES, pelo apoio.

Aos profissionais de saúde da ESF, pois sem a colaboração, o acolhimento, a disponibilidade e a atenção de vocês este trabalho não seria possível. Muito obrigada.

A todos que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade meu muito obrigado!!!

Quando amamos e acreditamos do fundo de nossa alma em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza de que nada poderá vencer a nossa fé.

Esta força estranha faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nossos objetivos ficamos surpresos com a nossa própria capacidade.

(Paulo Coelho)

MACHADO, Juliana Costa. **Rede de Atenção à Saúde Mental**: Representações dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no contexto da Reforma Psiquiátrica. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2011.150 pgs.

RESUMO

Estudo cujo objetivo geral foi analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM); e como objetivos específicos, apreender as concepções dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica; identificar como os profissionais de saúde da ESF percebem a RASM; e descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF para atender as necessidades de saúde mental da população no contexto da RASM. Fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Moscovici, por facilitar a compreensão de uma realidade social. Foi realizado no município de Jequié-BA; com 12 equipes da ESF, tendo como participantes 80 profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa, na qual foram utilizados multimétodos para coleta e análise das informações. Para coleta das informações foi empregado um roteiro composto por três momentos: o primeiro traduz o perfil sociodemográfico, o segundo foi a Técnica Projetiva - Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), e o terceiro com questões abertas sobre a temática para a entrevista semiestruturada. As informações advindas do TALP foram processadas estatisticamente pelo *software Tri-Deux-Mots* e submetidas à Análise Fatorial de Correspondência (AFC), já as advindas da entrevista semiestruturada foram analisadas por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bandin. A ética permeou todo processo da pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Da análise das informações emergiram três categorias: Construções sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica; A RASM e suas interfaces socialmente elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF; As ações de saúde da ESF: um enfoque ao cuidado em saúde mental; e suas respectivas subcategorias. Estas categorias se desvelaram de forma a apresentar as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a RASM, partindo desde as concepções sobre a reforma psiquiátrica às ações desenvolvidas por estes na ESF para atender as necessidades de saúde mental dos usuários, além de apontar as dificuldades encontradas para efetivar a RASM. O estudo conclui não existir uma RASM efetiva no município, o que evidencia uma necessidade de articulação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para que sejam discutidos os obstáculos encontrados na rede de saúde municipal, permitindo que os atores sociais visualizem os nós críticos dessa rede e elaborem estratégias para assegurar a continuidade do cuidado produzido pelas ESF no âmbito da saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde da Família. Saúde Mental. Profissionais de Saúde. Representações Sociais.

MACHADO, Juliana Costa. **Mental Health Care Network**: Representations of Family Health Strategy professionals in the psychiatric reform context. Dissertation [Master's degree] - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Bahia's Southwest, Jequié, Bahia, 2011.150 pgs.

ABSTRACT

Study whose general goal was to analyze the social representations of health professionals from the Family Health Strategy (FHS) on Mental Health Care Network (*RASM*); and a specific, apprehend the conceptions of professionals from FHT about the psychiatric reform; identify how health professionals from FHT perceive the *RASM* and describe the actions performed by health professionals from FHT to meet the needs of mental health in the context of *RASM*. Was based on Social Representation Theory, developed by Moscovici, by facilitating the comprehension of a social reality. Was performed in the municipality of Jequié-BA, with 12 teams from FHT, having as participants 80 health professionals. This is a research with an quanti-qualitative approach in which was used multimethod for data collection and analysis of information. For data collection was used a route composed of three phases: the first reflects the socio-demographic profile, the second the Projective Technique - Words Free Association Test (*TALP*) and the third with open questions about the thematic for the semi-structured interview. The information from *TALP* were statistically processed by the software Tri-Deux-Mots submitted to factorial analysis of correspondence (CFA) and the ones arising from semi-structured interviews were analyzed through the technique of thematic content analysis proposed by Bardin. The ethics permeated all the research process, according to Resolution 196/96 of the National Health Council. From information analysis emerged three categories: social constructions on the psychiatric reform by health professionals from FHT; The *RASM* and their socially interfaces developed by health professionals from FHT; The health actions from FHT: an focus on the mental health care, and their respective subcategories. These categories unveiled in order to present the social representations of health professionals from FHT on the *RASM*, starting since the concepts on psychiatric reform, actions developed by these in the FHT to meet the mental health needs of users, besides pointing out the difficulties found to effect the *RASM*. The study indicates there is no effective *RASM* in the city, which indicates a need of interaction between managers, health professionals and users, in order to discusses the obstacles encountered in the municipal health network, allowing the social actors to visualize the critical nodes of this network and develop strategies to ensure care continuity produced by FHT in the context of mental health.

Key Words: Family Health. Mental Health. Health Professionals. Social Representations.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto ao sexo	60
TABELA 2 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto à idade	60
TABELA 3 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto à categoria profissional	61
TABELA 4 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto à escolaridade	61
TABELA 5 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto o tempo de atuação profissional	62
TABELA 6 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto o tempo de atuação na equipe atual	62
TABELA 7 - Distribuição dos profissionais de saúde da ESF entrevistados quanto a outros vínculos empregatícios	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Relação das USF, número de equipes e localização, Jequié-BA, 2011	50
QUADRO 2 – Distribuição das Categorias, Subcategorias, Códigos e Unidades de Análise Temática	58

LISTA DE SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AFC – Análise Fatorial de Correspondência
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPF – Contribuição para Fator
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FACINTER – Faculdade Internacional de Curitiba
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NUPREJ - Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação
OMS – Organização Mundial da Saúde
PASC – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RASM – Rede de Atenção à Saúde Mental
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
TRS – Teoria das Representações Sociais
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	15
CAPÍTULO II	
REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 AS PORTAS SE ABREM... A REFORMA PSQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	23
2.2 ...MAS É PRECISO CONHECER... O DIREITO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	28
2.3 ...PARA CONSTRUIR LAÇOS... A ESF E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	32
2.4 ... E TECER OS FIOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	37
CAPÍTULO III	
A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TERÓRICO DO ESTUDO	42
CAPÍTULO IV	
METODOLOGIA	48
4.1 TIPO DE ESTUDO	48
4.2 CAMPO DA PESQUISA	49
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	52
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	53
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	54
4.6.1 Tri-Deux-Monts e a Análise Fatorial de Correspondência	55
4.6.2 Técnica de Análise de Conteúdo Temática	56
CAPÍTULO V	
ANÁLISE, DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF	59
5.2 TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)	64
5.3 O DESVELAR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF	72
5.3.1 Primeira Categoria: Construções sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica	72
5.3.1.1 Subcategoria: Do isolamento à humanização do cuidar às pessoas em sofrimento mental	73
5.3.1.2 Subcategoria: A reinserção social como significado da reforma psiquiátrica	77
5.3.1.3 Subcategoria: A família no contexto da reforma psiquiátrica	80
5.3.2 Segunda Categoria: A RASM e suas interfaces socialmente elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF	83
5.3.2.1 Subcategoria: Significados da integralidade para a RASM no pensamento social dos profissionais de saúde	83
5.3.2.2 Subcategoria: O CAPS como articulador da RASM	89

5.3.2.3 Subcategoria: ESF como parceira inserida na RASM	93
5.3.2.4 Subcategoria: Os nós da RASM	98
5.3.3 Terceira Categoria: As ações de saúde da ESF: um enfoque ao cuidado em saúde mental	104
5.3.3.1 Subcategoria: Acolhimento e Vínculo: Tecnologias Relacionais para o cuidado em saúde mental na ESF	105
5.3.3.2 Subcategoria: Ações Assistenciais e Educativas para o cuidado em saúde mental na ESF	110
5.3.3.3 Subcategoria: Limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF	116
CAPÍTULO VI	
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	121
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	
APÊNDICE A: ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS	137
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	138
APÊNDICE C: OFÍCIO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE	140
ANEXOS	
ANEXO A: OFÍCIO EMITIDO PELO CEP/UESB	141
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB	142
ANEXO C: OFÍCIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	143
ANEXO D: OFÍCIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE AUTORIZANDO A COLETA DE DADOS	144
ANEXO E: IMP DICIONÁRIO <i>TRI-DEUX-MOTS</i>	145
ANEXO C: AFC – <i>ANALYSE DES CORRESPONDANCES</i>	148

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

*A verdadeira viagem de descobertas não
consiste em procurar novas paisagens,
mas em ver com novos olhos.
(Michel Proust)*

A história da atenção à saúde mental é marcada pela perspectiva asilar, baseada na negação do ser humano como sujeito, no sentido da sua hospitalização, medicalização e objetificação. O hospital psiquiátrico era visto como o único espaço de tratamento das pessoas em sofrimento mental, cujo modelo de atenção reforçava a necessidade da exclusão e isolamento. Em razão disso, era visualizada uma relação de opressão e violência entre os doentes mentais e equipe de trabalho, onde o poder e o saber médico eram embasados no aniquilamento do indivíduo enquanto sujeito social.

A forma como pensava-se resolver a questão da doença mental, tirando as pessoas do seu convívio social e submetendo-os a tratamentos desumanos, revelava um caráter contraditório de tratar e curar. Não há possibilidade de cura em um espaço onde existe a negação dos desejos, das ações e a perda da liberdade. Ao passo que, tudo isso era necessário para fornecer também à sociedade em geral uma proteção contra a 'má conduta moral' das pessoas em sofrimento mental.

No contexto de maus tratos, exclusão e violação dos direitos humanos intensificaram por todo o mundo as discussões e mudanças na forma de tratar o doente mental com experiências como a da psicoterapia institucional, da comunidade terapêutica, da psiquiatria territorial, da desinstitucionalização, entre outras. Essas abordagens partiam do pressuposto de que o problema do louco não era tanto da doença em si, mas, sobretudo, das relações que se estabelecia com ela (AMARANTE, 1996; BASÁGLIA, 1991; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No Brasil, após a Segunda Guerra Mundial, aumentaram as discussões sobre como as pessoas em sofrimento mental eram tratadas e estigmatizadas, trazendo reflexões sobre a necessidade de mudança na atenção à saúde mental. Somente no

final da década de 1970, com a organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), é que se passa a protagonizar a reforma da assistência psiquiátrica nacional. Este espaço foi campo de denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de camisa de força, entre outros) a que os doentes mentais eram submetidos em hospitais psiquiátricos e as precárias condições de trabalho dos profissionais de saúde (AMARANTE, 1994, 1996).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem seu início marcado por outro movimento social – a Reforma Sanitária. Esses dois movimentos em favor da redemocratização da saúde no país buscavam a mudança dos modelos de atenção e gestão, nas práticas de saúde, com superação do modelo hospitalocêntrico, culminando no processo de elaboração de um novo modelo assistencial que garantisse os direitos dos cidadãos (AMARANTE, 1994, 1996; BRASIL, 2005).

As décadas de 1980 e 1990 foram períodos de transformação do setor saúde no país, assistiu-se nesses períodos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Neste novo contexto, a saúde passa a ser vista não somente pelo prisma das condições básicas de vida como alimentação, habitação, trabalho, entre outros, mas também, com direitos ligados ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a fim de garantir qualidade de vida às pessoas (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b). Assim, essas mudanças na saúde, nos aspectos jurídicos, políticos e técnico-assistenciais, foram essenciais para o fortalecimento do movimento de luta antimanicomial, com transformações efetivas na área de saúde mental.

O movimento da RPB organizou-se a partir do processo de desinstitucionalização, trazendo uma formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o estabelecimento de novas relações e novas situações que produzam novos sujeitos e com a finalidade de garantir a cidadania às pessoas em sofrimento mental. O ideário desta nova proposta foi inspirado no movimento conhecido como *Psiquiatria Democrática*, liderado por Franco Basaglia, precursor das grandes mudanças nas políticas de saúde mental italiana, pelo fato de abrir as portas do manicômio, rompendo com a psiquiatria vigente e mostrando ser possível tratar sem excluir (AMARANTE, 2009; DIMENSTEIN, 2007; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

No Brasil, para efetivar esse novo paradigma da pessoa em sofrimento mental como sujeito de sua vida e cidadão diante da sociedade, houve a promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, um marco da saúde mental, que estabeleceu a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades e práticas assistenciais (BRASIL, 2001). Atualmente a política nacional de saúde mental apoia a atenção à saúde mental em serviços abertos e de base comunitária. Isto é, garante a livre circulação das pessoas em sofrimento mental pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe.

Em vista disso, constitui-se a reabilitação psicossocial que valoriza e singulariza a subjetividade e existência da pessoa em sofrimento mental. A interdisciplinaridade está presente neste modo de atenção visando não mais à fragmentação, mas o cuidado dos aspectos biopsicossocial, cultural, espiritual (COSTA-ROSA, 2000). Dessa forma, novos olhares, novas práticas e saberes precisam estar direcionados à pessoa em sofrimento mental fora do ambiente hospitalar. A 'loucura' passa a ser discutida fora dos muros, ou seja, no seu território, dentro do seu convívio social; o 'louco' passa a ser visto como cidadão, sendo este o maior objetivo da luta pela reforma psiquiátrica.

O conceito de território neste modelo de cuidado vai além da simples delimitação geográfica, mas considera o espaço formado pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários. A política de atenção à saúde mental privilegia o território como espaço de construção de ações inovadoras, onde a família é um eixo condutor de inclusão e convívio social. A família se insere como colaboradora nas práticas de saúde mental, conhecidas como práticas de reabilitação psicossocial, que se mostram como um recurso singular e fundamental para que os serviços substitutivos viabilizem propostas de cuidado alicerçadas na desinstitucionalização (REIS, 2010).

A partir da mudança do modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais abertos, houve o encontro entre a saúde mental e a atenção básica. Entre os objetivos comuns dessas duas áreas de cuidado, destacam-se o atendimento territorializado, a participação da família no cuidado, a priorização do acolhimento e da escuta aos usuários, oferecendo-lhes um atendimento integral nas suas necessidades de saúde (MIELKE, 2009).

Na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como reorientadora do modelo assistencial no âmbito do SUS, com o propósito de modificar as práticas assistenciais, com implantação de equipe multiprofissional no território, estabelecendo vínculo e possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com a comunidade. A ESF busca inverter a lógica de produção do cuidado, centrando o processo de trabalho nas tecnologias de saúde, principalmente a leve e leve-dura, operando uma reestruturação produtiva, com objetivo de tornar mais resolutivo e dinâmico o cuidado na saúde da família (BRASIL, 2006; FRANCO; MERHY, 2006).

As ações de saúde mental na ESF são prioridades no cenário atual, entendendo que essas ações desenvolvidas no território são importantes na reconstrução da autonomia da pessoa em sofrimento mental, porque possibilitam que ela seja reconhecida como parte da comunidade, como sujeito que exerce a sua cidadania e efetiva a sua inserção social. As articulações dessas ações possibilitam a operacionalização da reforma psiquiátrica, partindo não somente dos serviços de saúde mental, mas incorporando outros serviços que ofereçam estratégias de atenção às necessidades de saúde mental da população.

Neste contexto, a ESF ganha espaço no trabalho na Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM), por situar-se mais próximo dos usuários, das famílias e das redes sociais, contribuindo na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, entre outras (BRASIL, 2004).

A estruturação da RASM é fundamental no processo de inclusão das pessoas com transtorno psíquico. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território, sendo fundamental que todas as organizações sanitárias sejam comprometidas e estabeleçam, com prioridades, as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade (MENDES, 2011; DELFINI *et al.*, 2009).

Segundo esse preceito, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assume relevância no cenário das mudanças ocorridas na atenção à saúde mental, configurando-se como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e um dispositivo estratégico na reorganização da RASM (BRASIL, 2005). Entretanto, o CAPS e os demais serviços de saúde necessitam estar articulados com a rede de

saúde que faz parte do SUS, como também com outras redes sociais, a fim de cumprir os preceitos da reforma psiquiátrica.

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

As propostas da ESF demonstram um volume de possibilidades e potencialidades capazes de ir além do atendimento à doença mental, mas à produção do cuidado integral, evitando o isolamento e a perda do convívio familiar e social. Embasados nesses pressupostos apostamos que se torna cada vez mais possível acreditar em ações de saúde mental na ESF que contemplem os objetivos do trabalho na RASM.

Outrossim, as crenças, informações e comunicações trazem as representações que repercutem na prática profissional, na inserção social, bem como na forma de aderir ao novo modelo de atenção à saúde mental, com a reforma psiquiátrica e com a inserção dos serviços substitutivos. Partindo dessa perspectiva, Moscovici (2010) propõe que a relação estabelecida entre indivíduo e objeto determina o objeto em si.

Dessa maneira, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia todo esse estudo, visto que as práticas profissionais de saúde ganham sentido e contexto como ações intencionais, institucionalmente localizadas e socialmente determinadas (OLIVEIRA, 2011). Consideramos que as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, contribuindo para o direcionamento das práticas.

Nesta perspectiva, a proposta de estudar as Representações Sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a RASM justifica-se pelas inquietações vivenciadas na formação acadêmica e na prática profissional, como enfermeira assistencial e docente.

Ainda na academia, no ano de 2004, houve a oportunidade de ser bolsista do Projeto de Pesquisa e Extensão intitulado “Alcoolismo: Interação/Intervenção com pessoas dependentes de Álcool e seus Familiares” da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Nesse período, foi possível ter o primeiro contato com a

temática, bem como a oportunidade de conhecer a realidade do álcool na vida das pessoas.

Vale lembrar que as participações nas atividades de pesquisa sobre o alcoolismo conduziram a uma nova investigação, que resultou em um subprojeto de pesquisa e trabalho de conclusão do curso de graduação, no qual buscava traçar as percepções de famílias alcoolistas sobre o alcoolismo e os principais problemas que as famílias enfrentavam em decorrência do consumo do álcool por um dos seus membros.

Ao final da graduação, realizou-se o curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Coletiva, oferecido pela Faculdade Internacional de Curitiba (FACINTER), o qual teve como trabalho final um artigo elaborado com base no papel que os familiares desempenhavam para o tratamento do seu membro alcoolista.

Todos esses estudos se fundamentaram no âmbito da ESF, sendo muitas vezes evidenciado que os profissionais pareciam distantes do contexto do alcoolismo na vida das pessoas, e, paralelamente a isso, da atenção à saúde mental.

No decorrer deste curso, no ano de 2006, foi iniciada a atuação profissional, onde houve a oportunidade de atuar como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família (USF), a qual atendia os serviços de hiperdia, pré-natal, crescimento e desenvolvimento e planejamento familiar, onde quase sempre eram identificadas situações de sofrimento mental dos usuários da comunidade. Entretanto, pouco poderia ser feito, em virtude da falta de condições de trabalho para o desenvolvimento de ações de saúde mental e também da equipe especializada.

Somente no ano de 2008 iniciou-se a atuação docente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, desempenhando atividades na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, quando supervisionava os estudantes no desenvolvimento de ações gerenciais, educativas e assistenciais às famílias de suas áreas de abrangência, nas USF do município de Jequié-BA.

Nessas atividades houve a oportunidade de acompanhar pessoas que sofrem mentalmente, as quais muitas vezes são encaminhadas ao CAPS para tratamento, reabilitação e reinserção social. Foi observado que os profissionais da ESF não estabeleciam uma corresponsabilidade com esse usuário, parecendo não sentir participante da RASM no cuidado à saúde mental.

Feitas essas considerações, tanto a experiência acadêmica como a profissional, levou a perceber a importância de articular uma RASM, em que a ESF possa ser vista como parte integrante deste processo de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento do sofrimento mental e reinserção social.

Nesse sentido, a TRS passou a ser apropriada pelos pesquisadores no campo da saúde para análise de objetos específicos do cotidiano profissional (OLIVEIRA, 2011). A autora ainda retoma que é necessário reconhecer como os profissionais de saúde “[...] definem os contornos e as dimensões das demandas de cuidado, despertando no profissional a consciência de sua responsabilidade dentro dessa totalidade” (OLIVEIRA, 2011, p. 598).

Assim, verificamos que a TRS nesta pesquisa foi fundamental para apreensão das representações, atitudes e condutas dos profissionais de saúde da ESF no contexto da RASM. Desta forma, algumas questões nortearam a construção deste estudo:

Quais as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a RASM?

Quais as concepções dos profissionais da ESF sobre a reforma psiquiátrica? Essas concepções contribuem ou não para a efetivação da RASM?

Os profissionais de saúde percebem a ESF inserida na RASM?

Os profissionais de saúde da ESF desenvolvem alguma ação de saúde mental no seu território?

Para tanto, traçamos como objetivos:

Objetivo Geral: Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a rede de atenção à saúde mental.

Objetivos Específicos:

- Apreender as concepções dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a Reforma Psiquiátrica.
- Identificar como os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família percebem a rede de atenção à saúde mental.
- Descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família para atender as necessidades de saúde mental da população no contexto da rede de atenção à saúde mental.

Os sujeitos envolvidos no processo de cuidado são vistos como atores que constroem e negociam continuamente arranjos sociais, através de sua vivência e das representações que criam nas relações cotidianas (OLIVEIRA, 2011). Assim sendo, acreditamos que, através da realização deste estudo, poderemos contribuir para a formação acadêmica da área de saúde, tendo em vista os novos conhecimentos abordados, suscitando desta forma novos olhares sobre o trabalho desenvolvido por profissionais de saúde da ESF no contexto da RASM.

Ressaltamos também a relevância deste estudo para os profissionais de saúde da ESF e dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, para que possam reconhecer a capacidade de programar e implementar ações conjuntas entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, propiciando uma RASM condizente aos preceitos da RPB.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

*Depois de algum tempo, você aprende a diferença,
a tênue diferença entre dar a mão e
acorrentar uma alma.
(W. Shakespeare)*

Buscando o entendimento significativo para este estudo reportamos a um aporte teórico que nos permitiu ampliar os conhecimentos sobre o que já se tem abordado sobre o objeto de estudo e as lacunas que ainda poderão ser desvendadas. Na perspectiva desta compreensão, discorreremos sobre a temática articulando os seguintes aspectos: a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Desinstitucionalização; o direito a Atenção à Saúde Mental e a Reabilitação Psicossocial; ESF e Saúde Mental e A Rede de Atenção à Saúde Mental.

2.1 AS PORTAS SE ABREM... A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Para entendermos a reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental, vemos a necessidades de reportarmos aos contextos históricos e ao tratamento que as pessoas em sofrimento mental eram submetidas.

A história da assistência à saúde mental é marcada por crenças, conceitos e atitudes que levavam a pessoa em sofrimento mental ao isolamento em instituições psiquiátricas. Nesses espaços, além de uma medida de suposta proteção da sociedade, prevaleciam os maus-tratos, o desrespeito, a violência física, a negação do sujeito e de sua subjetividade. Assim, quando o doente mental entrava no hospital em busca de reconstruir seu mundo pessoal, deparava-se com regras e estruturas que o impeliam a objetivar-se cada vez mais (BASÁGLIA, 1991, 2005; BIRMAN; COSTA, 1994).

A história do internamento, entre os séculos XVII e XVIII, tornava certo o destino asilar a todos aqueles identificados como doentes mentais ou sujeitos com a falta de razão ou desvio moral. O princípio da assistência, embutido no conceito de cura e tratamento da doença mental, não protegeu o louco dos temíveis sofrimentos físicos e psicológicos ao longo do seu internamento. As práticas do isolamento designavam uma nova reação à miséria, um novo patético, ou seja, outro relacionamento do homem com o que pode haver de desumano em sua existência (FOUCAULT, 1991).

Com base na lógica asilar construída, o psiquiatra Philippe Pinel, no final do século XVIII, agrega a busca pela humanização do tratamento daqueles sujeitos, até então mantidos como animais enjaulados. Pinel considerava urgente uma transformação na forma de lidar com a loucura, propondo a 'liberdade' das grades e correntes, mas defendia que os loucos ainda permanecessem no asilo. Pinel considerava que, para conhecer a loucura, era preciso observar, descrever, classificar, para, a partir da percepção, determinar o que era normal e patológico. Assim, ele desenvolveu um papel fundamental para a psiquiatria moderna, pois apontou a loucura como objeto da medicina e não mais só da filosofia, ele inscreve a loucura dos desvios da paixão e da moral no conceito de doença (AMARANTE, 1996; FOUCAULT, 1991).

A década de 1960 foi marcada por grandes transformações no campo da psiquiatria em todo o mundo, quando ocorreram alguns movimentos contrários às ideias de Pinel e seus seguidores; o internamento restringir-se-ia a uma etapa, e o principal momento destinava-se ao retorno da liberdade (AMARANTE, 1994; BIRMAN; COSTA, 1994). Esses autores destacam ainda o contexto de várias experiências por todo o mundo, todas pautadas em uma nova forma de lidar com as pessoas em sofrimento mental. Dentre as experiências mais significativas apontam a Psiquiatria Preventiva nos EUA, a qual insere a noção de desospitalização, no sentido de reduzir a internação, retirar dos médicos a exclusividade terapêutica, passando a outros profissionais, e criação de serviços extra-hospitalares na comunidade, assim como a Psiquiatria Democrática Italiana, que propõe a desinstitucionalização como uma forma mais ampla de cuidado à saúde mental.

Desta maneira, o processo da RPB tem seu contorno no contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial proposto pela experiência italiana. A Lei 180, de 1978, promulgada na Itália, conhecida como 'Lei

Baságliá', foi um fato de grande importância para o início das discussões sobre a RPB. Dentre outros elementos, esta lei traz a liberdade às pessoas em sofrimento mental, controla o regime de internação hospitalar e proíbe a criação de outros hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1996; BASÁGLIA; GALLIO, 1991).

A Lei Baságliá foi assim denominada a partir de sucessivas experiências assistenciais em Saúde Mental desenvolvidas pelo psiquiatra veneziano Franco Baságliá (1924-1980), e que faziam parte do movimento da chamada Psiquiatria Democrática Italiana. A partir deste movimento, abrem-se olhares para um novo modo de tratar e cuidar a pessoa em sofrimento mental, e percebe-se que a melhor opção é uma sociedade sem manicômios, já que estes configuram espaços de isolamento e perda da autonomia do sujeito (BASÁGLIA; GALLIO, 1991; BASÁGLIA, 1991, 2005).

Sobre esta questão, Baságliá defendia que as pessoas em sofrimento mental, ao se encontrarem diante dos muros dos hospitais psiquiátricos, entravam em um vazio emocional. A imagem do institucionalizado correspondia, portanto, a um homem petrificado, um homem imóvel, sem objetivo e sem futuro (BASÁGLIA, 2005). Assim, o mesmo autor faz críticas às condições subumanas às quais eram submetidos os internos em hospitais psiquiátricos. Exclusão, violência e abusos cometidos em nome da ciência, sob a justificativa de suposta necessidade de se tratar através da doença mental.

Esta crítica faz alusão ao doente ter sido colocado há muito tempo entre parênteses pela psiquiatria clássica e a nova proposta é colocar a doença entre parênteses. Esse processo perpassa pela reconstrução do objeto, cuja ênfase não é mais alicerçada na 'cura', mas no plano de 'reinvenção da saúde', o que significa a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade de viver em liberdade. Desse modo, são transformadas as relações de poder entre a instituição e os sujeitos envolvidos, para a construção de uma nova política de saúde mental que redimensionou a prevenção, o tratamento e a reinserção social na comunidade (BASÁGLIA; GALLIO, 1991; BASÁGLIA, 2005; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001)

Neste contexto, no Brasil, ao final dos anos 1970, o MTSM passa a protagonizar os desejos e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. Este movimento, em favor da mudança do modelo de assistência centrado

no hospital psiquiátrico e pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, é o propulsor no país da luta por melhores condições de se tratar o doente mental (BRASIL, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria é a inspiradora do MTSM e tem a finalidade de transformar a relação da sociedade com a loucura, transformar a assistência em saúde mental, melhorar as condições de trabalho dos profissionais da área e criar uma rede de serviços extra-hospitalares substitutivas ao manicômio. Tudo isso a partir da desconstrução dos saberes e práticas centradas no modelo biomédico para criar um novo campo prático, orientado para a defesa de acesso aos direitos de cidadania de todos os atores envolvidos: usuários, familiares, trabalhadores e população em geral (AMARANTE, 1994, 1996).

É, sobretudo, este movimento que passa a denunciar a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, à hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Diante das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, muda-se a apreciação ao hospital psiquiátrico como local ideal de intervenção, e já, na década de 80, surgem as primeiras transformações neste setor, com a criação de serviços de saúde voltados para a atenção diária às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (AMARANTE, 1996; BRASIL, 2004, 2005).

O MTSM caminha em direção à sua consolidação como um movimento social, com a incorporação de outros atores sociais (usuários, familiares, conselhos de saúde, sociedade civil organizada) ao movimento. Isso se deu a partir da realização do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, em 1987. Neste mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, quando o movimento dos trabalhadores de Saúde Mental passa a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sendo então lançado o lema: “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1994, 1996, 2009).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica passa a ser visualizada como:

[...] 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 (BRASIL, 2005, p 06).

A reforma psiquiátrica traz ao cenário brasileiro uma nova ética para o viver cidadão, a qual prevê o respeito ao ser humano e às suas diferenças, retirando do foco a atenção hospitalar psiquiátrica institucional, valorizando os serviços territorializados. As mudanças provenientes deste processo vão além de alterações físicas e estruturais dos espaços, elas perpassam por efetivas transformações de condutas, do cuidado, que na sua essência preocupa-se com o ser humano e suas reais necessidades (AMARANTE, 1994; REIS, 2010).

Neste sentido, o processo de desinstitucionalização caracteriza-se como um empenho constante na tentativa de desconstruir práticas institucionalizadoras, condutas inflexíveis, percebidas como únicas e verdadeiras, e construir na pluralidade das relações que permeiam a pessoa em sofrimento mental e seus familiares uma experiência mais benéfica possível (REIS; 2010).

Sadigursky e Tavares (1998) referem que, para atingir a proposta da desinstitucionalização, há necessidade de uma organização na sociedade, promovendo a operacionalização e utilização racional dos recursos necessários. Os mesmos autores ainda nos dizem que é preciso garantir a existência da assistência para as pessoas em sofrimento mental na comunidade, caso contrário estará somente modificando a nomenclatura.

Esses autores corroboram com a proposta de desinstitucionalização, pois esta não deve ser confundida com a desospitalização, ou seja, a saída do doente mental dos muros do hospital. Com a desinstitucionalização precisa-se repensar novos modelos e criar uma nova história, mas, primeiramente, precisa-se descobrir o paradigma problema-solução, ou seja, a ideia da doença que precisa de cura, em torno da qual se legitima o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito. O segundo passo da desinstitucionalização é o envolver e mobilizar neste processo estes mesmos sujeitos enquanto atores sociais, enquanto protagonistas de suas histórias (AMARANTE, 1996; ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001).

A partir desses pressupostos, em troca do manicômio é oferecida à pessoa em sofrimento mental a possibilidade de retorno ao seu ambiente familiar, sua comunidade ou até mesmo a experiência em residências de grupos. As proposições da desinstitucionalização têm sido um dos eixos da reforma psiquiátrica, embasando as práticas de saúde mental. A desinstitucionalização abre múltiplas possibilidades de análise, ilumina reflexões fundamentais para a produção de novos modos de pensar e fazer a saúde mental.

Dessa maneira, com o movimento da reforma psiquiátrica e, conseqüentemente a desinstitucionalização, iniciaram-se as reformulações do modelo assistencial da saúde mental, e, a partir da década de 1980, várias conquistas puderam ser visualizadas nos campos político, jurídico e técnico-assistencial.

2.2 ...MAS É PRECISO CONHECER... O DIREITO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A RPB seguiu o contexto de outro movimento denominado Reforma Sanitária, cuja maior vitória se consolidou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dois movimentos nascem a partir dos trabalhadores de saúde, na busca de uma mudança na sociedade brasileira, tendo a saúde como foco do processo de mobilização (BRASIL, 2005).

O movimento da reforma sanitária fazia crítica à assistência a saúde, que se dividia em ações de caráter individual/curativo (sob a responsabilidade da previdência social, que dizia respeito àqueles que trabalhavam no mercado formal, ou seja, que contribuíam com a previdência) e em ações de caráter coletivo/preventivo (sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, onde as ações de caráter da saúde pública eram dirigidas aos que não estavam inclusos no mercado de trabalho e às camadas pobres em geral). Além disso, havia a necessidade de se repensar o financiamento realizado aos setores privados, sendo estes contratados para prestarem assistência somente aos assegurados da previdência. Com isso, houve um crescimento da rede privada, centrada na atenção hospitalocêntrica, em que o Estado era o grande financiador (NASCIMENTO, 2007; PAIM, 2007).

Neste contexto, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, marcou a luta da reforma sanitária sendo que o relatório final teve como temas principais: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Este evento serviu de base para a elaboração pela primeira vez, de uma seção sobre a saúde na Constituição Brasileira, incorporando o entendimento de saúde como

resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse de terra, transporte e moradia (PAIM, 2007).

Desta forma, no ano de 1988 com a promulgação da Constituição Federal ficou firmado no artigo 196 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 a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Consta ainda na Constituição Brasileira que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, sugerindo o atendimento integral da população, garantindo a participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988). No entanto, a regulamentação do SUS se deu através das Leis Orgânicas nº 8080 e 8142, aprovadas em 1990, depois de muita negociação do Ministério da Saúde com o movimento da Reforma Sanitária. Mesmo após a aprovação das referidas leis, houve muita dificuldade de implantação do SUS, com resistências claras do Ministério da Saúde ao processo de descentralização, ao repasse automático de recursos para os Estados e Municípios (NASCIMENTO, 2007; PAIM, 2007).

Assim, as Leis 8080/90 e 8142/90 estabelecem princípios e direcionam a implantação de um modelo de atenção que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990a, 1990b).

Neste contexto, emergem também em torno da atenção à saúde mental as conquistas da RPB, fortalecidas principalmente pelos avanços da reforma sanitária. Ainda no ano de 1987, surge no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a proposta de resgatar a cidadania do doente mental e demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Assim, no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2004, 2005).

A partir dos movimentos sociais e pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, nascem as primeiras leis nos estados brasileiros, determinando a

substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir da década de 90, marcada pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Entretanto, somente em abril de 2001 houve a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2001). Esta Lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, marcada principalmente neste mesmo ano pela III CNSM, em Brasília.

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica acompanha os princípios e diretrizes do SUS e quando se fala sobre a Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei 10216/2001, que tem como diretriz principal assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção (do hospitalocêntrico para o comunitário ou territorial).

De acordo com o Art. 3 da Lei 10.216,

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, s/p).

Para Merhy (2002), as modelagens tecnoassistenciais dizem respeito a certas formas de organizar os serviços, às configurações de conhecimentos e saberes que buscam vigência para ordenar o cuidado e a gestão. Assim, o Ministério da Saúde propõe que é preciso estabelecer diretrizes, ações e metas na constituição de políticas que devem estar voltadas para a prevenção, tratamento e educação de profissionais de saúde, pacientes com transtornos mentais e seus familiares (BRASIL, 2004).

Com base nesses pressupostos, devem ser substituídos progressivamente os hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção em saúde mental constituída por CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de

convivência e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento nas ESF, unidades valorizadas por encontrarem-se inseridas na comunidade e ter como ênfase o trabalho direcionado a famílias. Assim, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implementação de equipamentos substitutivos passam a ser as principais estratégias políticas para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Assim, com a publicação das Portarias nº 336/02 e 189/02, que atualizaram a Portaria nº 224/92, incorporaram os avanços que conduziram uma nova proposta de assistência à saúde mental no Brasil, colocando o CAPS como de relevância no cenário das novas práticas em saúde mental do país, a fim de poderem cumprir sua atuação primordial na inclusão das pessoas com transtorno mental, assim como integrar-se ao cotidiano do usuário e conhecer seu território para potencializar os cuidados em saúde mental e a reabilitação psicossocial (BRÊDA *et al.*, 2005; SOUZA, 2006).

Atuar na proposta da reabilitação psicossocial significa reconstruir valores e aumentar o poder contratual, ou seja, o poder de troca na sociedade, nos âmbitos afetivo, material e de comunicação, em busca de maior autonomia (SARACENO, 1999). De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial é um processo, não uma técnica, que tem como objetivo oferecer aos indivíduos inadaptados em decorrência do sofrimento mental, condições para exercer suas potencialidades e capacidades de forma independente da sociedade (OMS, 2001).

Dessa forma, observa-se a possibilidade de maior acompanhamento das pessoas em sofrimento mental no seu território, no ambiente em que convive com seus familiares, em que mantém vínculos amigáveis, no seu local de pertencimento.

A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. [...] O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.30).

Assim, percebemos que os serviços de atenção à saúde mental têm como objetivo resgatar a cidadania do indivíduo com transtorno psíquico, fazer com que este se sinta sujeito do seu processo juntamente com seus familiares. Dessa forma, a atuação dos serviços destinados à reabilitação psicossocial, deve abordar três

aspectos fundamentais – moradia, trabalho e o lugar de trocas sociais – a rede social (SARACENO, 1999).

Assim, buscando-se consolidar o processo de reforma psiquiátrica, da reabilitação psicossocial e da política nacional de saúde mental, após mais de nove anos em relação à III Conferência, acontece a IV CNSM – Intersetorial, no ano de 2010. Nesta conferência muitos atores sociais mobilizaram-se e uniram-se com o propósito de discutir o contexto da saúde mental no país, objetivando-se tratá-la como um direito e compromisso de todos, sendo firmados os avanços e as metas para o enfrentamento dos desafios nas diversas esferas de governo (BRASIL, 2010).

Nesta direção, a assistência às pessoas em sofrimento mental e familiares deve basear-se na comunidade, próximo à residência do indivíduo, com ações de intervenções de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de sofrimento mental, atendendo as necessidades no contexto do cuidado integral. Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, permitindo a inclusão do usuário como protagonista do seu próprio processo de cuidado.

Assim, partindo dos pressupostos da ESF, verificamos ser esta estratégia fundamental no alcance das propostas da reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial, já que esta se pauta na produção do cuidado às famílias, encontra-se inserida na comunidade e lida com os espaços de trocas sociais dos indivíduos.

2.3 ... PARA CONSTRUIR LAÇOS... A ESF E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Com o movimento da RPB foi possível vislumbrar as transformações da atenção à saúde mental, do modelo clássico do tratamento psiquiátrico, centralizado nas práticas médicas, para um modelo pautado na reinserção social das pessoas em sofrimento mental, onde a família e a comunidade são essenciais para qualidade de vida desses sujeitos. A partir disso, o Ministério da Saúde compreende que os princípios de atuação da saúde mental são: noção de território, organização da atenção a saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da

cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

Desta forma, a atenção básica¹ se torna fundamental para a organização, juntamente com o CAPS da RASM, principalmente no sentido de ser territorializada, ou seja, estar no espaço de convívio social onde se podem resgatar as potencialidades dos recursos comunitários para aumentar a qualidade do cuidado em saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Sendo observada a importância da intersecção da saúde mental e a atenção básica, o Ministério da Saúde formulou princípios e estratégias para inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, através da Circular Conjunta 01/2003 (“O Vínculo e o Diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica”). O documento justifica esta inclusão com o argumento de que a atenção à saúde mental deveria ser feita através de uma rede de cuidados, nas quais estariam incluídas as ações na atenção básica (BRASIL, 2003).

Verificamos a consistência deste documento, ao ser destacada na Política Nacional da Atenção Básica na Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde que a atenção básica:

[...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, s/p).

Neste contexto, a atenção básica apresenta condições para atender os preceitos da Reforma Psiquiátrica, com base principalmente nas práticas da Estratégia de Saúde da Família de promoção ativa da saúde, necessidades e representações de interesses da população do seu território (VASCONCELOS, 2008).

A Política Nacional da Atenção Básica reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização deste nível de atenção no país, de caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica no país, de acordo com os

¹ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

preceitos do SUS, assumindo caráter substitutivo em relação à rede tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam, por meio do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, com ênfase no planejamento e na programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade, na perspectiva da construção de cidadania (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que antes era denominada Programa de Saúde da Família (PSF)², foi alicerçada no ano de 1994, mediante os avanços reconhecidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado no ano de 1991, para responder a necessidade de interromper a expansão da epidemia de cólera nas regiões Norte e Nordeste, assim como, melhorar alguns indicadores de saúde, como exemplo a mortalidade infantil (PAIM, 2007).

O deslocamento do foco de atenção do indivíduo para a família é uma marca distintiva do PSF, que almeja romper com o modelo centrado na saúde individual e na cura da doença, ao passo que procura ampliar a compreensão do processo saúde/doença, no qual a doença não é um estado, mas um processo de adoecimento, o que leva a enfatizar o cuidado, também entendido como um processo. Para isso, busca na atuação de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS), para fortalecimento do vínculo entre esta equipe e a população atendida (SARTI, 2010).

O fato de as ESF contarem com diferentes profissionais que compartilham o mesmo espaço físico e cuidado aos usuários não assegura uma integração em suas ações, pois dependem da articulação e conexões das intervenções realizadas. Assim, é importante a valorização do saber de cada profissional, na certeza de que não há saber que por si só seja suficiente para dar uma resposta à situação de saúde dos usuários, o que implica na valorização de cada profissional que compõe a equipe.

Dessa forma, as tecnologias se constituem em dispositivos essenciais para alcançar os objetivos determinados pela equipe de saúde, o que proporciona

² O Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006. Dessa forma, no presente estudo utilizaremos Programa de Saúde da Família para nos reportar à fase inicial da Estratégia de Saúde da Família.

aproximação entre os sujeitos envolvidos em um processo comum de trabalho. Merhy (2002), ao analisar as tecnologias que envolvem o trabalho em saúde, classificou-as em tecnologias leves ou das relações, que pressupõe a existência de acolhimento, vínculo, escuta sensível, entre outros; leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e duras, que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Nesse sentido, a utilização das tecnologias leve, leve-duras e duras é primordial para a resolubilidade³ de situações de saúde que levam os usuários a procurar as unidades de saúde, contudo, há de se considerar o uso adequado e racional das tecnologias leve-duras e duras, a fim de não tornar a relação entre o profissional e usuário centrada em procedimentos, normas e prescrições. Quanto ao uso das tecnologias leves deverá servir como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valoriza as subjetividades e singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Embasados nestes pressupostos, identificamos a saúde mental como um dos eixos da ESF, visto que esta lida com as famílias, indivíduos, com suas histórias e angústias, com seus sintomas e sofrimentos; praticando o acolhimento, ou seja, a escuta, que é considerado um dispositivo fundamental na produção de saúde mental, além de outras ações de participação e protagonismo do sujeito (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A ESF, por meio de ações, pode alcançar mudanças e transformações sociais, assumindo o papel de ser um dispositivo que melhor atenda aos objetivos da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 2006). A organização em rede de saúde mental incorpora serviços e instituições voltados para o atendimento e cuidados integrais em saúde. Assim, ao integrar a RASM a ESF assume a responsabilidade pautada na atitude terapêutica, não de tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (BRÊDA *et al.*, 2005).

Nos municípios que não dispõem do CAPS⁴, a equipe de saúde da família deve ser a referência e estar preparada para assistir a demanda. Enquanto que

³ Resolubilidade: resposta às demandas de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na 'porta de entrada', seja nos outros níveis de complexidade do sistema (SANTOS; ASSIS, 2006)

⁴ Os municípios com menos de 20.000 habitantes não são contemplados com o CAPS, conforme Portaria nº 336/2002, a qual preconiza a população como uma das inserções do CAPS em um município (BRASIL, 2004b).

naqueles municípios que dispõem do CAPS, este deve estar a todo o momento em intensa articulação com a ESF. Devemos considerar que o trabalho das equipes de saúde da família na comunidade faz com que haja uma maior percepção para as necessidades de cuidado em mental dos usuários (SOUZA, 2006).

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial⁵ surge como proposta para articular os cuidados em saúde mental à atenção básica, facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2005).

O Apoio Matricial às equipes da atenção básica deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos considerados ordenadores da rede de atenção em saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

A proposta do Apoio Matricial é promover encontro de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada. Dessa forma, o CAPS, no papel de serviço especializado, não estaria desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar numa outra perspectiva, a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário. Nesse sentido, a Saúde da Família é fundamental na promoção de outros modos de se relacionar com a loucura, fazendo com que se desconstrua e ao mesmo tempo construa nas famílias, nas vizinhanças, na comunidade outras relações de diferenças, permitindo à pessoa com transtorno mental um espaço onde se sinta sujeito e cidadão (DIMENSTEIN *et al.*, 2009; SOUZA, 2006).

Outra nova alternativa de serviço que se incorporou à RASM foram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços criados pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para o fortalecimento da ESF, melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica; as equipes dos NASF devem contar com, pelo menos, um profissional de saúde mental e realizar ações de matriciamento que visam a potencializar as ESF e apoiá-las a realizar ações de saúde mental na

⁵ Apoio Matricial em saúde mental é considerado um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação (BRASIL, 2005).

comunidade (BRASIL, 2008). A Portaria delimita as ações de saúde mental no NASF da seguinte maneira:

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 (BRASIL, 2008, s/p).

As equipes matriciais são compostas por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, estando abertas a outros profissionais que venham a contribuir para a reabilitação psicossocial dos usuários. A forma de atuação das equipes matriciais está em sintonia com os pressupostos da reforma psiquiátrica, contribuindo para a efetivação do processo de reabilitação psicossocial (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A partir desses estudos no âmbito da reforma psiquiátrica e todo o contexto que envolve a atenção à saúde mental, percebemos que vem sendo desenvolvidas estratégias que busquem a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, estigmatizadas por um longo período da história. Entretanto, a organização dos serviços de saúde deve ser norteada pelas necessidades de saúde da população assistida, na perspectiva de uma rede de atenção que seja substitutiva ao modelo tradicional e que efetive a proposta da desinstitucionalização, com ênfase nas práticas de saúde mental no território.

2.4 ... E TECER OS FIOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Até aqui desvelamos os conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica, o processo de reabilitação psicossocial, o CAPS e a inserção de ações de saúde mental na ESF. Verificamos que para a consolidação de uma atenção à saúde mental aos usuários, pautada nos princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica, torna-se indispensável discutir os modos de organizar a RASM.

Desta forma, a rede de atenção à saúde situa-se como estratégia fundamental para o alcance das necessidades de saúde de uma população, já que

tem missão, objetivos e ações únicas e interdependentes que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população. Com a crise do modelo hospitalocêntrico, vemos a necessidade de estimular o desenvolvimento de alternativas que contribuam para a produção da integralidade através da rede de serviços de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008; MENDES, 2008, 2011).

Assim, na rede de atenção à saúde tem que haver cooperação e coordenação, onde todos colaborem e atuem ao mesmo tempo e para o mesmo fim. A integralidade garante ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados dentro do sistema, e nunca isoladamente (SANTOS; ANDRADE, 2008).

Neste sentido, no contexto da Reforma Psiquiátrica faz-se necessário a reorganização do modelo assistencial em saúde mental pautada em uma concepção ampliada de saúde, compreendida não somente como a ausência da doença, mas na perspectiva de proteção, promoção da saúde mental e prevenção de doenças mentais. Portanto, para a efetivação dessa proposta, deve-se haver uma progressiva superação dos hospitais psiquiátricos e a implementação da rede de serviços substitutivos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, é preciso programar a RASM territorializada e integrada com os anseios da RPB (BRASIL, 2005; SOUZA, 2006).

A ideia de “rede substitutiva” ou “rede integral de saúde mental” passou a ser veiculada com mais intensidade a partir da segunda metade da década de 1980, mais especificamente com a criação do primeiro CAPS, em São Paulo, onde se observou esse serviço como dispositivo eficaz na diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos e na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2004).

Entretanto, não apenas um serviço, mas somente uma organização em rede é capaz de atender a complexidade de demandas de inclusão de pessoas em sofrimento mental. É a articulação em rede de diversos equipamentos que pode garantir a resolutividade dos problemas que acometem os indivíduos (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Desta forma, o território é conceito fundamental no trabalho em rede de atenção à saúde mental, este visualizado não somente como uma área geográfica, mas no âmbito das pessoas, das instituições e dos cenários que se organizam na comunidade. O trabalho desenvolvido conjuntamente com a comunidade no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades, proporcionando, desta

maneira, uma construção coletiva de soluções, de multiplicidade de troca entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

A constituição de redes entende processos comunicacionais e os processos de trabalho nos serviços de saúde, portanto, não se trata de rede como um conjunto de serviços. A ideia da rede de atenção à saúde designa um modo de funcionamento, um modo pelo qual os processos comunicacionais e de trabalho operam, e como os profissionais são subjetivados nesse campo (TEIXEIRA, 2003).

No âmbito da reforma psiquiátrica, criam-se espaços de produção de novas práticas para lidar com o sofrimento mental de maneira diferente da tradicional, requerendo a construção de novos conceitos sobre a 'loucura' e a forma de tratar o 'louco'. Na proposta do novo modelo de atenção à saúde mental, centrado no cuidado de base comunitária, a atenção à saúde mental torna-se tarefa de uma rede articulada de serviços e essa articulação deve incluir recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Assim, os CAPS passaram a assumir um papel estratégico na articulação da RASM, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sociosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outras (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais; já que os serviços de atenção básica encontram-se mais diretamente relacionados ao território do sujeito, onde os vínculos são mais efetivos com usuário, família e comunidade (BRASIL, 2005).

Com isso, as ESF tornaram-se um instrumento valioso na RASM para o atendimento às demandas de saúde mental, devido, entre outros fatores, a estarem próximas da comunidade, fator fundamental para o processo de ampliação do cuidado do sujeito em sofrimento mental. Isto porque permitem a utilização dos

dispositivos coletivos presentes na comunidade, como potencializadores da produção de saúde, uma vez que se aliam à reabilitação psicossocial.

Entretanto, existem poucos estudos relacionados à organização de uma rede de serviços em saúde mental que visam a superar os modelos de intervenções arcaicos e discriminatórios, e busquem de uma verdadeira integração do que há de melhor na atenção aos indivíduos (TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Zambenedetti e Perrone (2008), em seu estudo, discorreram sobre a lógica burocrática encontrada na operacionalização da RASM, onde a referência e a contrarreferência acabam propiciando a fragmentação da atenção e o enrijecimento e a dificuldade de acesso e dos fluxos de usuários nos serviços. Os autores consideram ainda que ainda ocorre um processo lento na constituição da RASM, mas visualizam um avanço ao se pensar em incorporar as ações de saúde mental na ESF.

Delfini *et al.* (2009) verificaram que é preciso estender parcerias entre o CAPS e a ESF, já que o trabalho voltado ao grupo familiar e ao contexto social tem resultados mais positivos que aquele que reduz o sujeito à sua doença. Ressaltaram ainda que o trabalho em conjunto, principalmente com o ACS, enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios.

Neves, Luchese e Munari (2010) encontraram em seu estudo que ainda existe um contexto de distanciamento histórico saúde mental x atenção básica. Para isso, afirmaram que é preciso incluir nas práticas da ESF ações de saúde mental, principalmente para se ter um impacto da ESF na integração da RASM.

Pensar em RASM é criar possibilidades diferentes de cuidar das pessoas em sofrimento mental, ou seja, novas estratégias assistenciais. Alguns autores verificaram ainda que a reorganização dos serviços deve contemplar modalidades diversificadas de atenção à saúde mental e integrada à rede de saúde, incluindo a atenção básica (SOUZA, 2006; TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Caçapava *et al.* (2009), em seus achados, identificaram que a organização dos processos de trabalho em saúde mental engendra-se na ESF pelo trabalho de equipe que interage e se articula ao acolher o usuário, acompanhar, promover a saúde e proporcionar espaços de trocas, disparando algumas ações que vão de encontro aos objetivos da RASM.

Camuri e Dimenstein (2010) apontaram alguns problemas vividos pelas equipes da ESF quando se trata da atenção à saúde mental. Foi observado entre os

profissionais de seu estudo desconforto, impotência, indiferença e muitas dúvidas sobre o que fazer com a demanda de saúde mental. Ressalta ainda que o trabalho das equipes apresenta-se instituído dentro dos padrões conhecidos e pouco inovadores. Diante disso vários autores discorrem sobre a falta de capacitações da equipe da ESF para detectar as necessidades de saúde mental em seu território e propor formas de intervenção (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; SOUZA, 2006; NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007; ARCE; SOUZA; LIMA, 2011).

Outros autores identificaram que a equipes da ESF que atuam com apoio da equipe matricial ampliam as potencialidades de agenciar mudanças nas práticas hegemônicas da saúde, no intuito de não se cometer o erro de torná-lo um modo cristalizado de trabalho (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; DIMENSTEIN *et al.*, 2009). Assim esses autores consideram que o apoio matricial é um instrumento para qualificar o trabalho na RASM, pois reúne um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e transformação da assistência à saúde mental.

Reportando aos conhecimentos sobre a atenção à saúde mental brasileira, percebemos a importância de verificar as representações dos profissionais de saúde da ESF no contexto da reforma psiquiátrica e da RASM, já que não foram encontrados trabalhos pautados no referencial teórico da TRS direcionado ao objeto de estudo. Existem poucas discussões no que tange à organização da RASM, mas os autores não sistematizam o conhecimento respondendo as nossas inquietações. Logo, consideramos este estudo de grande relevância, não apenas para os profissionais da equipe de saúde da família, mas para todas as áreas das ciências em que há interesse pelo estudo e compreensão da ESF e sua intersecção com a saúde mental.

CAPÍTULO III

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

As representações uma vez criadas, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem.
(Moscovici, 2010, p.41)

Esse estudo fundamenta-se no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa abordagem teórica fundamenta-se na psicologia social, na vertente da Escola Francesa criada por Serge Moscovici, que, em 1961, desenvolveu a Teoria das Representações Sociais através da obra: *La psychanalyse: Son image et son public*. Moscovici explica no seu estudo sobre a representação social da psicanálise, como o conhecimento científico é convertido em um saber do senso comum; como também possibilita reconhecer que as representações sociais constituem para nós uma realidade partilhada e elaborada (MOSCOVICI, 2010).

A TRS apoiou-se no conceito sociológico de Representação Coletiva de Durkheim. Com base em sua investigação acerca das práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australiana, Émile Durkheim desenvolveu a tese de que as representações são coletivas, à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, permitem o homem a pensar e agir de modo homogêneo e atribui às representações coletivas o status de objetividade e também de estática (NÓBREGA, 2001).

Lahlou (2011) nos diz que o olhar das representações coletivas direcionava que os objetos de estudo deveriam ser compartilhados por todos os membros de uma coletividade, com uma visão de mundo determinada. Dessa forma, segundo o autor, Durkheim referia que se deveriam produzir estruturas comuns para que a agregação das concepções e dos comportamentos individuais não se tornassem um caos, mas uma forma organizada.

Durkheim em seus estudos propôs o termo representações coletivas enfatizando que há uma prioridade do social em relação ao individual. Ele analisa as representações dos indivíduos que compõem uma sociedade, onde são realidades que se impõem a eles, ou seja, são conhecimentos inerentes à sociedade, os quais se apreendem no tempo e no espaço, tendo certa estabilidade (LAHLOU, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Já a TRS é fundamentalmente dinâmica, suscetível à transformação, possibilitando compreender a sociedade de modo menos totalitário. Deste modo, a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas (ABRIC, 2000; WAGNER, 2000).

Para Moscovici a sua intenção em utilizar o termo representação social era enfocar os processos criativos da geração de conteúdos novos e significativos que surgiam durante a transformação das configurações mentais e sociais, buscando as representações que sempre estavam em elaboração no contexto das interrelações. Ele tece críticas sobre Durkheim ao afirmar que não se pode em uma sociedade inteira uma representação homogênea e compartilhada por todos os sujeitos (MOSCOVICI, 2010).

Antes dos estudos em representações sociais, o senso comum era considerado como um conhecimento 'confuso' em relação ao conhecimento científico. Essa dicotomia faz com que Moscovici se apoie na forma de se processar o conhecimento e a comunicação, na investigação de como foram geradas as representações sociais, e não onde o conhecimento científico foi corrompido ou distorcido (NÓBREGA, 2001).

Assim, entendemos que é por meio da linguagem do senso comum que ocorre a compreensão das representações sociais, na identificação do seu meio que os indivíduos ou os grupos têm, e é através disso que conceitos, significados e argumentações são determinados e aceitos por todos (ABRIC, 2000; NÓBREGA, 2001; WAGNER, 2000). Desse ponto de vista, as representações sociais são abordadas como um produto e um processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade (JODELET, 2001).

Desta forma, podemos dizer que a representação aceita ao indivíduo ou grupo compreender a realidade através de suas próprias concepções, de se adaptar

e se encontrar com o mundo ao seu redor. Neste contexto, isto permite dizer que as Representações Sociais “é uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Para Vala (2006, p. 461),

Uma representação é social no sentido em que é coletivamente produzida; ou seja, as representações sociais são um produto das interações e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, os seus projetos, problemas e estratégias e as suas relações com outros grupos.

Embora negligenciada pela comunidade científica por um longo tempo, a TRS, atualmente, consiste em importante referência, não apenas na Psicologia Social, mas também, em um vasto número de ciências; o que confirma sua importância na análise dos fenômenos sociais (ABRIC, 2000).

As representações sociais é um processo criativo (de elaboração cognitiva e simbólica) que serve de orientação aos comportamentos das pessoas e são produzidas especificamente através da comunicação. Assim, a comunicação social é responsável em como formam as representações sociais onde são estruturados em três níveis: 1) cognitivo (refere-se ao acesso desigual das informações, interesses ou implicações dos sujeitos, necessidade de agir em relação aos outros); 2) formação da representação social (objetivação e ancoragem); 3) edificação das condutas (opiniões, atitudes, estereótipos) (NÓBREGA, 2001).

Através de uma produção simbólica, a representação social encadeia ação, linguagem e pensamento em suas funções primordiais de tornar o não familiar conhecido, viabilizar a comunicação e obter controle sobre o meio que se vive, compreender o mundo e as relações em que nele são estabelecidas. De fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto (JODELET, 2001; OLIVEIRA, 20011).

Moscovici refere as representações sociais como tendo duas funções principais que vão contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. A *Função de Saber*: permite compreender e explicar a realidade através do saber prático do senso comum, permitindo aos atores sociais adquirirem conhecimentos e integrá-los a um quadro assimilável e compreensível para eles. A outra é a *Função de Orientação* das comunicações

sociais, comunicação essa que estabelece códigos com o objetivo de nominar e classificar de maneira singular partes do mundo desse grupo, bem como acontecimentos da vida individual e coletiva dessa comunidade (MOSCOVICI, 2010; NÓBREGA, 2001).

Mais tarde, Abric contribui com mais duas funções às representações sociais. A *Função Identitária*, que assegura a especificidade e imagem positiva do grupo e a *Função Justificadora*, que proporciona aos atores sociais reforçarem ou manterem comportamentos de diferenciação social ao se relacionarem entre grupos (ABRIC, 2000).

O campo da representação social envolve significações, saberes e informações, ou seja, abrange a totalidade de expressões, imagens, ideias e valores presentes no discurso sobre o objeto. A abordagem das representações sociais abrange os aspectos constituintes da representação: imagens, informações, crenças, valores, opiniões, elementos ideológicos, culturais, entre outros (JODELET, 2001). Em seu todo, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas (MOSCOVICI, 2010).

Moscovici (2010) destaca que para análise da representação social existem dois mecanismos básicos na formação da representação: a ancoragem e a objetivação. O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que está no mundo físico.

A ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o em função dos laços que este objeto mantém com sua inserção social (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011). Estes mesmos autores ainda referem que um objeto é ancorado quando ele passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes.

Ao discutir as representações sociais da loucura, Jodelet (2005) afirma que sua ancoragem em um fundo comum prático e cultural dá às representações sociais os conteúdos e as colorações específicas que traduzem algo da identidade cultural e da mentalidade grupal. É a partir do processo de ancoragem que a autora diz poder

compreender o jogo da cultura, assim como as características históricas, regionais e institucionais da produção do sentido.

Vala (2006, p. 472) corrobora com os achados de Jodelet ao afirmar que:

A ancoragem refere-se ao fato de qualquer construção ou tratamento de informação existe a partir de pontos de referência: quando um sujeito pensa um objeto, o seu universo mental não é por definição, tábua rasa. Pelo contrário, é por referência experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que um objeto novo pode ser pensado.

Já o mecanismo de objetivação Moscovici (2010, p. 71) nos diz que a “objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência da realidade”. Assim, a objetivação transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o do seu quadro conceitual científico.

Segundo Vala (2006) a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural. Neste sentido, a objetivação consiste em dar corpo aos pensamentos, tornar o impalpável em palpável, ou seja, é o processo que tem como finalidade tornar o abstrato, concreto (NÓBREGA, 2001).

A ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação, para assegurar as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. A ancoragem permite a incorporação do que é desconhecido ou novo em uma rede de categorias usuais (NÓBREGA, 2001 P. 77).

Jodelet (1984 *apud* TRINDADE, SANTOS, ALMEIDA 2011) assume a reflexão de que a objetivação e a ancoragem são os dois processos que tratariam da elaboração e do funcionamento de uma representação social. Entretanto, Jodelet ressalta o processo de objetivação como um processo que traz à tona a ‘intervenção do social na representação’ enquanto a ancoragem diz respeito à ‘representação no social’.

A Representação Social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Assim, uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo (WAGNER, 2000).

No campo da saúde a TRS vem sendo discutida principalmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um

dado grupo social, ou seja, o conhecimento que o grupo utiliza para interpretar tais problemas e justificar suas práticas profissionais de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2001). A autora considera que trabalhar com representações sociais significa nos termos adequados à saúde, reconhecer a existência de uma forma específica de saber, denominada conhecimento do senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-profissional específico. Dessa teia de relações comunicativas na área da saúde participam tanto o saber reificado quanto o saber do senso comum.

Ferreira e Brum (2000) acreditam que os estudos norteados pela TRS no campo da saúde podem auxiliar profissionais de saúde na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e se expressam em suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas cotidianamente.

Oliveira (2011) ressalta que esse saber técnico-profissional está voltado a objetos oriundos da prática profissional cotidiana, ao próprio processo de trabalho e ao desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde, colocando-se como ponto de partida para os processos de intervenção nas questões de saúde. Por outro lado as representações sociais facilitam e são condições necessárias à comunicação social, elas definem, permitem a troca social, a transmissão e a difusão desse saber.

Apoiados nesses pressupostos, ao buscarmos apreender a questão da reforma psiquiátrica e da RASM pelos profissionais de saúde da ESF, arrecadamos subsídios teóricos para examinar mais detalhadamente como e porque são produzidos novos domínios de saber e novas subjetividades sobre o tema em questão. Percebe-se que é possível, a partir da prática e do conhecimento partilhado pelo grupo do estudo, verificar como o saber comum se articula no saber científico e formam as representações dos objetos sociais, e no que os atores se opõem e se aproximam ao representá-los.

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

*O método é a própria alma do conteúdo.
(Lênin)*

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, no qual foram utilizados multimétodos para coleta e análise das informações. A pesquisa descritiva objetiva a descrição de características de determinado fenômeno; já a pesquisa exploratória visa a esclarecer, criar mais familiaridade em relação ao fato, fenômeno ou processo (SANTOS, 2007).

A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, ou seja, são compreendidas como aquelas capazes de reunir a questão do significado e da intencionalidade, como essenciais aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2010).

Por outro lado, a abordagem quantitativa utiliza experimentos, lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados (TURATO, 2005). Alguns autores acreditam que a abordagem quanti-qualitativa é fundamentalmente incompatível. No entanto, outros acreditam que muitas áreas de investigação podem ser enriquecidas através da combinação dos dois tipos de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), ou seja, a chamada pesquisa multimétodos.

De acordo com Nóbrega, Fontes e Paula (2005) os estudos da psicologia social e das representações sociais têm utilizado frequentemente multimétodos (quantitativo e qualitativo), assim como variados instrumentos mais adequados à obtenção dos dados que forneçam mais fielmente uma apreensão pelo pesquisador do objeto social. Embasados nesses pressupostos, e considerando a utilização da

TRS como fundamentação teórica deste estudo, optou-se pela utilização de multimétodos.

O procedimento quantitativo utilizado neste estudo restringiu-se ao tratamento estatístico realizado com os dados obtidos através de uma técnica projetiva, os quais foram processados através do *software Tri-Deux-Mots* (versão 2.2) e interpretados por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Entretanto é válido salientar que os seus resultados foram analisados qualitativamente assim como os discursos que emergiram da entrevista semiestruturada.

4.2 Campo da Pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, situado na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, tendo por isto um clima quente e úmido. Possui uma área total de 3.227km², com uma população de 151.820 habitantes, segundo o recenseamento de 2010 (IBGE, 2010).

Em relação à rede municipal de assistência à saúde da Atenção Básica, o município dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde e 27 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011; JEQUIÉ, 2010).

Em relação à cobertura do ESF no município de Jequié, a zona urbana apresenta 57,3% de cobertura, e 4,6% na zona rural, totalizando 61,9% da população (JEQUIÉ, 2010).

No que se refere à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade, o município dispõe dos seguintes serviços: Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Referência em Saúde Sexual; Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Farmácia Popular; Tratamento

Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas; Laboratório Municipal.

Em relação ao cenário propriamente dito de nossa investigação, ou seja, as USF, no período da coleta de dados, as equipes estavam distribuídas em 18 USF, sendo 25 equipes na zona urbana e duas na zona rural, conforme destacado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Relação das USF, número de equipes e localização, Jequié-BA, 2011.

Nome da USF	Nº de Equipes	Localização
USF Amando Ribeiro Borges	02	Zona urbana
USF Antônio Carlos Martins	01	Zona urbana
USF Gilson Pinheiro	01	Zona urbana
USF Isa Cléria Borges	01	Zona urbana
USF José Maximiliano H. Sandoval	02	Zona urbana
USF Padre Hilário Terrosi	02	Zona urbana
USF Tânia Diniz C. Leite de Britto	01	Zona urbana
USF Aurélio Sciarreta	03	Zona urbana
USF Giserlando Biondi	02	Zona urbana
USF Idelfonso Guedes	01	Zona urbana
USF Isabel Andrade	01	Zona rural
USF João Caricchio Filho	01	Zona urbana
USF Milton Rabelo	02	Zona urbana
USF Odorico Motta	01	Zona urbana
USF Rubens Xavier	02	Zona urbana
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	01	Zona urbana
USF Virgílio Tourinho Neto	02	Zona urbana
USF Waldomiro Borges	01	Zona rural

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto ao Departamento de Assistência à Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, no período de abril/maio 2011.

Utilizamos alguns critérios de inclusão para definir as USF que iriam compor o cenário da pesquisa. Assim, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: equipe mínima completa, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo seis meses de implantação; equipes com os profissionais com no mínimo seis meses de atuação na unidade; equipes da zona urbana.

É importante ressaltar que neste mesmo período o município estava passando por algumas mudanças na gestão municipal da saúde, no que diz respeito aos recursos humanos, assim, 9 equipes de saúde da família da zona urbana estavam incompletas. Dentre as 16 restantes da zona urbana, em 2 equipes os coordenadores se negaram a receber a pesquisadora, e em 2 equipes alguns profissionais tinham menos de seis meses de atuação na USF. Desta forma,

conseguimos abarcar 12 equipes para compor o cenário do estudo, distribuídas em 7 USF.

4.3 Participantes do Estudo

Considerando que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, a população deste estudo foi constituída por profissionais de saúde da ESF, compreendidos entre enfermeiro, médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD); auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Utilizamos como critério de seleção dos profissionais aqueles que possuíam no mínimo seis meses de atuação profissional na USF, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Para o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) estabelecemos coletar os dados de todos os profissionais de saúde das equipes selecionadas, que adequaram aos critérios da pesquisa, perfazendo um total de oitenta (80) participantes. Dentre estes, escolhemos de maneira aleatória os profissionais para participarem da entrevista semiestruturada, ao tempo em que, à medida que emergiam as entrevistas, empregamos o critério de saturação das respostas proposto por Sá (1998). O autor recomenda que tal processo possa ser interrompido quando os conteúdos das respostas passam a se repetir seguidamente, sem que novos temas sejam observados nos discursos dos participantes. Desta forma, na entrevista semiestruturada contamos com a participação de trinta (30) profissionais de saúde da ESF.

Os números de profissionais de saúde por equipe de saúde da família que participaram do TALP foram: 7, 8, 4, 9, 7, 7, 6, 8, 6, 5, 6 e 7, desses, participaram da entrevista semiestruturada 4, 2, 2, 4, 2, 3, 2, 3, 3, 2, 2 e 1. Vale ressaltar que, para todos os informantes, o primeiro instrumento a ser coletado foi o TALP para não influenciar nas entrevistas com os conteúdos obtidos da evocação.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Os estudos alicerçados nas TRS podem utilizar uma diversidade de instrumentos para coleta de informações, possibilitando a combinação de métodos (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003), com intuito de garantir a apreensão das informações que se complementam, garantindo desse modo uma análise fidedigna do objeto social.

Para desvelar as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a RASM, utilizamos as seguintes estratégias: uma Técnica Projetiva – o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista semiestruturada. Para coleta de dados utilizamos um roteiro (Apêndice A), que compreendia três momentos: o primeiro estabelecia a caracterização dos sujeitos do estudo, através do seu perfil sociodemográfico e educacional; o segundo trazia os estímulos indutores para o TALP; e o terceiro momento era composto de questões abertas que possibilitaram a expressão pelos participantes da pesquisa dos seus conceitos e representações sobre o objeto social.

O TALP foi escolhido nesta pesquisa por se tratar de uma Técnica Projetiva, a qual possibilita que os sujeitos revelem aquilo que oculta incoscientemente, uma vez que a resposta surge do inconsciente. Para Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), por meio das técnicas, projetivas é possível fornecer representações daquilo que no indivíduo e para o outro é desconhecido por outros meios.

O TALP teve sua origem na Psicologia Clínica, foi desenvolvido por Jung, com o objetivo de realizar diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade dos sujeitos. Foi adaptado no campo da Psicologia Social por Di Giacomo, em 1981, e desde então vem sendo utilizado nas pesquisas sobre representações sociais (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

No entanto, “os pesquisadores em representações sociais visam identificar as dimensões latentes através da configuração dos elementos que constituem a trama ou a rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor” (NÓBREGA; COUTINHO, 2003, p. 68). As autoras ainda nos dizem que o instrumento se estrutura sobre a evocação das respostas dadas a partir dos estímulos indutores, objetivando colocar em evidência universos semânticos de palavras que reúnem determinados grupos.

Desse modo, nesse estudo, as evocações foram produzidas a partir de palavras-estímulos ou estímulos-indutores previamente definidos em função do objeto pesquisado, tendo sido utilizados dois estímulos: **reforma psiquiátrica e rede de atenção à saúde mental**. Antes da aplicação da técnica era explicado aos informantes do estudo como seria desenvolvida. Então, como exemplo, era solicitado que dissessem cinco palavras que vinham à mente quando ouviam a palavra *livro* ou *mesa*, em menor tempo possível, com intuito de tornar a técnica familiar e facilitar a introdução dos estímulos indutores da pesquisa.

Após a aplicação do TALP era realizada a entrevista semiestruturada guiada pelo roteiro, no qual tinham quatro perguntas abertas que direcionavam as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre o objeto social. Este momento caracterizou-se por uma conversa entre a pesquisadora e o pesquisado, o que possibilitou a exposição dos discursos, de maneira a contribuir para a apreensão dos propósitos do estudo.

Desse modo, se fez confirmar o que é enunciado por alguns autores da área de investigação, visto que a entrevista semiestruturada permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico (MINAYO, 2010; TRIVINÕS, 2009).

As respostas foram armazenadas com uso de um gravador após autorização dos profissionais de saúde da ESF, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice B), e posteriormente, transcritas no programa *Word*, versão 2007.

4.5 Procedimentos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), no mês de dezembro 2010, tendo sido aprovado no dia 04 de fevereiro de 2011. Desta maneira, foi emitido pelo CEP/UESB um ofício informando a aprovação do projeto (Anexo A), assim como o parecer consubstanciado sob o protocolo nº 204/2010 (Anexo B).

Encaminhamos um ofício (Apêndice C) à coordenação da Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, comunicando a aprovação do projeto, a qual encaminhou à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié um ofício solicitando autorização para coleta de dados nas USF pela pesquisadora (Anexo C). Em seguida, recebemos da SMS um ofício de liberação do campo (Anexo D) para início dos trabalhos.

A partir disso, entramos em contato com todas as coordenadoras da USF, a fim de informar sobre a pesquisa e agendar um dia e horário para coleta de dados. Em todos os momentos foram garantidos o anonimato e a privacidade das informações, considerando os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que deixa claro, no Capítulo IV, que o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após assinatura do TCLE pelos sujeitos, indivíduos, ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestaram aceitação à participação da pesquisa.

Em atendimento às questões éticas, os participantes foram comunicados – antes da coleta de dados – sobre os objetivos da pesquisa, sendo lhes solicitado autorização para uso do gravador, formalizando-se tal aceitação mediante a assinatura do TCLE (Apêndice B), apresentado em duas vias, sendo uma via dos pesquisadores e a outra dos participantes do estudo. A fim de assegurar o anonimato dos profissionais de saúde da ESF, optou-se por identificá-los com a letra ‘P’ acompanhada pelo número da entrevista P1, P2, P3, P4...

O período da coleta das informações, após aprovação do projeto pelo CEP/UESB, ocorreu entre os meses de abril e maio de 2011.

4.6 Procedimento para Análise dos Dados

A análise dos dados tem como finalidade explorar um conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar (MINAYO, 2010). Não é uma tarefa fácil para os pesquisadores, pois há uma diversidade de opiniões e crenças dentro de um mesmo grupo social. Desta forma, é preciso, ler, organizar,

separar todos os materiais para daí proceder à análise e interpretação das informações, sem perder a essência dos dados originais.

Deste estudo emergiram dois tipos de dados: as informações provenientes dos TALP e as transcrições das entrevistas. Para tanto, foi preciso elaborar um procedimento de análise com base no referencial teórico e metodológico utilizado com propósito de responder os objetivos do estudo.

Apresentaremos como foi realizada tanto análise do TALP como das entrevistas semiestruturadas, separadamente, a fim de que possam ser compreendidas.

4.6.1 Tri-Deux-Monts e a Análise Fatorial de Correspondência

Todas as palavras evocadas no TALP pelos participantes do estudo foram digitadas no programa *Word* (versão 2007), criando-se um dicionário de palavras em relação a cada estímulo indutor. Posteriormente as palavras foram organizadas em ordem alfabética para proceder à análise das palavras com conteúdos similares. Foi necessário verificar as respostas mais frequentes e proceder ao reagrupamento por semelhanças das que possuíam a mesma similaridade semântica ou afinidades de sentido, assim como aquelas que apareciam isoladamente ou que possuíam baixa frequência.

Dessa maneira, após essa preparação das informações, os dados foram processados estatisticamente através do *software Tri-Deux-Mots* (versão 2.2) e analisadas por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Com o *software Tri-Deux-*, foi possível verificar correlações entre grupos de profissionais de saúde da ESF, visualizando as relações de atração e oposição entre os elementos do campo representacional sobre o objeto estudado.

De acordo com Maciel (2007), a AFC foi criada na França por Benzécri, nos anos 60, e através dela torna-se possível verificar os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais correspondentes às respostas evocadas pelos sujeitos denominadas variáveis de opinião e as variáveis fixas ou sociodemográficas relativas às características de inserção social dos indivíduos.

O software *Tri-Deux-Mots* produziu relatórios (Anexos E e F) e um gráfico (Figura 1) proveniente da AFC, onde encontram as palavras evocadas e suas frequências, o que permitiu a apreensão das representações sociais dos profissionais de saúde da ESF, isto porque a AFC, a partir de uma informação, permite organizar os campos semânticos (COUTINHO, 2005).

Assim, as informações foram reveladas em um plano fatorial apresentado graficamente, no qual foram evidenciadas as variáveis do estudo (idade, escolaridade e tempo de atuação profissional) em relação às variáveis de opinião – palavras evocadas pelos participantes. No entanto, a partir da análise quantitativa feita AFC, analisamos qualitativamente buscando identificar e interpretar o significado e o conteúdo semântico representações.

4.6.2 Técnica de Análise de Conteúdo Temática

A análise de conteúdo é um recurso metodológico que contempla vários estudos com diferentes objetivos, uma vez que tudo que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com aplicação desta técnica (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Bardin (2010, p. 37) a análise de conteúdo é entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter através dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens.

Existem diferentes tipos de técnica que podem ser adotadas para o desenvolvimento da análise de conteúdo (AMADO, 2000; BARDIN, 2007; OLIVEIRA, 2008). Neste estudo optamos por utilizar a Análise de Conteúdo Temática para tratamento das informações obtidas através da entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2010, p. 316) “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. A autora ainda nos diz que presença de determinados temas denota estrutura de relevância, valores de referências e os modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso.

Com as falas dos participantes transcritas no programa *Word* (versão 2007), procedemos à operacionalização da análise temática, conforme descrita por Bardin (2007).

Na fase da pré-análise organizamos todo o material, realizamos leituras flutuantes para criar uma aproximação e familiaridade com os documentos a serem analisados; e onde construímos o *corpus* composto por documentos necessários para a análise, o qual neste estudo constituiu de trinta entrevistas dos profissionais de saúde da ESF.

Na fase de exploração do material manipulamos de forma ordenada o material a ser analisado, delimitamos os núcleos de sentido, representado por temas que foram recortados no formato de frases e parágrafos. A agregação e classificação das unidades temáticas foram realizadas seguidamente bem como a enumeração dessas unidades. Neste momento agregamos o material em categorias e subcategorias, que, na medida em que iam sendo desveladas, nos remetiam a alguns achados do TALP, de forma, que desde essa fase identificamos que haveria uma complementaridade das informações das duas técnicas nos possibilitando uma melhor compreensão do objeto de estudo. Após a formação das categorias e subcategorias validamos os achados, discutindo com a orientadora e outros pesquisadores da área de saúde e das representações sociais.

Por fim, na fase de tratamento dos dados, inferência e interpretação; as informações delimitadas em categorias e subcategorias foram manuseadas de forma que, a partir das falas dos profissionais de saúde da ESF, emergiram interpretações qualitativas de cada discurso comentadas com base na TRS, bem como em referenciais sobre a Saúde Coletiva e dentre esta a Saúde Mental, a fim de melhor compreender as representações emersas.

Apresentamos a seguir um quadro de distribuição das categorias e subcategorias que surgiram para apreensão das representações sociais dos profissionais de saúde da ESF e suas respectivas contribuições de acordo as frequências.

QUADRO 2 – Distribuição das Categorias, Subcategorias, Códigos e Unidades de Análise Temática.

Categoria/ Código	Subcategoria	Código	Unidades de Análise		Subtotal	
			f	%	f	%
Construções sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica (RP)	<i>Do isolamento à humanização do cuidar das pessoas em sofrimento mental</i>	RP-ih	18	12,6	34	23,7
	<i>A reinserção social como significado da reforma psiquiátrica</i>	RP-rs	7	4,9		
	<i>A família no contexto da reforma psiquiátrica</i>	RP-f	9	6,2		
A RASM e suas interfaces socialmente elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF (RASM)	<i>Significados da integralidade para a RASM no pensamento social dos profissionais de saúde</i>	RASM-int	19	13,3	66	46,2
	<i>O CAPS como articulador da RASM</i>	RASM-caps	14	9,8		
	<i>ESF como parceira inserida na RASM</i>	RASM-esf	11	7,7		
	<i>Os nós da RASM</i>	RASM-nos	22	15,4		
As ações de saúde da ESF: um enfoque ao cuidado em saúde mental (ASM)	<i>Acolhimento e Vínculo: Tecnologias Relacionais para o cuidado em saúde mental na ESF</i>	ASM-av	10	7,0	43	30,1
	<i>Ações Assistenciais e Educativas para o cuidado em saúde mental na ESF</i>	ASM-ae	19	13,3		
	<i>Limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF</i>	ASM-lim	14	9,8		
Total			143	100	143	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

CAPÍTULO V

ANÁLISE, DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O resultado é sempre algo arbitrário, mas, desde que um consenso seja estabelecido, a associação da palavra com a coisa se torna comum e necessária.
(Moscovici, 2010, p. 67)

Neste capítulo são apresentados e discutidos os dados encontrados como forma de atender aos objetivos propostos por este estudo. Inicialmente apresentamos o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da ESF que participaram e deram significados a este estudo, seguindo com a apresentação e discussão do TALP e, por fim, a discussão das categorias e subcategorias. Nesse momento, transversalizamos os dados das entrevistas semiestruturadas aos dados da representação gráfica do TALP, já que o mesmo possibilitou uma complementaridade dos resultados encontrados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

A partir dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo, verificamos que algumas características abordadas são importantes no que tange à contribuição da análise e discussão dos outros dados, visto que os estudos das representações sociais direcionam comunicações para a construção coletiva dos atores sociais a partir do contexto social vivido.

O estudo contou com a participação de oitenta (80) profissionais de saúde da ESF, representados em sua maioria pelo sexo feminino, 69 (86,2%), sendo que somente 11 (13,8%) eram do sexo masculino, conforme a tabela a seguir:

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto ao sexo.

Sexo	Frequência	Percentual
Feminino	69	86,2
Masculino	11	13,8
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Estes dados nos remeteram à questão histórica da assistência à saúde direcionada à representação da mulher, onde esta é vista socialmente como aquela que exerce o papel de cuidadora diante da sociedade. Lopes e Leal (2005), ao transporem a reflexão para o trabalho da enfermagem, depararam-se com a fragilidade da argumentação da relação 'cuidado - ação feminina' e da 'relação de serviço' como características constitutivas da inclinação das mulheres para setores na área da saúde.

Os profissionais de saúde possuíam idade variando de 25 a 68 anos, como verificamos na tabela a seguir:

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto à idade.

Idade	Frequência	Percentual
25 a 35 anos	34	42,5
36 a 46 anos	27	33,8
≥ 47 anos	19	23,7
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

A faixa etária de maior frequência apresentou 42,5% dos atores sociais, situando com idade de 25 a 35 anos, ou seja, a maioria desses profissionais são adultos jovens.

No que concerne à categorial profissional, os participantes da pesquisa foram assim distribuídos:

Tabela 3. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto à categoria profissional.

Profissão	Frequência	Percentual
Enfermeira	12	15
Médico	09	11,3
Cirurgião dentista	06	7,5
Técnica de Enfermagem	13	16,3
ACS	35	43,7
ACD	05	6,2
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Esses dados apresentaram uma frequência elevada de ACS, correspondendo a 43,7% da amostra, fato que se deve principalmente por ser o quantitativo desses profissionais na equipe de saúde da família maior que qualquer outra categoria, o que nos faz justificar tal dado. A equipe multiprofissional da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um ACD, dois auxiliares de enfermagem ou técnico de enfermagem, e, em média, quatro a seis ACS, entre outros (BRASIL, 2006).

Conseqüentemente, a escolaridade está associada à categoria profissional, como observamos na tabela a seguir:

Tabela 4. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto à escolaridade.

Escolaridade	Frequência	Percentual
Nível Médio	53	66,2
Nível Superior	27	33,8
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Atualmente para exercer as profissões de ACS, ACD e técnico de enfermagem são exigidos o cumprimento do nível médio escolar. A partir disso, como no cenário do nosso estudo esses profissionais representaram 66,2% da amostra, encontramos o mesmo valor no que diz respeito à escolaridade. É válido salientar que no período da coleta dos dados alguns desses profissionais referiram estarem buscando a realização de cursos de nível superior.

Questionamos em relação ao tempo de atuação profissional e encontramos a distribuição a seguir:

Tabela 5. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto o tempo de atuação profissional.

Tempo de atuação	Frequência	Percentual
≤ 5 anos	17	21,2
6 a 10 anos	24	30
11 a 15 anos	28	35
≥ 16 anos	11	13,8
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Verificamos que a maioria dos profissionais tem tempo de atuação profissional de 11 a 15 anos, o que consideramos uma boa experiência profissional.

Em relação ao tempo de trabalho, especificamente na equipe atual, os sujeitos do estudo foram agrupados em três distintas classes, conforme podemos visualizar na tabela a seguir:

Tabela 6. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto a o tempo de atuação na equipe atual.

Tempo de trabalho na equipe atual	Frequência	Percentual
≤ 5 anos	61	76,2
6 a 10 anos	15	18,8
> 10 anos	04	5
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Encontramos que 76,2% dos profissionais têm cinco ou menos anos de atuação na equipe atual. Esses dados nos fizeram inferir duas reflexões, a primeira diz respeito à criação de equipes novas no município, e a outra reflexão relaciona que há uma grande rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família. Neste contexto, vemos muitas vezes que o vínculo que deve ser criado entre profissionais e comunidade muitas vezes é desfeito, sem falar na precarização do trabalho dos profissionais de saúde.

Cotta *et al.* (2006) definiram que grande parte dos ACS e dos auxiliares de enfermagem foi contratada em função de concurso público, todos os enfermeiros e a

maioria dos médicos foram contratados por outros meios, como, por exemplo, convite ou simples ocupação de vaga disponível, o que apresenta mudanças de profissionais nas equipes mais constantes.

Em relação a possuir outro vínculo empregatício, a maioria dos profissionais de saúde da ESF, ou seja, 80%, não possui outro vínculo, como podemos observar:

Tabela 7. Distribuição dos profissionais de saúde da ESF quanto a outros vínculos empregatícios.

Outro vínculo empregatício	Frequência	Percentual
Sim	16	20
Não	64	80
Total	80	100

Fonte: Dados da pesquisa, Jequié-BA, 2011.

Por conseguinte, podemos traduzir através destes dados que, apesar dos baixos salários impostos aos profissionais rede pública de serviços, eles ainda conseguem se manter em um único vínculo empregatício. Observamos que a maioria dos profissionais de saúde da ESF que possuem outro vínculo são os médicos e cirurgiões dentistas, evidenciando que muitas vezes eles não cumprem a carga horária de 40 horas/semanais preconizados pelo Ministério da Saúde, por terem que dividir seus horários com atendimento em outros serviços.

No que refere à qualificação para subsidiar a atuação na saúde da família pelos profissionais de saúde, entre os dados encontrados, verificamos que 34 (42,5%) tiveram participação no Treinamento Introdutório em Saúde da Família⁶, enquanto que 46 (57,5%) referiram nunca ter tido nenhum treinamento e/ou capacitação na área de saúde da família.

No tocante à área de saúde mental, 56 (70%) dos profissionais de saúde da ESF referiram já terem participado de encontros, simpósios, oficinas, entre outros, sobre a questão da saúde mental; em contrapartida, 24 (30%) mencionaram nunca terem participado de evento ou capacitação na área.

Convém evidenciarmos a importância de qualificar os profissionais da ESF continuamente, ou seja, colocar em prática a educação permanente no âmbito da

⁶ Segundo Brasil (2000), o Treinamento Introdutório em Saúde da Família era uma capacitação oferecida aos profissionais de saúde, visava a discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, instrumentalizando as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho.

saúde da família, de maneira a acompanharem a mudança de paradigma da atenção à saúde mental, e possibilitar uma aprendizagem significativa, aproximando da prática destes profissionais as discussões e embasamento necessários para o cuidado à saúde mental na atenção básica.

5.2 O TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

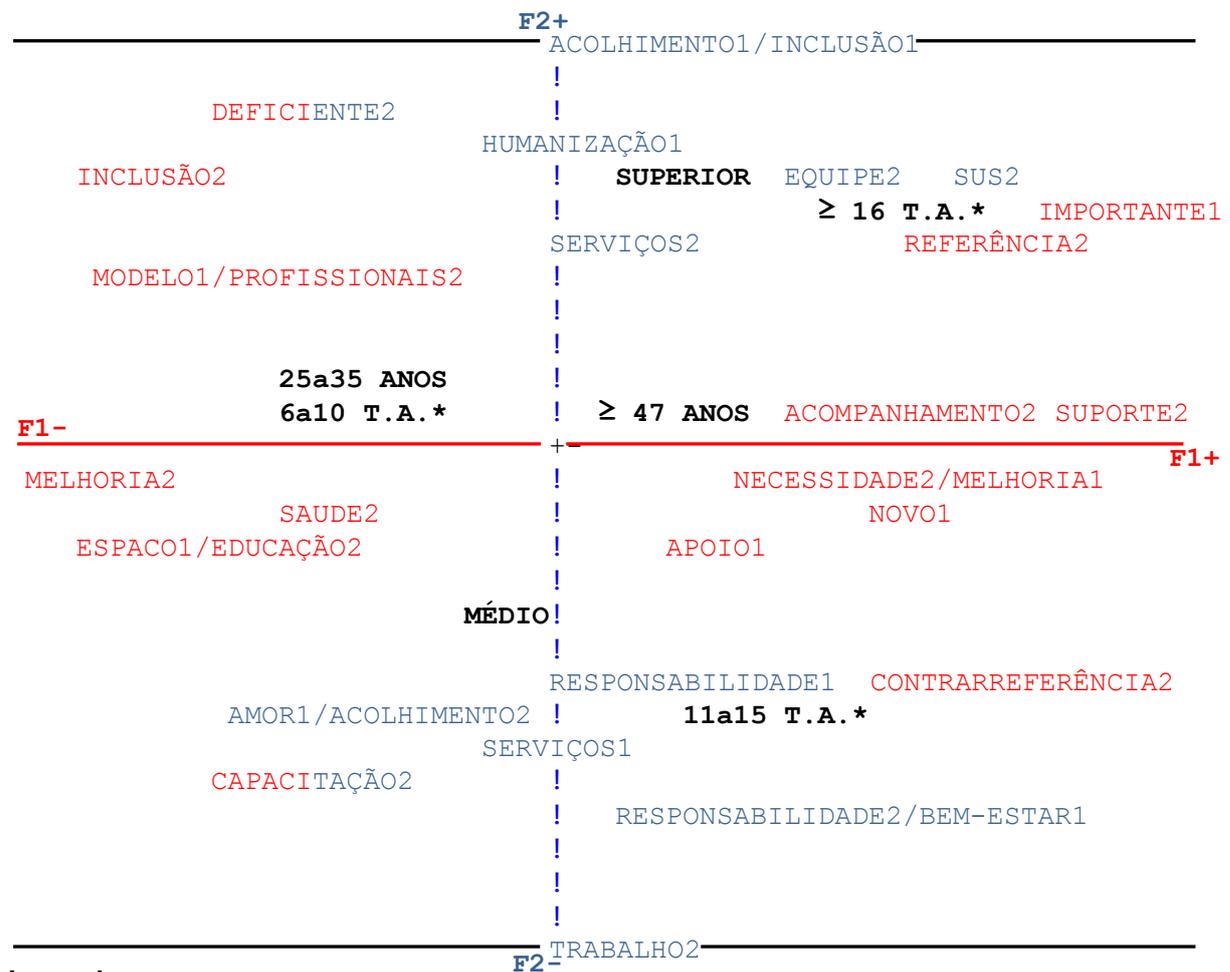
As respostas obtidas através do TALP referiram às evocações dos profissionais de saúde da ESF aos estímulos indutores: **reforma psiquiátrica e rede de atenção à saúde mental**. As palavras foram organizadas em dois dicionários correspondentes a cada estímulo, contendo todas as evocações. Em seguida, as palavras foram agrupadas de acordo à frequência de repetição e similaridade semântica, para assim serem submetidas ao processo de AFC, com a utilização do *software Tri-Deux-Mots*.

Para fins de análise e tratamento das informações foram consideradas as respostas tendo como referência a frequência igual ou superior a quatro (4) vezes evocadas a cada estímulo indutor. Foi possível alcançar 800 palavras pelos 80 profissionais de saúde constituintes da amostra, das quais foram computadas 156 palavras diferentes. Para o processamento das informações pelo *Tri-Deux-Mots* foram utilizadas como variáveis fixas ou sociodemográficas: **idade, escolaridade e tempo de atuação profissional**.

Nóbrega, Fontes e Paula (2005) evidenciaram que a análise do plano fatorial é feita a partir do jogo de oposições reveladas pelas respostas aos estímulos indutores a partir dos resultados da AFC, permitindo mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional e, portanto, a expressão da organização cognitiva a respeito de um objeto representado.

Como verificamos, a análise das informações obtidas através do TALP permitiu representar graficamente (Figura1) a atração e oposição entre as variáveis fixas (idade, escolaridade e tempo de atuação profissional) e as variáveis de opinião (respostas dos profissionais de saúde), as quais apareceram distribuídas sobre os eixos ou fatores (F1 e F2). A representação gráfica do plano fatorial de correspondência revela com clareza como se estruturam as representações sociais sobre a reforma psiquiátrica e a rede de atenção à saúde mental.

Figura 1 – Plano Fatorial das Representações sobre a Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção à Saúde Mental elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF.



Legenda:

Plano Fatorial	Estímulos Indutores
Fator 1 (F1) = [eixo horizontal – esquerda (negativo) e direita (positivo)].	1 – Reforma Psiquiátrica
Fator 2 (F2) = [eixo vertical – superior (positivo) e inferior (negativo)]	2 – Rede de Atenção à Saúde Mental
Variáveis Fixas são as palavras que estão no gráfico na cor preta.	
*T.A. = Tempo de atuação profissional em anos	

Fonte: Dados da Pesquisa, Jequié-BA, 2011.

O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal, traduz as mais fortes representações e explica 38,5% da variância total de respostas, valores que foram somados ao percentual de 22,8% relativo ao fator 2 (F2), em azul, linha vertical do plano fatorial, alcançando o estudo 61,3% da variância total das respostas.

As palavras em preto referem-se às variáveis fixas (idade, escolaridade e tempo de atuação profissional) que apresentaram significância mediante o banco de dados processados. É válido salientar que o tempo de atuação profissional é fundamental no contexto do objeto em estudo, visto que o marco legal da reforma

psiquiátrica foi a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o que proporcionou modificações mais significativas em termo de aspectos conceituais, estruturais e organizacionais na atenção à saúde mental. Feitas essas considerações, acreditamos que o tempo de atuação profissional, ou seja, o tempo em que esses profissionais compartilham a desconstrução/reconstrução de conhecimentos no imaginário social sobre o novo paradigma da saúde mental é de relevância na construção das representações sociais pelos grupos.

As demais palavras expressaram as representações dos profissionais de saúde e tiveram a sua cor definida (vermelho ou azul) tomando como parâmetro a contribuição para o fator (CPF) de modo que as palavras que apresentaram um maior índice de CPF para o fator 1 receberam a cor vermelha, enquanto aquelas que obtiveram CPF maior para o fator 2 receberam a cor azul, e aquelas que contribuíram para os dois fatores foram apresentadas com a mescla das duas cores (azul e vermelho). Após as palavras encontra-se um número correspondente ao estímulo indutor das respectivas respostas, conforme demonstrado na legenda do gráfico.

Para o primeiro fator (F1) evidenciou-se uma oposição entre a idade e tempo de atuação profissional. Em razão disso, as evocações encontradas no lado esquerdo do eixo das ordenadas (F1-), refletem os universos semânticos citados com maior frequências pelos profissionais de saúde com idade de 25 a 35 anos e tempo de atuação profissional de 6 a 10 anos. Por outro lado, as palavras que se localizam no lado direito, (F1+), manifestam as evocações mais frequentes entre os profissionais de saúde com idade de 47 e mais anos e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos.

Porquanto foram apreendidas a partir das respostas expressadas pelos profissionais de saúde de 25 a 35 anos de idade e tempo de atuação profissional de 6 a 10 anos as seguintes representações: **modelo, espaço** (reforma psiquiátrica); **deficiente, inclusão, profissionais, melhoria, saúde, educação e capacitação** (RASM). Por outro lado, para os profissionais de saúde com idade de 47 e mais anos e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos, as representações foram: **melhoria, apoio, novo, importante** (reforma psiquiátrica); **acompanhamento, suporte, necessidade, referência e contrarreferência** (RASM).

No que diz respeito ao segundo fator (F2), a análise baseou-se entre a escolaridade e tempo de atuação profissional, já que para a AFC houve oposição

entre os profissionais de saúde de nível superior e os profissionais de saúde de nível médio e tempo de atuação profissional de 11 a 15 anos.

As palavras localizadas na parte superior ao eixo das abscissas (F2+) referem-se às evocações dos profissionais de nível superior, e expressam as seguintes representações: **acolhimento, inclusão, humanização** (reforma psiquiátrica) e **SUS, serviços, equipe, deficiente** (RASM). Em relação às palavras situadas na extremidade inferior (F2-), dizem respeito às evocações dos profissionais de nível médio e tempo de atuação profissional de 11 a 15 anos, representadas pelas seguintes palavras: **amor, bem-estar, responsabilidade, serviços** (reforma psiquiátrica) e **acolhimento, responsabilidade, capacitação, trabalho** (RASM).

As oposições e atrações na linha do tempo nas representações expressas pelos profissionais de saúde da ESF

As discussões foram dirigidas a partir de cada estímulo indutor (reforma psiquiátrica e RASM) sobre o que foi evocado pelos profissionais de saúde. A partir da observação da Figura 1, identificamos que aparecem dois grupos de profissionais de saúde da ESF com representações que entram em oposições e atrações configuradas sobre o F1. No eixo à esquerda (F1-), encontra-se o campo semântico dos profissionais de saúde com idade de 25 a 35 anos, e de 6 a 10 anos de atuação profissional, em oposição à direita (F1+) os profissionais de saúde com idade maior que 47 e mais anos, e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos.

Ao estímulo **reforma psiquiátrica** os profissionais de saúde com idade de 25 a 35 anos, e de 6 a 10 anos de atuação profissional disseram que a reforma psiquiátrica é um **modelo** de atenção à saúde mental. Dessa forma, refletimos que no imaginário social desses profissionais versam que se deve seguir um padrão, um molde na atenção à saúde mental. Outra reflexão parte da relação do modelo comunitário ou territorial em saúde mental, pois eles reconhecem que o **espaço**, seja físico ou social, precisa ser conquistado pelas pessoas em sofrimento mental para a concretização da reforma psiquiátrica.

Logo, os profissionais incorporaram um discurso mais direcionado às práticas nos serviços de saúde, onde é preciso atuar conforme é indicado pelos

conhecimentos técnico-científicos. Observa-se que este grupo de profissionais tem um tempo de atuação profissional de 6 a 10 anos, o que pode justificar tais representações, considerando que suas práticas na área da saúde iniciaram no auge das discussões da publicação da Lei 10.216 e todas as transformações para sua efetivação, principalmente no sentido das suas ações.

Em contrapartida, os profissionais de saúde com idade de 47 e mais anos, e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos representaram a reforma psiquiátrica como algo **novo**, um processo **importante** na área da saúde, que inclusive traz **melhoria** na atenção às pessoas em sofrimento mental, mas que necessita de um maior **apoio** por parte dos familiares e também dos serviços de saúde.

Identificamos que esses profissionais de saúde estabeleceram essas representações com base em todo o processo de construção da reforma psiquiátrica. Observamos que eles têm a idade de 47 e mais anos e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos, fato que permite a análise que eles ouviram ou até mesmo vivenciaram a luta dos movimentos sociais contra o modelo hospitalocêntrico que as pessoas em sofrimento mental eram submetidas, propiciando que atualmente vejam e reflitam a reforma psiquiátrica como uma mudança positiva na área de saúde mental.

As representações dos dois grupos evidenciaram uma oposição, de modo que os profissionais de saúde com idade de 25 a 35 anos e de 6 a 10 anos identificaram a reforma psiquiátrica como algo a ser cumprido. Os outros profissionais representaram significados amparados no tratamento que era oferecido às pessoas em sofrimento mental e nas melhorias hoje conquistadas com a reforma, ou seja, algo dinâmico que está em processo de mudança e que exige dos profissionais criatividade e novas habilidades no cuidado à saúde mental.

De acordo com o exposto, para pensar em reforma psiquiátrica é preciso criar possibilidades diferentes de cuidar das pessoas em sofrimento mental, com novas estratégias assistenciais capazes de oferecer atenção integral aos usuários e familiares em todas as suas necessidades (TONINI; MARASCHIN; KANTORSKI, 2008).

Para os profissionais de saúde com idade de 25 a 35 anos e tempo de atuação profissional de 6 a 10 anos, a **Rede de Atenção à Saúde Mental** traz **melhoria** na assistência à **saúde** e favorece a **inclusão** das pessoas em sofrimento

mental, mas a sua estruturação e organização ainda encontram-se **deficientes**. Os profissionais ainda representaram que para se efetivar o trabalho em rede na atenção à saúde mental é preciso desenvolver **educação** em saúde voltada para a sociedade e também **capacitação** dos **profissionais**, no intuito de instrumentalizar todos os atores sociais envolvidos no processo de reorientação da atenção à saúde mental.

Entre os profissionais de saúde com idade de 47 e mais anos e tempo de atuação profissional de 16 e mais anos, a RASM é uma **necessidade** para a efetivação do cuidado integral, pois ela favorece a organização do fluxo de atendimento em **referência** e **contrarreferência** entre os serviços de saúde e outros setores da rede, permitindo um compartilhamento dos casos de saúde mental. Desta maneira, o trabalho em rede é capaz de promover um melhor **acompanhamento** às pessoas em sofrimento mental e familiares, oferecendo um **suporte** tanto às necessidades de saúde mental das pessoas quanto um suporte da equipe de saúde mental aos profissionais da ESF como estratégia de trocas de saberes e experiências.

Nesta perspectiva, observamos que, independente das idades desses profissionais e tempo de atuação profissional, as representações sofrem atrações devido a RASM ser uma discussão ainda recente no âmbito dos profissionais de saúde, permitindo que construam significados sobre a rede num mesmo contexto social. Por tais razões, verificamos que as representações sociais desses dois grupos de profissionais estão fortemente vinculadas à melhor distribuição dos serviços de saúde, rede de relações, de sociabilidade e de subjetividade das pessoas em sofrimento mental.

Os profissionais de saúde de nível superior e nível médio com atuação profissional de 11 a 15 anos: as atrações e oposições no ato de representar

A partir da Figura 1, serão discutidas as representações configuradas sobre o eixo F2, onde destacamos no eixo superior (F2+), as representações dos profissionais de saúde da ESF de nível superior, em oposição ao eixo inferior (F2-), os profissionais de nível médio e com tempo de atuação profissional de 11 a 15 anos.

Os profissionais de nível superior representaram a **Reforma Psiquiátrica** objetivada na **inclusão** das pessoas em sofrimento mental, que deve acontecer a partir de uma proposta de cuidado baseada na **humanização** das ações de saúde. Portanto, esse cuidado deve ser conduzido por meio de estratégias que facilitem a identificação das necessidades de saúde mental como o **acolhimento**, pois este permite o estreitamento no relacionamento dos profissionais com as pessoas em sofrimento mental, ação fundamental na concretização da reforma psiquiátrica.

Estas representações basearam-se em um dos objetivos propostos pela ESF, que apresenta a humanização como foco do trabalho em saúde e o conhecimento técnico-científico como um saber partilhado por esses profissionais. Dessa maneira, a ESF constitui-se um espaço privilegiado para o acolhimento das necessidades de saúde mental, com intervenções que rompem o modelo manicomial e favorece a atenção psicossocial.

De outra face, os profissionais de saúde de nível médio e que possuem de 11 a 15 anos de atuação profissional a reforma psiquiátrica denotam uma mudança de **responsabilidade**, pois no modelo hospitalocêntrico o tratamento do 'louco' ficava a cargo dos médicos, e atualmente é um compromisso compartilhado pelos **serviços** da rede e com todos os atores sociais envolvidos (família, profissionais e sociedade). Diante disso, os profissionais trazem o **amor** como sentimento para permear o cuidado em saúde mental, onde reflete sobre o papel que a família e os profissionais exercem no aconchego e **bem-estar** às pessoas em sofrimento mental, favorecendo o seu novo viver em comunidade.

Em virtude do que foi mencionado, deparamos com algumas reflexões nas representações desses dois grupos, os profissionais de saúde de nível superior têm uma visão do fazer, do exercer as ações de saúde mental com ênfase no aspecto científico, pautados em princípios da ESF que complementam a proposta da reforma psiquiátrica, ao passo que trazem o acolhimento como ação relacional de envolvimento com o outro, que permite trocas, aconchegos e vínculos. Em contrapartida, o outro grupo de profissionais abarcou uma visão mais consensual da reforma psiquiátrica, mas traz como atração o amor como um sentimento para favorecer as relações e o cuidado às pessoas em sofrimento mental. Esse grupo de profissionais engloba os ACS, os técnicos de enfermagem e os ACD, fato que justifica um conhecimento mais direcionado ao seu dia a dia, ao seu convívio, suas práticas e seu senso comum.

No que se refere ao estímulo **Rede de Atenção à Saúde Mental**, os profissionais de saúde de nível superior representaram-na como parte do **SUS** composta por **serviços** (PSF, CAPS, ambulatório de Saúde Mental, hospitais, entre outros), que ampliam o acesso das pessoas em sofrimento mental a outros benefícios existentes, principalmente a uma **equipe** de profissionais qualificados em saúde mental, mesmo que a considerem **deficiente**, como representaram os profissionais de saúde de 25 a 35 anos e tempo de atuação de 6 a 10 anos.

Os profissionais de saúde de nível médio e tempo de atuação profissional de 11 a 15 anos representaram a RASM com a manifestação de **capacitação** às equipes para o desenvolvimento de ações no contexto da rede, principalmente no sentido de preparar os profissionais para o **acolhimento** às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. Esses profissionais acreditam que através do conhecimento técnico-científico eles terão como operacionalizar o **trabalho** em saúde mental com **responsabilidade**.

Encontramos nas representações sociais desses dois grupos sentidos e significados da concretização da RASM. Os profissionais de nível superior buscaram representá-la no sentido de organizações estruturais e operacionais no aspecto da gestão dos serviços de saúde. O outro grupo de profissionais acredita que a busca pelo trabalho em rede é de competência dos profissionais que a integram, mas emergem sobre suas representações sentimentos de despreparo para o manejo dos usuários, que não deixa de ser um problema de gestão dos serviços de saúde.

Assim, os dois grupos de profissionais veem a falta de concretização da RASM por problemas de gestão na saúde, mas cada um mostra o problema de acordo às funções que exercem. Para os profissionais de nível superior no seu trabalho, entre as ações assistenciais, estão inseridas atividades de coordenação e planejamento, possibilitando que eles sintam as dificuldades das suas ações mais gerenciais. Os profissionais de nível médio não vivenciam estas atividades, mas convivem diariamente com as pessoas que necessitam de atenção no sentido de cuidado às necessidades de saúde mental e, muitas vezes, por não terem tido uma formação profissional que abrangesse competências e habilidades específicas das ações de saúde mental, acreditam que a capacitação seja uma solução para a operacionalização da RASM.

5.3 O DESVELAR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

Neste estudo emergiram três categorias e suas respectivas subcategorias que tornaram possível a apreensão das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a RASM. Estas representações foram fios que tecemos para a construção da grande rede de conhecimentos elaborados socialmente pelos profissionais de saúde da ESF, partindo desde as suas concepções sobre a reforma psiquiátrica até as ações desenvolvidas por estes profissionais no contexto da RASM.

5.3.1 Primeira Categoria: Construções sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica

A passagem do modelo asilar às propostas da reforma psiquiátrica continua sendo uma tarefa difícil permitindo que as histórias, crenças e mitos sobre a loucura entrem em consonância e dissonância ao senso comum, aos novos conhecimentos científicos e as práticas vivenciadas pelos indivíduos e grupos. Para Delgado (2005), a RPB tem suas conquistas não somente no âmbito da assistência na área de saúde mental, mas como um processo de transformações em relação à mudança de conceitos e à mudança no imaginário social sobre a questão da loucura.

Os profissionais de saúde precisam desenvolver as ações de saúde mental ancoradas na reforma psiquiátrica, e para isso é preciso que os serviços se configurem como espaços de produção de saberes, de convivência e de invenção de saúde. Nesta categoria emergiram as concepções sobre a reforma psiquiátrica pelos profissionais de saúde da ESF, onde buscamos compreender como as representações sociais sobre o objeto estão sustentadas.

Acreditamos que as representações sociais foram constituídas no contexto sociohistórico e em bases ideológicas que integram o comportamento numa rede de relações que os indivíduos e grupos elaboram e integram em forma de conhecimentos (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2010).

Assim, as concepções expressas pelos profissionais de saúde sobre a reforma psiquiátrica mostram-se ancoradas nas subcategorias: do isolamento à

humanização do cuidar das pessoas em sofrimento mental; a reinserção social como significado da reforma psiquiátrica; e a família no contexto da reforma psiquiátrica.

5.3.1.1 Subcategoria: *Do isolamento à humanização do cuidar das pessoas em sofrimento mental*

O movimento da reforma psiquiátrica, enquanto prática social, foi e continua sendo construído coletivamente através de discussões que apresentam diferenças, conflitos e/ou contradições, mas que interpretam e reproduzem nas representações sociais um alicerce para a construção dos conhecimentos pautados no cuidar das pessoas em sofrimento mental. Ao discutirmos sobre a doença mental/loucura existe no imaginário social das pessoas o conhecimento de como os indivíduos em sofrimento mental eram tratados de forma desumana, onde o saber psiquiátrico isolava-os da família e da sociedade, colocando-os em hospitais e argumentando ser um benefício para eles e para a sociedade.

Ao reportarmos sobre a reforma psiquiátrica os profissionais de saúde da ESF buscaram na antiga forma de tratar as pessoas em sofrimento mental, uma justificativa para suas representações sociais sobre o objeto, alicerçadas principalmente no isolamento/exclusão a que essas pessoas eram submetidas.

[...] o doente mental ele ia pra o hospital ficava isolado, muitas vezes ficava no meio de outros, mais isolado [...] o louco, louco mesmo ele tinha que ficar isolado, as pessoas tinham medo dele. (P10).

[...] porque a psiquiatria era de causar medo. (P30).

[...] antes do atendimento, eles achavam que o paciente com doença mental tinha que ficar trancado, tirar totalmente da sociedade, afastar da família. (P49).

[...] antigamente essas pessoas ficavam em hospitais, manicômios, passavam por tratamentos desumanos. (P65).

A partir dos depoimentos, foi observado que os atores sociais ainda convivem com as representações de tudo que envolveu a história da loucura, a lógica manicomial e a forma como foi praticada a psiquiatria. Observamos claramente que o hospital psiquiátrico foi representado como espaço de produção da exclusão social. Esse fato nos faz traduzir que os profissionais buscaram entender como era o tratamento das pessoas em sofrimento mental para tentarem direcionar suas

concepções e práticas respaldadas em um novo paradigma de cuidado à saúde/doença mental.

Corroboramos com Maciel *et al.* (2009), ao constatarem em sua pesquisa sobre reforma psiquiátrica e inclusão social que o isolamento das pessoas em sofrimento mental e a custódia psiquiátrica permaneceram por muito tempo e, necessitam, na atualidade, de uma reestruturação das crenças e das representações sobre o tratamento, pautada no novo modelo de saúde mental advindo da reforma psiquiátrica como a desinstitucionalização da loucura e a inclusão social.

De acordo com Jodelet (2005) em seu estudo sobre as representações sociais da loucura, a população nunca se afastará totalmente da consciência ameaçadora da loucura, pois esta se formula em muitas concepções e problemáticas; muito embora reste um entendimento das representações deste objeto para a eficácia na elaboração de condutas.

O ato de representar é responsável por significativas transformações do que é proveniente do real e do que é a ele devolvido. Ao representar algo, o indivíduo não reproduz simplesmente, mas o reconstrói e o modifica, ou seja, representar é um ato dinâmico (MOSCOVICI, 2010). Destarte, as representações dos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica traz das vivências, das crenças e dos conteúdos científicos um conhecimento do saber prático, do senso comum, que irá servir de referência para as novas relações sobre o objeto.

Neste sentido, essas relações e a dinâmica das representações trouxeram do pensamento social dos profissionais de saúde da ESF os significados da reforma psiquiátrica ancorados nas novas concepções do cuidado às pessoas em sofrimento mental.

[...] uma maneira diferente de tratar os pacientes de saúde mental porque são importantes, não são pessoas que precisam ficar isoladas. (P1).

[...] a reforma psiquiátrica veio para mudar o atendimento. (P18).

[...] eu entendo a reforma psiquiátrica como um processo de mudança [...] melhoria na assistência às pessoas com problemas psiquiátricos. (P24).

[...] reforma psiquiátrica é o doente mental ter uma assistência integral, com equipe multidisciplinar com profissionais de saúde diversos, médico, assistente social, no sentido de integrar esses conhecimentos, ter um norteamento e uma diretriz que atualize o sistema de saúde mental. (P36).

[...] é sair do modelo antigo de tratamento aos doentes mentais [...] saindo principalmente do hospital para o cuidado em CAPS, família e outros serviços. (P40).

A partir dos depoimentos dos atores sociais, verificamos que a reforma psiquiátrica é compreendida como algo positivo, um processo de construção do novo sentido de cuidado em saúde mental pautado na desinstitucionalização e inclusão. Nestas representações, a assistência passa a ser visualizada não mais como limitada ao hospital psiquiátrico, mas sendo garantida através do acesso ao atendimento integral, com possibilidade de novas abordagens por outros serviços, família e profissionais.

Podem ser observadas que as falas dos participantes atribuem à reforma psiquiátrica aspectos valorativos que sustentam os significados expressos no TALP: **melhoria, apoio, novo, importante** pelos profissionais com mais de 47 anos de idade e mais que 16 anos de atuação profissional. Acreditamos que estes sentidos foram construídos socialmente durante os anos através do senso comum e do conhecimento científico partilhado que refletiram nas representações do objeto social.

Maciel (2007) abordou que a reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização como desconstrução do paradigma asilar, sendo que os eixos condutores desse princípio estão ancorados no resgate da singularidade, na produção de subjetividade, na ética, na reabilitação psicossocial e na construção/reconstrução da cidadania.

Neste contexto, a reforma psiquiátrica passa a existir no sentido de humanizar a assistência às pessoas em sofrimento mental, esta compreendida como estratégias que possam oferecer qualidade de vida, respeito e dignidade. Verificamos que no imaginário social dos profissionais de saúde da ESF emergiu a humanização como representação da reforma psiquiátrica.

[...] Então essa reforma foi imprescindível para olhar o outro com outro olhar, né? Um olhar especial, e dar um olhar, um cuidado específico, mas com igualdade. (P37).

[...] A reforma vem fortalecer a humanização com esses pacientes [...] atender o paciente também com uma forma mais humana, de forma igualitária [...] olhar o outro como você gostaria de ser tratado, pra que eles consigam viver no meio social. (P48).

[...] um cuidar mais humanizado. (P56).

[...] observar o paciente com transtornos mentais de forma holística, respeitando tanto a parte física quanto psíquica desse paciente e valorizando-o cada vez mais e acreditando na cura, recuperação, cuidado e

inclusão social e não ser visto como era antigamente como se aquela doença fosse um mal para a sociedade. (P57).

Esses depoimentos nos fizeram inferir que a reforma psiquiátrica tem conseguido, mesmo que de maneira tímida, alterar significativamente a visão e as relações dos profissionais de saúde frente à loucura. Entre essas representações consideramos que a reforma psiquiátrica traz para os atores sociais os significados de uma produção de cuidado humanizado, pautado no respeito pelo outro, na autonomia, subjetividade e protagonismo das pessoas em sofrimento mental.

O termo **humanização** foi uma palavra representada pelos profissionais de nível superior referente ao estímulo indutor reforma psiquiátrica no TALP. Entendemos que essas representações fazem parte do pensamento social dos profissionais de saúde da ESF que têm como um dos objetivos humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário e estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito.

As opiniões possuem um vínculo direto com o comportamento, assemelham-se às atitudes enquanto 'preparação da ação', atribuindo uma virtude preditiva do comportamento (VALA, 2006; MOSCOVICI, 2010). Assim, as representações dos atores sociais apresentadas servem para guiar ações de saúde mental no seu território a partir do seu contexto em que foi construído.

Com os depoimentos fortalecemos a importância da ESF para a concretização da reforma psiquiátrica através, principalmente, dos sentidos da humanização ser fundamental no cuidado às pessoas em sofrimento mental.

Para o Ministério da Saúde a humanização é:

[...] uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008 p. 62).

A proposta da humanização é condizente aos pressupostos da reforma psiquiátrica, requerendo na atenção psicossocial a realização da produção do

cuidado na perspectiva de propiciar um posicionamento das pessoas em sofrimento mental, como agentes deste cuidado, além de impulsionar mudanças de vida, de modo que os profissionais de saúde devem se sentir também agentes facilitadores e intermediadores deste processo.

Em virtude do que foi mencionado, através das discussões ficou evidente que os profissionais de saúde da ESF lançam mão da história, das crenças, dos antigos conteúdos científicos sobre como era conduzido o tratamento das pessoas em sofrimento mental, para articular e representar a reforma psiquiátrica nos dias atuais, ancoradas em um novo modelo de cuidado humanizado.

5.3.1.2 Subcategoria: *A reinserção social como significado da reforma psiquiátrica*

Ao longo da história a visão estigmatizada do doente mental prevaleceu, levando-o à exclusão social e a viverem à margem da sociedade dita 'normal'. Para Baságlia (2005, p. 49), as pessoas em sofrimento mental deveriam retornar à sociedade, e o cuidado passar a ser inserido na "reconquista da liberdade perdida e de uma individualidade subjugada: que era o oposto daquilo que significa o conceito de tutela, separação e segregação".

A reinserção social é um aspecto que exige a reconstrução de vários aspectos da vida e do imaginário social das pessoas em sofrimento mental, das famílias, dos profissionais e de toda a sociedade. Sendo esta uma das metas da reforma psiquiátrica, os desafios dessa conquista precisam ser superados, pois quebrar com o antigo paradigma de exclusão do louco para torná-lo sujeito no seu processo de ser e de viver não é tarefa fácil.

As representações sociais enquanto fenômenos sociais são acessadas a partir do seu conteúdo cognitivo, porém precisam ser entendidas a partir do seu contexto de produção (MOSCOVICI, 2010). Igualmente, as representações da reforma psiquiátrica partem das comunicações que circulam e das vivências dos profissionais de saúde da ESF sobre o objeto, fazendo surgir ideias e concepções sobre os significados que tem a reinserção social no cenário atual.

[...] É uma pessoa que pode conviver no meio de outras pessoas, da civilização, né? (P10).

A reforma psiquiátrica veio pra recolocar a pessoa com doença mental, perto da família, perto das pessoas, eu acho que isso é bom pra eles. (P49).

[...] integração dessas pessoas com transtornos mentais com os familiares e sociedade. (P57).

A partir dos depoimentos, apreendemos que os profissionais de saúde buscaram na igualdade em se conviver com pessoas em sofrimento mental na sociedade, os elementos constitutivos da representação sobre a reforma psiquiátrica. Os atores sociais demonstraram entender que a reforma psiquiátrica é superar a exclusão social, possibilitando à pessoa em sofrimento mental, o convívio e a participação em espaços que antes não eram permitidos, referindo trazer benefícios à saúde mental.

Outro aspecto que nos chama a atenção nas falas é o reconhecimento que existe a doença mental, que necessita de um tratamento, mas vemos nas representações dos profissionais o cuidar a essas pessoas como qualquer outra doença, livre do isolamento e com direitos dentro da sociedade.

Para Jodelet (2005, p. 38) é fato que a “inserção social do doente mental na sociedade não nega a intolerância nem os preconceitos, [...] mas com o tempo haverá superação das crenças negativas e da intolerância”. Podemos confirmar essas afirmativas da autora ao verificarmos que no imaginário social dos profissionais de saúde as representações como um processo dinâmico pairam no sentido de aceitar a diferença trazendo a capacidade de conviver com respeito ao outro.

A reforma psiquiátrica busca a reinserção social como algo a ser solucionado visando à remoção das barreiras e a produção de sentidos de cidadania e conquistas, o que traduz uma resignificação dos sujeitos. Observamos nos depoimentos a seguir esses significados.

[...] porque as pessoas acabavam colocando essas pessoas à parte da sociedade então essa lei, essa reforma vem integrar essas pessoas, dar cidadania. (P37).

Tem a Lei 10.216, né? Não é isso mesmo? Veio para amparar essas pessoas que sofrem de transtornos mentais que dá auxílio no sentido dos seus direitos, assim, exercer seus direitos e deveres. (P37).

[...] hoje é diferente, essas pessoas são vistas como cidadãs [...] é importante que elas estejam na sociedade, assim, a inclusão mesmo. (P65).

Nas representações sociais emergiram sobre o objeto social a conquista dos direitos e também dos deveres das pessoas em sofrimento mental ancoradas no marco da reforma psiquiátrica, que foi a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Refletimos que a cidadania é tratada pelos profissionais como uma construção/reconstrução da vida social das pessoas em sofrimento mental, bem como o aumento da sua autonomia com igualdade respaldada na legislação.

Os nossos achados corroboraram com Saraceno (1999), quando ele diz que a reabilitação psicossocial só é possível a partir da construção dos direitos substanciais de cidadania que envolve os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo. Assim, entendemos que existe pelos profissionais de saúde um universo consensual sobre os espaços que precisam ser conquistados pelas pessoas em sofrimento mental, visto que eles trazem nas suas representações a capacidade do indivíduo de conviver em sociedade bem como a liberdade de atitudes e participação.

Esse sentido foi atribuído no TALP com a palavra **inclusão** evocado pelos profissionais de nível superior. Podemos inferir também que estes entenderam a inclusão das pessoas em sofrimento mental com base em novos valores e novas relações sociais para efetivar a reforma psiquiátrica. Para Brêda *et al.* (2005), a ESF deve contribuir para a garantia de inclusão e o direito à cidadania do usuário, por meio de investimentos de políticas públicas de saúde que ofereçam uma atenção pautada no respeito e na subjetividade dos atores envolvidos neste processo.

Leão (2006), em seu estudo, verificou que o significado da inclusão pelos profissionais de saúde está atrelado às condições que as pessoas em sofrimento mental têm de voltar a realizar as atividades do seu dia a dia da forma como é esperada e aceita pela sociedade. Neste sentido, a autora tece uma crítica no sentido de que muitas vezes o discurso politicamente correto vai de encontro ao que acontece na realidade.

Não podemos negar que os atores sociais deste estudo representaram a reforma psiquiátrica como um processo que precisa ser construído pautado na reinserção social e no exercício da cidadania pelas pessoas em sofrimento mental, como também a capacidade de praticá-la numa sociedade livre de preconceitos. Dessa maneira, através das representações, verificamos que os profissionais têm condições de estimular, sensibilizar e apontar caminhos que possam melhorar a

qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental e seus familiares através das comunicações e ações que conduzam o viver em sociedade.

5.3.1.3 Subcategoria: A família no contexto da reforma psiquiátrica

A reforma psiquiátrica traz na sua proposta a ênfase na família, atribuindo a esta a participação e integração no cuidado integral à pessoa em sofrimento mental. A ESF pode contribuir de maneira decisiva na construção da atenção psicossocial, uma vez que o cuidado integral em parceria com a família reflete na proposta da desinstitucionalização e territorialização do cuidado em saúde mental.

As representações sociais são construídas a partir do que é dado do exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam, de preferência com os objetos, os atos e as situações constituídas no decurso das interações sociais (MOSCOVICI, 2010). Dessa maneira, os profissionais de saúde da ESF, a partir das experiências e interações no contexto das suas práticas, construíram significados sobre a reforma psiquiátrica, alicerçados na participação da família no cuidado às pessoas em sofrimento mental.

A reforma tem que vir também por parte dos familiares em primeiro lugar [...] os familiares tem que ser chamados para cuidar dessas pessoas que eles têm dentro de casa. (P15).

[...] a família tem que estar junto no processo para poder dar o suporte. (P32).

[...] deixar o paciente voltado para sua casa, seus familiares. (P56).

[...] um tratamento mais acompanhado pela família, assim o doente não fica mais internado - só mesmo em casos graves [...] ele fica em casa e sendo acompanhado pela família. (P35).

As representações dos profissionais de saúde da ESF retrataram que eles veem na família um eixo condutor do cuidado em saúde mental, onde é importante considerar um envolvimento destes e dos membros familiares na vida das pessoas em sofrimento mental, suscitando as propostas da reforma psiquiátrica. Outro aspecto observado foi à demonstração da responsabilidade expressa nos depoimentos, onde a família precisa cuidar e acompanhar o familiar que sofre mentalmente. A partir disso, refletimos a ideia de que os profissionais expressam

uma transferência de responsabilidades, não demonstrando atuar junto a essas famílias na efetivação desse cuidado.

No TALP foi apresentado no campo semântico dos profissionais de saúde de nível médio e com tempo de atuação de 11 a 15 anos as evocações ao estímulo reforma psiquiátrica: **amor, bem-estar, responsabilidade, serviços**. Neste sentido, podemos inferir que estas palavras complementam os depoimentos, pois trazem o amor e o bem-estar como anseios que os familiares precisam oferecer no cuidado ao seu familiar em sofrimento mental alicerçados na responsabilidade compartilhada com os serviços que não foram representados nos discursos, mas que através da técnica o desconhecido tornou-se familiar.

As técnicas projetivas têm a capacidade de acessar os elementos enraizados no aparelho psíquico, articulando elementos que se encontram na esfera do inconsciente para a esfera da consciência (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

Neste contexto, Silva e Sadigursky (2008), em seu estudo sobre as representações sociais do cuidar do doente mental no domicílio, apontaram as dificuldades que as famílias enfrentam diante do cuidado ao familiar em sofrimento, em especial a aflição, o medo, receio e desconfiança que a família tem em se deparar com inúmeras barreiras para que possa oferecer uma assistência adequada ao seu ente familiar. Sobre essa questão os autores referem ainda que a família carece de uma assistência para prestar o cuidado. Desta forma, as equipes de saúde com acompanhamento multiprofissional também precisam assistir essas famílias e minimizar as dificuldades encontradas.

Essas discussões, em consonância com as representações, nos fizeram tecer as considerações de que as famílias do território do estudo não têm um apoio, um suporte adequado por parte dos profissionais. De tal modo que, por não possuir uma assistência, estas não se tornam preparadas para lidar com o familiar em sofrimento mental.

[...] a gente não vê oportunidades pra o familiar tratar o paciente. (P2).

[...] por parte da família, essa pessoa não tem um tratamento adequado. (P15).

[...] na família ainda existe muito preconceito. (P18).

Esses depoimentos contrapõem as outras representações discutidas, pois verificamos que os profissionais de saúde ressaltaram que as famílias não têm

condições de atender as propostas da reforma psiquiátrica, de ter as pessoas em sofrimento mental de volta ao seu lar. Essa opinião pode estar atrelada às representações que foram construídas historicamente, onde o isolamento rompia os vínculos familiares, a família não participava do contexto do cuidado, e muitas delas eram consideradas até mesmo responsabilizadas pela doença mental do familiar. Desta forma, para os profissionais, a família pode conceber atitudes negativas em relação ao familiar em sofrimento como o medo, exclusão e preconceito e essas representações podem propiciar a não inclusão familiar e a não concretização da reforma psiquiátrica.

Assim, podemos considerar que os profissionais de saúde da ESF podem estar lançando mão das histórias, crenças e mitos para representar a falta de condição das famílias pelo cuidado. Esse fato incide na ideia de esses atores sociais terem no seu imaginário social que tirar as pessoas em sofrimento mental do hospital para o cuidado familiar e comunitário possibilitará o aumento da responsabilidade da ESF, o que propõe modificações de estratégias, relações e tecnologias de trabalho para o cuidado a saúde/doença mental no seu território.

Na perspectiva da assistência pautada em serviços comunitários, de base territorial, a família desempenha o papel de protagonista das estratégias de cuidados e de reabilitação, sendo um dos eixos principais para o sucesso da intervenção com a pessoa em sofrimento mental. Para tanto, a família precisa fazer parte dos serviços e ser assistida no cuidado do seu familiar e para isso, os profissionais precisam ser capacitados tecnicamente e também desenvolver sensibilidades para lidar com as famílias em outra abordagem (SARACENO, 1999; LEÃO, 2006).

As representações que emergiram sobre a reforma psiquiátrica, ancoradas na família, apresentaram aspectos relacionais, estruturais e organizacionais que precisam ser superados para uma relação positiva entre as pessoas em sofrimento mental, a família e os profissionais. Foi possível destacar que o universo consensual ainda encontra-se em construção, pois verificamos contradições nos depoimentos que fazem desconstruir e construir as representações em torno da família no contexto da reforma psiquiátrica.

5.3.2 Segunda Categoria: A RASM e suas interfaces socialmente elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF

No universo reificado sobre a RASM, verificamos que um dos grandes desafios e iniciativas da reforma psiquiátrica está na inserção da saúde mental na atenção básica, por meio da ESF. As representações sociais emergem não apenas como um modo de compreender um objeto, mas como uma forma que o grupo adquire capacidade de definição.

Esta categoria pressupõe desvelar do imaginário social dos profissionais de saúde da ESF, como está representada a RASM e como eles percebem o trabalho da ESF nesta rede. Encontra-se organizada nas subcategorias: significados da integralidade para a RASM no pensamento social dos profissionais de saúde; o CAPS como articulador da RASM; ESF como parceira inserida na RASM; e os nós da RASM.

5.3.2.1 Subcategoria: *Significados da integralidade para a RASM no pensamento social dos profissionais de saúde*

No artigo 198 da Constituição Federal de 1988 é descrita a integralidade como uma das diretrizes do SUS, relacionada ao direito de todos ao atendimento integral. Já na Lei 8.080/90 a integralidade é tida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1988; 1990a). Para Mattos (2001) a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, mas um indicador da direção que se deseja imprimir nos sistemas de saúde.

A organização da rede de atenção à saúde parte do pressuposto que de forma isolada e sem interrelações, os serviços de saúde são incapazes de reunir as competências necessárias à solução dos problemas de saúde da população. As redes partem da integração; sem o funcionamento dos serviços de forma a potencializar a organização das demandas dentro dos serviços disponíveis não há rede (CAÇAPAVA, 2009; SANTOS; ANDRADE, 2008).

As representações sociais dos profissionais de saúde da ESF retratam como eles identificaram esse trabalho em rede, ancorada na ideia da integração, da troca e da comunicação entre os serviços de saúde com a finalidade de atender às necessidades de saúde mental:

[...] mas a rede entra nesse momento com a integração com o Programa de Saúde da Família. (P2).

Com a rede se consegue atender o paciente em suas necessidades, de forma [...] integral. (P5).

[...] porque é um processo de referência e contrarreferência, é um processo de troca. (P6).

A rede tem que acontecer não só com um encaminhamento que a gente faça daqui para lá ou de lá para cá, mas uma troca nos serviços. (P24).

[...] rede a gente entende como um entrosamento, uma comunicação. (P65).

Esses depoimentos destacaram que os profissionais precisam articular as ações de saúde de cada serviço, tecer conexões tanto do seu trabalho quanto em ações executadas pelos outros serviços para garantir a continuidade da atenção prestada, pois os serviços de saúde se organizam em níveis de atenção na busca de garantir a resolubilidade de problemas de saúde da população. No pensamento social dos profissionais de saúde insere-se não somente encaminhar e referenciar os usuários; é preciso compartilhar, trocar as experiências dentro de uma rede de serviços. Nessa perspectiva, a integralidade busca orientar as práticas de saúde, organizar o trabalho e a relação com outros serviços.

Silva *et al.* (2005) destacaram em seu estudo sobre a integralidade em saúde que um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contrarreferência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade.

O Ministério da Saúde preconiza que os serviços, dispositivos ou estratégias de atenção à saúde mental, como a ESF, os CAPS, os ambulatórios de saúde mental, os hospitais gerais, entre outros, devem estar em constante integração e comunicação e necessitam permanentemente articularem-se às outras redes sociais e outros setores. A RASM precisa se estruturar e qualificar para dar uma resposta mais eficiente e adequada à complexidade da questão da saúde mental (BRASIL, 2002; 2004a).

Retomamos a análise da (Figura 1), ao verificarmos que as palavras **SUS** e **serviços** apareceram como variáveis de opinião representativas ao grupo de profissionais de nível superior referente ao estímulo indutor RASM. Desta forma, os depoimentos reforçaram que os profissionais acreditam que a RASM necessita de serviços que contemplem as necessidades de saúde mental dos usuários, que se articulem de forma efetiva e garantam os princípios do SUS.

Neste contexto, Moscovici (2010) nos diz que as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar. As representações dos profissionais de saúde da ESF nos fazem introduzir um tipo de realidade, reproduzindo-a com uma concepção da RASM de forma significativa para a efetivação do cuidado integral.

A partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica e da estratégia de atenção psicossocial, somente a articulação do setor saúde não é suficiente para atender às necessidades de saúde das pessoas em sofrimento mental, é preciso superar na sociedade o modelo biomédico e estigmatizado de tratar a 'loucura', por meio de outras dimensões que se considerem necessárias para atingir a integralidade da atenção em saúde mental. Contudo, é importante promover uma interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de saúde mental e as que atuam na rede intersetorial de políticas públicas em educação, saúde e assistência social que promovam o cuidado na saúde mental.

A organização dos serviços de saúde, a partir dos sentidos da integralidade, surge como uma questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde e também para articulação com outros setores. Corroboramos com os depoimentos dos profissionais de saúde da ESF quando eles trazem o trabalho da rede ancorado na ideia de intersetorialidade:

[...] Eu tenho uma parceria também com o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) eu confesso que a gente tem mais parceria. (P1).

Eu acho que dentro da universidade mesmo, dentro da disciplina de saúde mental se podia tá trabalhando na atenção básica, fazendo esse elo. (P11).

Uma rede como o próprio nome diz é uma relação com outros setores. (P24).

[...] Eu acho que a gente precisa estruturar a rede de saúde mental o mais rápido possível. Os serviços, nós temos, como o PSF, CAPS, ambulatório, hospital e até mesmo o CRAS, outros setores [...]. (P39).

[...] a gente tem até casos que precisamos encaminhar para a promotoria, é uma questão de saúde, mas às vezes temos que recorrer a outros setores, não é? (P16).

A partir das representações sociais identificamos que no imaginário social dos profissionais de saúde da ESF, a necessidade de se trabalhar com outros setores está intimamente relacionada às suas práticas cotidianas. A intersectorialidade no sentido de potencializar a RASM passa não apenas pelas questões articuladas no âmbito do setor saúde, mas na possibilidade de assegurar a complementaridade ao atendimento, fornecendo ações integradas.

A reforma psiquiátrica busca garantir o direito à vida em liberdade, ao trabalho, ao respeito negado por séculos às pessoas em sofrimento psíquico. Assim, devemos considerar as necessidades dos usuários de saúde mental como as de qualquer outro cidadão, primando pela realização de práticas que promovam a integralidade da sua atenção.

Montenegro, Penna e Brito (2010) nos dizem que a reestruturação do setor saúde tem impulsionado novos desafios aos profissionais da área, pois devem de forma articulada se organizar para responder às expectativas da população e enfrentar os problemas surgidos nos diferentes campos de atuação. Este fato confirma o trabalho desenvolvido por Silva e Rodrigues (2010), onde as autoras identificaram que a organização da atenção e do cuidado deve criar mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais através da construção de parcerias.

Neste momento, emerge, a partir dos depoimentos, o sentido de articular profissionais de outros serviços, e até mesmo de outros setores, para concretizar o trabalho em rede e garantir a integralidade na produção do cuidado em saúde mental:

[...] na rede tem o CAPS, aqueles pacientes que precisam de um acompanhamento que o PSF não oferece como psicólogo, psiquiatra, assistente social, eles têm. (P57).

[...] O CRAS, que tem psicólogos para estar encaminhando. (P16).

A articulação de diversos profissionais, de diversos setores, com saberes diferentes, mostrou-se, nas representações dos participantes da pesquisa, fundamental para a construção de práticas de integralidade que acolham e que

mostrem as reais necessidades de saúde mental. Sabemos que a atuação com as pessoas em sofrimento mental é algo complexo, que um profissional por si só é incapaz de desenvolver um projeto terapêutico satisfatório e o trabalho interdisciplinar promove o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimento e com outras práticas.

As representações sociais são modalidades de pensamento prático, ligadas à comunicação, à compreensão e ao conhecimento do contexto social, seja do ponto de vista concreto e material, seja do ponto de vista simbólico e ideal (MOSCOVICI, 2010; ANADON; MACHADO, 2011). Nas representações sociais dos profissionais de saúde da ESF percebemos que eles buscam no seu cotidiano, na sua vida prática a necessidade de significações do trabalho interdisciplinar.

No campo das práticas em saúde mental, muitas experiências estão sendo vivenciadas com o trabalho interdisciplinar, de acordo com a lógica da integralidade. Essas experiências em diversos setores que atendem a saúde mental referem-se a espaços de reflexão, criação e experimentação nas práticas em saúde, pensados por vários atores comprometidos com a identificação mais abrangente possível, das necessidades dos usuários, conforme seus contextos de inserção (MATTOS, 2001).

A responsabilização pela saúde mental deve ser considerada como uma atribuição inerente a todos os atores inseridos na RASM, profissionais, gestores, usuários e família. As representações dos profissionais da saúde da ESF retrataram que eles possuem no seu pensamento social o significado de responsabilização pelas pessoas inseridas no seu território:

[...] então eu acho que a rede funcionaria assim, a gente tá perto desses pacientes, a gente tá perto da família. (P24).

A gente passa para a coordenadora, pra enfermeira aí a gente procura meios para ajudar. (P5).

[...] a gente não trabalha com especialistas em saúde mental, mas a gente trabalha com a família, com o paciente e a gente tem que tá perto deles. (P24).

[...] a gente pode não tá funcionando em rede, mas a gente faz atividades que o PSF precisa fazer dentro do seu papel na rede. (P48).

Quando a gente vê que alguém tá precisando mesmo a gente tenta procurar a família. (P8).

[...] Aqui no PSF mesmo a gente pode tá detectando pessoas com sofrimento mental, é responsabilidade nossa tá identificando essas necessidades. (P36)

[...] teria que ter a participação de todos, de todos da saúde não só dos governantes, porque se não a gente não vai pra frente. (P3).

Esses enunciados apontaram três reflexões dos atores sociais que precisam tecer responsabilizações no cuidado à saúde mental. Primeiramente, o saber e o fazer dos profissionais de saúde da ESF, ao passo que eles se sentem na responsabilidade com as pessoas em sofrimento mental, com vistas a produzir práticas inovadoras na assistência, superando o paradigma psiquiátrico tradicional e construindo possibilidades de assistir às pessoas no seu espaço mesmo sem uma organização da rede eficiente. Uma segunda reflexão emerge com as relações traçadas com a família, os profissionais de saúde trazem as possibilidades da sua atuação nesse processo de cuidar em saúde mental. Por último, refletimos sobre o setor governamental, ao passo que a ESF usualmente enfrenta problemas de diferentes ordens técnicas e conceituais na atenção aos usuários dos serviços de saúde no âmbito do SUS, o que deve ser assegurado como responsabilidade da gestão da saúde.

A proposta do Ministério da Saúde é estruturar a RASM a partir da atenção básica, fornecendo um suporte através de equipes de saúde mental. Nesse arranjo, cria-se a responsabilização compartilhada dos casos para se excluir a lógica dos encaminhamentos, visando a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2005, 2011).

No campo de estudo desta pesquisa, não há essas equipes de saúde mental estruturadas para oferecer um suporte às equipes de saúde da família, no entanto, a partir das falas, os profissionais relataram procurar ajuda para atender as necessidades daquelas pessoas, a partir dos serviços disponíveis. Para Figueiredo e Campos (2008), cada um dos atores sociais e os serviços envolvidos na atenção pode se destacar na rede e favorecer um entrelaçamento de ações e relações. Com isso, fica claro que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais necessidades em saúde e, portanto, devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, conforme o grau da necessidade.

Para Mattos (2001) a integralidade na atenção à saúde é um conceito que possui vários sentidos. Assim, o trabalho da RASM nos faz inferir que os profissionais de saúde da ESF ancoram a integralidade da atenção em articulação/integração dos serviços, intersetorialidade, interdisciplinaridade e responsabilização. Esses significados podem ser disparadores de mudanças que possibilitem a melhoria do atendimento às pessoas em sofrimento mental, trazendo a ESF ao espaço desejado à concretização da reforma psiquiátrica.

5.3.2.2 Subcategoria: O CAPS como articulador da RASM

O CAPS traz a proposta de transformação das práticas no âmbito da atenção à saúde mental, ao tentar ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar, com a função primordial de articular a RASM, além de ordenar e regular o trabalho em saúde mental. Nesse sentido, o CAPS revela-se no pensamento social dos profissionais de saúde da ESF como um elemento significativo na RASM:

[...] o que a gente vê aqui dessa rede é mais o CAPS. (P1).

[...] aqui mesmo a gente tem o CAPS que eu conheço que atende pessoas doentes mentais, tanto aqueles agressivos como aqueles passivos. (P18).

[...] eu já ouvi falar muito do CAPS. (P20).

[...] sei que tem serviços de saúde mental que formam essa rede como o CAPS mesmo [...]. (P65).

As representações trazidas nos depoimentos remetem a ideia de o CAPS assumir entre os dispositivos de atenção à saúde mental um lugar estratégico na RASM. Porém, os depoimentos trazem também o significado desse serviço ter a responsabilidade de resolver todos os problemas de saúde mental e do CAPS constituir-se por si só a rede de cuidados.

Apesar de ser fundamental no trabalho em rede, o CAPS não pode ser considerado o único serviço de saúde mental. Ele precisa estar articulado com outros serviços de saúde e com a rede social, onde os sujeitos se inserem para assim poder formar uma rede de cuidados coerente no processo da reforma psiquiátrica.

O CAPS trabalha seguindo a lógica do território e como articulador central das ações de saúde mental. Do mesmo modo, a rede de serviços de saúde mental deve trabalhar de maneira a integrar o CAPS aos demais serviços de saúde e essa articulação em rede precisa garantir a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade, conforme suas necessidades (BRASIL, 2011).

Assim, é com o CAPS que se passa a vislumbrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, constituída também por ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência

e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde. Esses serviços substitutivos devem resgatar as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta (família, escola, trabalho, igreja, entre outros), pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados de saúde mental (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; BRASIL, 2005).

O CAPS tem como missão tecer laços para além dos serviços de saúde, como foi observado nos depoimentos dos profissionais de saúde:

[...] o CAPS mesmo que é um meio para a gente tá tendo esse vínculo em rede. (P30).

[...] porque se você não tem um olhar para a base que é o CAPS que eu acho que é importantíssimo o projeto do CAPS, já que você não tem um olhar diferenciado para ele se expandir não vai realmente dar certo e não vai criar laços com outros, vínculos. (P1).

Estas falas representaram como os profissionais percebem a importância do CAPS na articulação dos serviços na atenção à saúde mental, ou seja, é preciso favorecer o seu trabalho pelo potencial de suporte e vínculo dentro da RASM. Os depoimentos apontaram em não se trabalhar apenas no contexto físico do CAPS, mas instrumentalizá-lo para criar conexões com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade para garantir uma atenção integral.

Uma atenção integral às pessoas em sofrimento mental, como pretendida pela reforma psiquiátrica, só pode ser alcançada através de trocas de saberes e práticas, e da construção de novos modos de atenção em saúde mental em relação ao que era hegemonicamente oferecido nos hospitais psiquiátricos. Assim, os novos serviços de saúde mental, entre eles o CAPS, passam a ser considerados espaços de produção de sujeitos sociais, de subjetividade, espaços de convivência, sociabilidade, solidariedade e de inclusão (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; BRÊDA, 2006).

Podemos identificar esse significado do CAPS como espaço fundamental da atenção psicossocial, na fala de um dos profissionais de saúde:

Então o CAPS na rede é mais ideal para a inclusão dessas pessoas, não é? (P32).

Essa representação ancora na ideia de que o CAPS é uma inovação, ainda em construção, mas que através de suas ações tem potencialidade de interferir na

produção do imaginário social, no que diz respeito à loucura. Neste sentido, brotam outros modos de lidar com a loucura, que não a exclusão, visando ao desenvolvimento de projetos de vida, produção social e promoção da melhoria da qualidade de vida.

O CAPS como articulador da RASM trabalha com a **inclusão** das pessoas em sofrimento, ajudando-os na inserção ao meio social para que possam interagir e viver como sujeito. Tal representação foi evocada pelos profissionais de 25 a 35 anos de idade e com 6 a 10 anos de atuação profissional durante a realização do TALP, ao verbalizarem as palavras que vinham à mente quando foi pronunciado o estímulo RASM.

Moscovici (2010) ressalta que a maneira como se concebe uma ideia orientará a forma como a atividade será executada, à medida que se cria a prática adaptada da concepção existente. Por sua vez, as representações sociais do cuidar direcionado à atenção psicossocial trarão resultados que serão fomento para alimentar as concepções individuais e sociais sobre a inclusão das pessoas em sofrimento mental.

No geral, a atenção psicossocial implica na mudança da política dos serviços de saúde mental, na transformação das práticas e articulação da RASM que permitam construir um novo perfil dos profissionais que promovam a emancipação do sujeito (PINHO *et al.*, 2009).

Os CAPS, ao buscarem inovações em suas práticas, se tornam referência dentro da RASM, principalmente por possuir no seu espaço uma equipe multiprofissional capacitada para uma atuação interdisciplinar. Os participantes deste estudo trazem no imaginário social a necessidade de esta equipe estar articulada para atender às demandas da rede de saúde como um todo:

[...] a gente entra em contato com o CAPS, que é quem a gente tem como referência na rede, pois a gente sabe que tem uma equipe lá multidisciplinar. (P32).

[...] Precisa estar direcionando sim para o CAPS porque é lá que ele vai ter o atendimento psicológico e psiquiátrico. (P48).

[...] o CAPS mesmo tem um trabalho bom, mas a demanda é muito grande, não é só o Mandacaru, é Jequié todo. Lá tem um trabalho de acompanhamento, de trabalhar com o lúdico, com artesanato. (P56).

Então, a partir da minha referência lá no CAPS, ele vai ter o acompanhamento com psicólogo, assistente social, enfermeiro, psiquiatra, então eu acho que no momento o CAPS é que supre as necessidades de atendimento desses pacientes. (P48).

Podemos perceber que os profissionais de saúde da ESF ancoram na referência ao CAPS o atendimento das necessidades dos seus usuários através da equipe multiprofissional. Observa-se a ideia de responsabilizar a equipe do CAPS pelos cuidados de saúde mental, entretanto, a proposta da rede prevê uma corresponsabilização dos casos entre as equipes, na perspectiva de aumentar a capacidade resolutive dos problemas encontrados.

É importante ressaltarmos que a corresponsabilização foi um dos eixos do estudo de Delfini *et al.* (2009), que retrata a parceria do CAPS e ESF. Eles identificaram que os meios mais adequados para garantir o atendimento integral às pessoas em sofrimento mental são o fortalecimento de vínculos entre usuários, família, comunidade, equipe e alguns profissionais específicos que atuem como referência. O objetivo da corresponsabilização é proporcionar um atendimento mais singularizado e personalizado, em que cada profissional acompanhe melhor, o processo saúde-enfermidade-intervenção do usuário.

Os profissionais que trabalham com as pessoas em sofrimento mental são os principais atores no processo de desinstitucionalização, os quais transformam as organizações e as relações exercitando ativamente o seu papel terapêutico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Nesta perspectiva, são os profissionais de saúde que determinarão a qualidade do tipo de cuidado, no entendimento de assumirem o compromisso de superar o modelo manicomial.

Outras representações dos profissionais de saúde retrataram o que eles vivenciam no seu dia a dia, como a falta de articulação com o CAPS:

Eu acho que ainda não existe uma relação efetiva com o CAPS. (P24).

Assim o CAPS é satisfatório, mas ainda deixa muito a desejar, não sei se é o caso das pessoas não terem muito conhecimento, não ter uma divulgação maior. (P35).

[...] Existe o CAPS, mas quando a gente precisa não está disponível, não tem o psiquiatra, não tem o psicólogo, entendeu? (P39).

No universo das representações sociais, muitas delas se fundem, mesclam-se e também se contradizem (SIDRIM, 2010). Representações diferentes circulam no mesmo campo, como podemos observar nos depoimentos, apesar de os profissionais de saúde perceberem o CAPS como uma estratégia para a organização da RASM, na prática eles vivenciam dificuldades que os direcionam a

novas formas de estruturar o CAPS no seu pensamento social. Essas representações têm a importância de reconhecer os obstáculos que precisam ser superados para alcançar a integralidade da atenção às pessoas em sofrimento mental.

Os CAPS são os organizadores da RASM e devem buscar o estreitamento de laços entre os serviços de saúde e a rede social. Para tanto, faz-se necessário solidificar seus princípios fundamentais para agenciar o processo de inovações de práticas, tomando a responsabilidade sobre a demanda e a compreensão da transformação do modelo assistencial em saúde mental.

Pautando-se nas discussões estabelecidas anteriormente, verificamos que a RASM não é apenas composta pelo CAPS que devem atender às necessidades da saúde mental, mas de serviços que devem se complementar uns aos outros. Observamos ainda que ao mesmo tempo em que o CAPS emerge como um processo em construção há ainda limitações para sua operacionalização.

5.3.2.3 Subcategoria: ESF como parceira inserida na RASM

A ESF apresenta como um dos objetivos a reorganização e fortalecimento da atenção básica no primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde. Essa lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta os processos de transformação da assistência psiquiátrica. Neste contexto, a ESF ganha lugar de destaque na RASM e esta discussão vem se tornando um conhecimento compartilhado entre os profissionais de saúde da ESF, como verificamos nos depoimentos:

Essa rede acontece principalmente quando se fala em PSF que é Programa de Saúde da Família. (P6).

[...] como nós trabalhamos com PSF, nós também trabalhamos com pacientes com esses tipos problemas e temos que fazer parte da rede. (P19).

[...] Eu acho que o PSF deve ser um parceiro do CAPS, um elemento dentro da rede de atenção à saúde mental. (P24).

[...] eu falo que o PSF precisa mais fazer a sua parte dentro da rede, por que tá aqui tudo muito perto da gente. (P65).

As representações sociais que emergiram das falas dos profissionais retrataram que eles percebem a importância da ESF na RASM ao direcionar os seus entendimentos à articulação com o CAPS e à identificação das necessidades de saúde mental da população do seu território. O significado da rede para esses profissionais de saúde refere-se à necessidade de estender o cuidado em saúde mental a outros serviços, e em especial a ESF, não sendo viável responsabilizar somente os serviços especializados no cuidado integral às pessoas em sofrimento mental.

Entretanto, percebemos na fala de um dos profissionais que ainda falta na ESF uma atenção mais direcionada à saúde mental, principalmente para que os profissionais se sintam mais engajados no trabalho em rede.

Para Oliveira (2011) as representações sociais de profissionais de saúde é um saber técnico-profissional voltado aos objetos oriundos da prática profissional cotidiana, ao processo de trabalho e ao desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde. Esse fato possibilita que os profissionais de saúde da ESF ancoram na comunicação do dia a dia, nas suas experiências e desenvolvimento do seu trabalho as representações no contexto do seu papel na RASM.

A ESF está mais próxima dos usuários, dos familiares e da comunidade, ou seja, do convívio social dos sujeitos. A forma de territorialização permite a atuação da equipe em um espaço concreto, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação através da relação usuário, família e equipe.

De acordo com o Relatório da IV CNSM – Intersetorial, a rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da ESF, para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas em sofrimento mental, em seu próprio território (BRASIL, 2010).

O território é um norteador das estratégias de ações de cuidados dos serviços de saúde, considerando que nele as pessoas circulam, moram, relacionam-se na sua rede social e isso permite aos profissionais de saúde da ESF criarem vínculos que podem facilitar as suas práticas no contexto da RASM. Observamos que o modo de se relacionar com pessoas ao nível de território está presente no pensamento social dos participantes da pesquisa como meio de fortalecer a inserção da ESF na rede.

O papel da Estratégia de Saúde da Família dentro da rede é de fundamental importância, a equipe tem um elo com a comunidade, há uma confiança. (P48).

[...] O PSF mesmo está incluído demais nessa rede, até pela integração que os profissionais do PSF têm com a comunidade, com a família que tá ali acompanhando tudo, um problema de depressão que a gente percebe, o uso de drogas. (P57).

Diante disso, as falas dos participantes demonstraram que a relação que é criada entre a equipe e a comunidade pode ser usada como um modo de organizar as ações da ESF à produção do cuidado em saúde mental. Essas representações aparecem ancoradas à ideia de aproximação, de envolvimento, de conhecimento e de responsabilidade. A ESF deve desenvolver as ações dentro da RASM, não devendo restringir o cuidado ao espaço físico do serviço, mas à ampliação aos espaços da vida dos sujeitos na perspectiva de cuidar e socializar.

A saúde mental deve ser considerada uma importante ação dentro da ESF, pois os profissionais têm uma proximidade maior com os usuários, familiares do que qualquer outro serviço de saúde. Lancetti e Amarante (2006) afirmaram que no modelo de atenção proposto pela ESF as pessoas não são mais tratadas pelos números de prontuários, eles passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecido, por isso essa estratégia é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental.

A atenção centrada na família é percebida pelos profissionais de saúde da ESF no contexto social dos sujeitos, e desta forma permite que se tenha uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas. Souza (2006), em seu estudo, afirmou que a saúde da família se configura em uma política democratizadora caracterizada como uma prática de atenção de base epidemiológica, ancorada em dois conceitos da medicina social – o da determinação social do processo saúde-doença, e do enfoque nos processos de trabalho em saúde.

Dessa maneira, averiguamos que as representações do processo saúde-doença são fundamentais na determinação das necessidades de saúde. Corroboramos com Oliveira (2011, p. 602) ao considerar que:

As representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, pode-se inferir que as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde.

Assim, as representações sociais dos profissionais de saúde evidenciaram que a ESF pode trazer uma ressignificação ao cuidado em saúde mental no âmbito do seu território, fator importante no contexto da RASM:

[...] Eu percebo mesmo que é necessário o PSF estar inserido nesta rede, porque retirar o paciente de dentro de uma instituição para a família e já que o PSF trabalha com a família ele tem que tá preparado também para lidar com esses pacientes. (P39).

Precisamos fazer a orientação para a família e ter a preparação aqui no PSF para receber essas pessoas mensalmente ou de dois em dois meses. (P15).

[...] a gente aqui do PSF tem que ficar acompanhando esse processo mais de perto com a pessoa e a família. (P39).

[...] é preciso trabalhar mais esse papel do PSF na atenção à saúde mental é uma necessidade, porque lidamos diariamente com famílias que possuem alguma necessidade, que precisa de ajuda neste campo. (P65).

Percebemos que a ESF busca o acompanhamento à saúde das famílias que residem no seu território de abrangência, estabelecendo um compromisso com elas e ao mesmo tempo intervindo no espaço onde as pessoas vivem. Por meio do atendimento 'não especializado' as equipes de saúde da família podem pensar e traçar novos trajetos para desmistificar a loucura, permitindo às famílias e aos sujeitos em sofrimento mental compartilhar o mesmo espaço dentro da sociedade. Os profissionais identificaram a inserção da ESF na rede como uma necessidade, apresentando-a como uma maior possibilidade de melhoria da qualidade de vida desses sujeitos.

Os profissionais de saúde percebem que suas ações podem proporcionar o estabelecimento de mudanças no cuidado à saúde mental da população, pois estão mais próximos de onde as relações da vida são constituídas, ou seja, na comunidade, nas associações de bairro, na igreja, na escola, entre outros. A ESF pode atuar, assim como o CAPS, como um importante espaço na RASM, acompanhando as famílias com necessidades de atenção à saúde mental, desenvolvendo atividades de prevenção e promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde, de modo a lidar com os determinantes sociais de adoecimento,

realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment*⁷ (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Desta forma, os conhecimentos compartilhados no cotidiano dos serviços de saúde pelos profissionais e a relação entre o senso comum e o saber técnico-profissional potencializa as representações sociais deste grupo e determina as ações de cuidado e de promoção da saúde no âmbito da saúde mental (OLIVEIRA, 2011).

Trabalhar a rede de atenção à saúde é algo complexo, que exige dos profissionais, da gestão e da população a implementação de estratégias que vão além do atendimento e do ser atendido, abarca um conceito ampliado de integralidade do cuidado. Os profissionais de saúde da ESF perceberam que ainda falta algo para se concretizar a atenção à saúde mental:

[...] O PSF está inserido nessa rede, mas eu me sinto mesmo sem suporte.
(P56).

Esse pensamento do profissional de saúde ancora-se no sentimento de falta de apoio para garantir a oferta de serviços e cuidado de acordo com as reais necessidades da população. Tal fala demanda duas reflexões sobre a ESF na rede de atenção à saúde mental: demonstra por um lado o compromisso e preocupação com a qualidade do cuidado em saúde mental que é oferecido à população, e, por outro lado, revela a desestruturação da organização dos serviços em rede.

Não obstante, rede não é o simples ajuntamento de serviços, requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. É preciso garantir uma organicidade à rede com o fim de potencializar seus recursos (SANTOS, 2008). As mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica requerem que os serviços estejam inseridos numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer uma continuidade de cuidados.

A articulação da ESF com uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma ferramenta para a consolidação da reforma

⁷ *Empowerment* pode ser definido como oportunidade de crescimento dos sujeitos que sofrem ou lidam com o sofrimento mental, de construir cidadania e autonomia, a partir da ruptura com as práticas verticalizadas, excludentes e mistificadoras que produziam alienação e acomodação, e sua substituição por práticas e modelos mais horizontalizados, em que o cuidado se volte para sujeitos, pessoas com direitos e deveres (VASCONCELOS, 2003).

psiquiátrica. Assim, os profissionais precisam perceber o seu papel dentro desse contexto, atuando de forma a favorecer um acompanhamento, direcionamento das necessidades de saúde mental da população do seu território, trazendo também uma ressignificação das pessoas em sofrimento mental dentro da sociedade.

5.3.2.4 Subcategoria: Os nós da RASM

A partir das representações sociais sobre a RASM pelos profissionais de saúde da ESF, emergiram algumas dificuldades percebidas por estes para concretizá-la. A fragmentação da rede de serviços é avaliada como uma dessas dificuldades, como podemos visualizar nos depoimentos a seguir:

[...] porque a gente percebe que cada serviço trabalha separadamente então não é uma rede, porque a gente entende rede como algo que se trabalha em conjunto, né? Eu não percebo rede, eu vejo serviços isolados, cada um funcionando ao seu modo a rede ainda precisa ser construída. (P39).

[...] mas é preciso ter a comunicação entre esses serviços que não tem, a gente trabalha cada serviço por si. (P48).

[...] o que a gente tem é isolado como o CAPS, o hospital, o ambulatório. (P56).

[...] é preciso entrosar a equipe de saúde da família com a equipe do CAPS, com os serviços de saúde mental do município. (P32).

Eu acho que precisa caminhar mais junto o CAPS, o PSF porque fica cada um isolado fazendo o seu trabalho individual e não se preocupa com o todo o atendimento de forma mesmo é [...] integral ao paciente com esse tipo de sofrimento.(P37).

Já discutimos anteriormente que rede é integração, é articulação dos serviços para proporcionar um atendimento integral aos usuários. Nestas falas, percebemos que na realidade estudada existe a falta de articulação/integração dos serviços e essa dificuldade é presente no pensamento social dos profissionais de saúde da ESF, como um nó da RASM. Assim como eles sabem que no universo reificado sobre redes a integralidade é fundamental, também percebem que na prática isso não ocorre.

Os profissionais de saúde revelaram que o diálogo entre os serviços se apresenta distinto, não compartilhado, e a comunicação nas diferentes modalidades de

atendimento é necessária para avançar na política de saúde mental. Desta forma, essa 'rede' acaba sendo caracterizada por um perfil de fragmentação, tendo como efeito a descontinuidade do cuidado integral.

Os achados corroboram as pontuações de Silveira (2009) e Arce, Sousa e Lima (2011), que revelaram que a configuração da rede assistencial apresenta dificuldades na articulação entre os serviços de saúde. Dimenstein *et al.* (2009) ressaltaram que articular os serviços de atenção básica e serviços especializados em saúde mental fortalece a RASM, além de promover encontros de saberes que proporcionem uma atuação dentro das propostas da reforma psiquiátrica.

A TRS nos auxilia na compreensão da realidade social, dando-nos subsídios para entendê-la, e através desse entendimento trabalhar de forma mais aproximada desta realidade (SAMPAIO, 2010). A partir dessas representações dos profissionais de saúde da ESF, desvelamos que existem necessidades e obstáculos que precisam ser atenuados para a efetivação da rede com a inserção da ESF como potencializadora desse trabalho.

O depoimento de um dos profissionais de saúde afirma que o problema da fragmentação da RASM reflete no próprio usuário:

[...] os pacientes ficam muito soltos, ficam nos procurando, ficam desesperados, aí só têm a piorar. (P6).

Este discurso revela uma realidade dos usuários, pois eles sofrem as consequências das desarticulações dos serviços de atenção à saúde mental. A construção da representação social se consolida pelo entendimento de que as pessoas em sofrimento mental estão carentes de assistência. Neste sentido, é preciso compreender, articular os dispositivos de cuidado em saúde mental e criar possibilidades e parcerias necessárias.

Reportando aos resultados encontrados através do TALP (figura1), verificamos que a palavra **deficiente** foi considerada uma variável de opinião ao estímulo RASM para os profissionais de saúde que tinham de 25 a 35 anos de idade e possuíam de 6 a 10 anos de atuação profissional, assim como para os profissionais de nível superior. Desta forma, isso nos faz tecer a análise de que esta falta de articulação e integração entre os serviços e a falta de organização da rede

delineiam no inconsciente dos profissionais de saúde a ideia de deficiência, de carência da rede de atenção.

Segundo Coutinho, Nóbrega e Catão (2003), as representações que as pessoas fazem do mundo, de si mesmas e de suas experiências, expressadas na técnica de associação livre de palavras, possibilita a apreensão de elementos complementares para a investigação. No objeto estudado vemos que o termo deficiente complementa os sentidos expressos na entrevista sobre a RASM.

Dimenstein (2007), em seu estudo, identificou que a RASM é um dos aspectos que apresenta mais fragilidade no contexto da reforma, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito de usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas.

Apesar de existir alguns serviços substitutivos no município do estudo, os profissionais expressaram que não têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental, ressaltando a referência e a contrarreferência como ineficaz neste processo:

Eu acho deficiente porque nós não temos uma contrarreferência [...] a gente também não recebe um retorno desses pacientes. (P27).

[...] não existe uma organização dessa demanda de vai e volta, ou seja, de referência e contrarreferência. [...] A gente faz o encaminhamento, mas a gente não tem o retorno, a gente não tem a contrarreferência - como está sendo acompanhado, por quem está sendo acompanhado. (P24).

[...] Porque é importante você ter uma rede com retorno para até você saber como daria o acompanhamento aqui do PSF. (P27).

[...] às vezes eu me sinto perdida, por mais que a gente fale que vai encaminhar para o ambulatório do Campo do América, pro CAPS, como é que ele vai ser recebido lá? (P36).

Os profissionais de saúde têm como representação social que o sistema de referência e contrarreferência não é efetivo, demonstrando ocorrer pouca circulação de informações sobre as funções dos serviços e sobre a articulação da ESF e o cuidado à pessoa em sofrimento mental. O que observamos é que ocorre o encaminhamento do caso, sem o acompanhamento na efetivação da produção do cuidado, e, portanto, sem a garantia da contrarreferência. Os profissionais reproduzem o sentimento de impotência, frustração diante do processo de concretização da RASM.

Os termos **referência** e **contrarreferência** já foram discutidos anteriormente na Figura 1, onde os profissionais de saúde da ESF com idade maior que 47 anos e tempo de atuação maior que 16 anos representaram o fluxo dos usuários dentro da RASM a partir do mecanismo de referência e a contrarreferência. Verificamos que este fato reforça a nossa ideia de que este processo está no imaginário social dos participantes da pesquisa, oferecendo suporte à construção dessas representações.

O Ministério da Saúde preconiza a referência e contrarreferência para a disposição dos serviços de saúde mental em uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2001; 2002; 2005). No entanto, a falta desta organização gera o que podemos dizer uma 'assistência partida' em saúde mental (ALVES; GULJOR, 2007).

Outras representações dos profissionais de saúde da ESF nos faz refletir que os procedimentos burocráticos do sistema de referência e de contrarreferência ocorrem sem possibilidades de flexibilização, ocasionando principalmente a dificuldade de acesso.

Eu acho que eles dificultam muito, até o paciente chegar ao serviço é muita burocracia deveriam facilitar mais, é por isso que às vezes as pessoas desistem do tratamento. (P9).

Eu acho que ainda fica assim muito a desejar, assim o tipo de acesso, a gente ter acesso, de encaminhamento, de direcionamento aos pacientes. (P16).

É assim, funciona, mas o acesso ainda é difícil. [...] eu acho que a quantidade de pacientes que tem o acesso ainda é um pouco restrito, a gente tem dificuldades para dar encaminhamentos desses pacientes. (P19).

Então poderia esses serviços a gente encaminhar e ser mais fácil para os usuários, o acesso mesmo. (P32).

Mesmo a ESF sendo o primeiro nível de contato dos usuários no atendimento às suas necessidades, os profissionais de saúde identificam um grave problema de acesso a outros níveis de atenção. Isso nos faz entender que, o CAPS como articulador das ações de saúde mental na rede, mostra-se ainda incipiente para proporcionar um suporte à atenção básica no município, enfraquecendo a estruturação da RASM.

Estes resultados corroboram com Souza (2006), quando ela nos diz que o estabelecimento de conjunto entre saúde mental e ESF amplifica o potencial do CAPS como agenciador de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento mental. Não

haveria transferência de responsabilidade, mas viabilizaria uma melhor articulação da RASM.

Para Mendes (2011), as redes de atenção à saúde formam sistemas integrados de atenção organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral. Em contrapartida, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são pontos de atenção isolados e sem comunicações uns com os outros, o que dificulta principalmente o acesso dos usuários.

As representações sobre o acesso dos usuários à RASM fazem surgir no imaginário social dos profissionais de saúde 'saídas' para aumentar a acessibilidade das pessoas em sofrimento mental, como podemos verificar nos depoimentos que se seguem:

É preciso criar um fluxograma para encaminhar esses pacientes. (P27).

[...] o bom é se a gente tivesse um fluxograma a ser seguido para esse serviço e saber que lá ele teria todo o atendimento necessário, todo encaminhamento. (P39).

Os participantes da pesquisa expressaram exatamente o que é proposto quando se trabalha em rede, estabelecer comunicações, elos e vínculos para facilitar as 'idas e vindas' dos usuários dentro do sistema. Para eles as ações não devem limitar somente a ESF, mas garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade, se assim for preciso, no intuito de dar resolubilidade às necessidades dos usuários.

A análise do acesso para Abreu de Jesus e Assis (2010) assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, ao definir os fluxos, o funcionamento, a capacidade e a necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo do usuário.

Neste sentido, uma das formas de se contribuir para a efetivação do acesso aos serviços de saúde é por meio do controle social efetivo por parte da população. Sua participação na elaboração de políticas públicas de saúde, também influenciada pelo nível educacional, pode ser fator de qualificação dos serviços de saúde (ASSIS, *et al.*, 2010a). Na área da saúde mental, os profissionais de saúde da ESF perceberam que a falta de conhecimento por parte da população é um dos 'nós' da RASM, o que dificulta principalmente a busca por melhoria do atendimento dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Na realidade as pessoas da comunidade têm pouco conhecimento, na realidade Jequié em si tem pouca informação sobre isso, né? E tá aí para dar suporte, mas as maiorias das pessoas não sabem. (P06)

[...] você vê que poderia procurar, mas muitos não têm conhecimento, na realidade precisa isso, expor para a comunidade e informar mais. (P37)

As falas dos profissionais demonstraram a importância dos usuários compreenderem a organização da rede de serviços para sua inserção e direcionamento. Um dos anseios da reforma psiquiátrica é trazer o indivíduo e sua família para o processo do cuidado em saúde mental e para isso os profissionais perceberam que a falta de conhecimento sobre a RASM pode sofrer influências do fator educacional da população.

Para corroborar com as nossas suscitações retrataremos a análise do TALP, (Figura 1), onde a **educação** foi um termo representativo para os profissionais com idade entre 25 a 35 anos e com 6 a 10 anos de atuação profissional. Esse fato nos faz inferir a reflexão de que a falta de processos educacionais para a população em relação à organização dos serviços de atenção à saúde mental dificulta a participação e entrosamentos da sociedade, o que também pode permitir as velhas representações sobre o estigma frente ao cuidar das pessoas em sofrimento mental.

Segundo Jodelet (2001), o ressurgimento de crenças arcaicas ocorre em virtude da falta de informação. Desta forma, a falta de educação e informação pode intensificar os obstáculos de efetivação da RASM.

É necessário romper com o método epistêmico da psiquiatria, o conceito de doença mental como erro e o princípio de isolamento terapêutico. A proposta da reforma psiquiátrica deve ser compreendida por todos: usuários, familiares e profissionais, caso contrário o cuidado às pessoas em sofrimento mental continuará pautado na hospitalização e segregação. Os atores sociais podem se destacar na rede e favorecer um entrelaçamento de ações e relações, entretanto, é preciso que cada um seja conhecedor do novo modo assistencial pautado na inserção do sujeito e familiares para o cuidado em saúde mental (AMARANTE; TORRES, 2001; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008).

E por fim, corroboramos com Cardoso *et al.* (2007) por acreditarmos que faz-se necessário romper barreiras e integrar visões de mundo na busca do conhecimento, construindo propostas e desenvolvendo ações que possam

solucionar problemas sociais, e com isso fortalecer e operacionalizar o sistema de saúde.

5.3.3 Terceira Categoria: As ações de saúde da ESF: um enfoque ao cuidado em saúde mental

No tocante ao universo reificado das ações de saúde mental na ESF, verificamos que elas podem favorecer a consolidação da rede de cuidados em saúde mental, bem como a reinserção social da pessoa em sofrimento mental, visto que os profissionais de saúde atuam direcionados às famílias de um determinado território social e possuem objetivos e diretrizes condizentes à proposta da reforma psiquiátrica.

O novo modelo assistencial em saúde mental reconfigurou o modo de intervenção às pessoas em sofrimento mental, ou seja, não mais na doença, mas sim no sujeito social, trazendo as necessidades de saúde do indivíduo como foco das ações de saúde. Nesta compreensão, a atenção psicossocial é um instrumental que suscita a construção desse novo olhar para o cuidado (AMARANTE, 1996; SARACENO, 1999).

Desta forma, pautada nestes pressupostos, a saúde mental ganha espaço na ESF, possibilitando que este serviço seja um parceiro na configuração da RASM, com ações de saúde que possam potencializar o cuidado em saúde mental. Assim, ao questionarmos os profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas na ESF para atender às necessidades de saúde mental da população do seu território, as respostas nos remetem a três subcategorias: acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais para o cuidado em saúde mental na ESF; ações assistenciais e educativas para o cuidado em saúde mental na ESF, e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF.

É importante ressaltar que, apesar do distanciamento das ações de saúde em relação ao que é preconizado ou desenvolvido com dificuldades e/ou de forma equivocada, as ações de saúde fazem parte do seu trabalho, está alicerçada e sofre influência das representações sociais construídas pelos profissionais de saúde.

5.3.3.1 Subcategoria: *Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais para o cuidado em saúde mental na ESF*

Na ESF os profissionais de saúde utilizam diversas tecnologias em saúde para o desenvolvimento de ações juntos aos usuários/familiares adscritos em seu território, e adotam estes artifícios para potencializar as intervenções também na área de saúde mental.

Mendes-Gonçalves (1994) apresenta a concepção de tecnologias em saúde como sendo o conjunto de saberes e instrumentos que expressam nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais entre agentes e práticas conformada em uma totalidade social.

Ao teorizar sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, Merhy (2002) afirma ser um 'trabalho vivo em ato', possível de acontecer em um processo de relações, em ato, em ação, no momento do trabalho, agregando a intersubjetividade sempre que possível. Considera que as tecnologias que permeiam o trabalho em saúde são de três tipos: leve, opera no campo das relações; leve-dura, a que é operacionalizada com base em um saber estruturado, agregando a clínica médica e a epidemiologia; e a dura, aquela que utiliza as máquinas, os recursos tecnológicos.

De acordo com Jorge *et al.* (2011), ocorre uma valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes das ações no âmbito da saúde mental, aliada às perspectivas de operar o cuidado conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. O cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro a partir, principalmente, do acolhimento e vínculo.

Então, diante dessa realidade notamos, através dos depoimentos, que o acolhimento está presente nas ações de saúde dos profissionais da ESF para atender às necessidades de saúde mental dos usuários.

[...] a gente consegue identificar essas pessoas também através do acolhimento que a gente faz aqui na unidade de saúde, a gente convida e através das respostas do dia a dia frente as ações dá para identificar essas questões. (P5).

[...] Porque a maioria da necessidade de saúde mental que a gente identifica na área é assim por meio mesmo das conversas com a família. (P35).

[...] muitas pessoas a gente vê que tem a necessidade de falar e de ser ouvida. (P37).

Atendemos as necessidades principalmente no corpo a corpo com a comunidade no acolhimento aqui na unidade. (P39).

Então assim, a gente consegue detectar (necessidades de saúde mental), no próprio acolhimento aqui na unidade. (P40).

Suscitamos que as representações dos profissionais estão alicerçadas no processo de escuta e acolhimento como um ato de interpretação entre o que a equipe pode oferecer e o que o usuário deseja. Através das falas, verificamos que o acolhimento é uma das principais ações desenvolvidas na ESF e tem proporcionado um meio de favorecer o usuário, a partir do atendimento das suas necessidades.

Uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime, produz e determina os comportamentos, dão significados às respostas (MOSCOVICI, 2010). Nestes depoimentos os profissionais de saúde representam o ato de acolher embebido nos seus comportamentos que direcionam o seu fazer para as necessidades de saúde, dando significados às ações de saúde mental na ESF.

O acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde deve ser entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática, compreendendo-se como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir, dando respostas adequadas a cada demanda (BARROS; JORGE; PINTO, 2010). Assim, o acolhimento ultrapassa o ato da 'triagem qualificada' ou da 'escuta interessada' e pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas (ASSIS *et al.*, 2010b).

Nossos achados corroboraram com o estudo de Mielke (2009), onde ela destacou que o acolhimento precisa ser uma ação de saúde mental e avalia que a escuta minimiza o problema. Assim, exige do profissional percepção para trabalhar o aspecto relacional dessa intervenção e atender a uma necessidade de saúde daqueles que chegam aos serviços.

Além de proporcionar a percepção das necessidades de saúde dos usuários, Franco e Merhy (2006) dizem que as tecnologias leves, que acolhem e estabelecem vínculos, tendem a aumentar a capacidade de atendimento de uma equipe e a serem mais resolutivas, impactando positivamente no acesso aos serviços. Como já discutimos anteriormente, o acesso é uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde da ESF para a efetivação da RASM, isso nos faz perceber

que as representações sociais deles sobre o acolhimento traz à tona que os mesmos tentam buscar nas suas ações a solução desse problema.

Partindo da análise do TALP (Figura 1), encontramos o **acolhimento** como um termo representado para os dois estímulos indutores: Reforma Psiquiátrica e Rede de Atenção à Saúde Mental. Neste sentido, verificamos que os profissionais de saúde consideram o acolhimento um dispositivo essencial no trabalho em saúde da ESF para a organização da RASM e com isso a efetivação da reforma psiquiátrica.

Consideramos também que esta representação no imaginário social dos profissionais de saúde nos faz refletir sobre a importância ao sofrimento do outro, propondo-se auxiliar os usuários na busca de resolução dos problemas. A escuta é bastante valorizada e deve ser entendida como uma ação fundamental do cuidado em saúde mental.

O acolhimento é resultante das relações no processo de atendimento, pode ser considerada a primeira ação a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, com consequente criação de vínculo (ASSIS *et al.*, 2010b; COELHO; JORGE, 2009).

É importante entendermos que no universo consensual encontra-se o alicerce das práticas interativas cotidianas, onde se constroem as representações sociais a partir das pressões do dia a dia e das contradições sociais. O senso comum dos profissionais de saúde da ESF são versões contemporâneas de um determinado saber, é o espaço do que é familiar deles, que é próximo (FERREIRA; BRUM, 2000).

De tal modo, especialmente quando se fala em ESF o acolhimento está diretamente relacionado ao estabelecimento de vínculo na sua prática diária.

[...] E assim a gente precisa acolher, fazer o vínculo com esse paciente e essa família esse é um papel fundamental nesse processo. (P48).

De igual forma, esse depoimento traz as representações sobre o acolhimento e o vínculo com base nas premissas de Merhy (2002), quando ele nos diz que o acolhimento exige um olhar diferenciado, uma atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde e a criação de vínculos entre a equipe e a população.

A palavra vínculo significa relação, ligação e união. Segundo Fernandes (2005), na ESF ela é aplicada como um dos objetivos e diretrizes do trabalho em

saúde (FRANCO; MERHY, 2006). Realmente, no pensamento social dos profissionais de saúde da ESF estão ancorados os significados do vínculo à família e às pessoas em sofrimento mental, pautados no ato de confiabilidade e da corresponsabilização pelos problemas enfrentados.

[...] muita gente confia no agente comunitário e acaba se abrindo contando seus problemas. (P5).

[...] fica mais fácil, como acontece através dos agentes comunitários, eles ficam mais com a comunidade, tem o vínculo, né? (P18).

[...] tentamos criar mesmo um vínculo com as famílias que têm algum problema para que ela possa sentir apoio na gente. (P65).

A ESF traz em si a proposta de trabalho no território, com a comunidade e com a criação de elos relacionais entre equipe e famílias. As falas dos profissionais de saúde trouxeram as representações ancoradas em laços estreitos, onde o vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Representou ainda, o agente comunitário como um profissional capaz de tecer este dispositivo mais facilmente, em virtude de conviver e de se relacionar mais no dia a dia das pessoas.

A ESF em sua essência “trabalha com a lógica de desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, estando suas equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade” (LANCETTI, 2001, p. 139).

No trabalho em saúde, a vinculação é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das ações de saúde mental, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo (usuários e equipe). De fato, permite uma ‘intimidade terapêutica’ no sentido de favorecer a autonomia das pessoas em sofrimento mental e seus familiares, pois existem trocas de fazeres e saberes no contexto da nova proposta de cuidado (JORGE *et al.*, 2011; MILKE, 2009).

Franco e Merhy (2006) inferem que a ideia de vínculo deveria nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Estabelecer vínculos está ligado a desenvolver relações tão próximas e tão claras que nos leva a sensibilizarmos com todo o sofrer do outro. Corroboramos com estes autores ao verificarmos que o significado expresso por um dos profissionais de saúde da ESF sobre o vínculo transcende a escuta, mas à criação de afetos e à responsabilidade partilhada.

[...] às vezes eles nos procuram, eles nos veem às vezes como o psicólogo deles, alguém pra eles estar desabafando e ajudando. (P6).

O vínculo como tecnologia leve na ESF parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer responsabilização; conseqüentemente ocorre uma interação geradora de vínculos e laços, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho. A construção do vínculo em saúde mental depende ainda do modo como os profissionais de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e sua singularidade do processo de cuidar, ou seja, é preciso não apenas responsabilizar-se, mas criar autonomia para as pessoas desenvolverem também o seu cuidado em saúde mental (COELHO; JORGE, 2009).

Reportando-nos mais uma vez à Figura 1 sobre o TALP, verificamos que a **responsabilidade** é apreendida no pensamento social dos profissionais de saúde também pelos dois estímulos indutores — Reforma Psiquiátrica e Rede de Atenção à Saúde Mental. Desta forma, duas reflexões podem ser consideradas: primeiro a de que os profissionais de saúde, através do acolhimento e vínculo, se sentem responsabilizados pelas pessoas vinculadas ao seu território, garantindo assim os objetivos da ESF, e segundo, que eles acreditam que a partir da responsabilização pela saúde mental estarão fortalecendo a RASM.

A tomada da responsabilidade é um conceito derivado da psiquiatria democrática italiana que se tornou importante na RPB, e o ponto central é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Franco e Merhy (2006) destacaram que ao mesmo tempo em que o acolhimento, o vínculo e a responsabilização são tecnologias leves de intervenção, produtoras do cuidado e da cura em saúde, também constroem uma nova postura dos profissionais de saúde frente aos usuários, disparando a constituição de novos processos coletivos de subjetivações no interior das equipes de saúde.

Em suma, consideramos que as tecnologias relacionais vão ao encontro da reinserção social proposta pela reforma psiquiátrica, estimulando o usuário a ser protagonista de sua vida, valorizando sua cidadania, fortalecendo a capacidade de conhecer o outro a partir de seus desejos e necessidades, possibilitando a desmistificação da loucura e trazendo para o foco da atenção o sujeito e não a doença.

5.3.3.2 Subcategoria: *Ações assistenciais e educativas no cuidado à saúde mental na ESF*

No cotidiano das ações assistenciais e educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF, é possível destacar algumas atividades que podem ser conduzidas para o cuidado em saúde mental dos usuários. Durante as entrevistas foi possível verificar que os participantes, mesmo não pontuando ações concernentes de saúde mental, trazem das suas práticas diárias representações da atenção à saúde mental através das consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e atividades educativas.

Tais atividades se fundamentam no universo reificado da ESF, buscando a integralidade do cuidado, assegurado pelo atendimento das necessidades de saúde dos usuários, mesmo que essas necessidades exijam a oferta de outros serviços da atenção básica, da média e alta complexidade, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos. Desta forma, no universo consensual dos profissionais de saúde têm-se as representações ancoradas na ideia de garantir a oferta de serviços de acordo com as reais necessidades da população, mesmo que seja de forma incipiente, como verificamos nos depoimentos a seguir.

[...] tem os pacientes aqui da área que não têm acompanhamento especializado nenhum, só mesmo as consultas aqui do PSF. (P27).

Através de comportamentos, na consulta eu consigo identificar depressão, no atendimento de hipertensão mesmo, planejamento familiar, pré-natal eu consigo identificar muitas necessidades de saúde mental, de um acompanhamento, de uma orientação. (P56).

Estas falas remetem à consulta médica e de enfermagem, que são realizadas na ESF. Verificamos que o Profissional 27 referiu que as consultas não conseguem assegurar efetivamente mecanismos de atenção à saúde mental, o que nos leva a inferir que esta atuação poderia estar relacionada à falta de capacitação nesta área para os profissionais médico e enfermeiro ou até mesmo à falta de uma equipe especializada que dê suporte aos atendimentos. Já na fala do Profissional 56, verificamos que as consultas realizadas na ESF ainda são pautadas na organização programática, ou seja, no atendimento dos usuários cadastrados nos programas que são oferecidos, e, neste momento, o profissional encontra um elo para verificar as

necessidades de saúde mental dos usuários e tentar orientar/ajudar de alguma forma.

A consulta médica e de enfermagem constituem uma ação importante no âmbito da saúde mental. O momento da consulta, assim como o acolhimento, é um importante dispositivo para a escuta das necessidades dos usuários. No entanto, nas falas, percebemos como se os profissionais ESF não oferecessem através das consultas estratégias de ação em saúde mental, mas uma escuta das necessidades, não evidenciando sua ação como um ato de saúde.

No TALP a palavra **acompanhamento** foi uma representação dos profissionais com idade maior que 47 anos e maior que 16 anos de atuação profissional ao estímulo indutor RASM. Evidenciamos que esses profissionais entendem que o ato de acompanhar os usuários do serviço é necessário e engloba uma ação da ESF no trabalho da RASM, mesmo que na entrevista fique entendido que este acompanhamento ainda é visto como incipiente.

Esse contexto remete principalmente à formação hospitalocêntrica que muitos profissionais de saúde ainda estão vivenciando, esta formação parte do pressuposto de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia (CUNHA, 2005). Como já discutimos anteriormente, o aspecto relacional é fundamental no desenvolvimento de ações de saúde mental e não podemos negar que permeia a consulta, tornando-a então importante na reabilitação psicossocial do usuário, pois nesse espaço é possível desenvolver melhor a questão da retomada da vida e cidadania do usuário.

A partir dos depoimentos dos profissionais de saúde da ESF, constatamos também que a consulta médica está muito relacionada ao processo de medicalização dos sintomas dos sujeitos.

[...] Eu converso muito nas consultas, você tá tomando o remédio direito? Como é o nome do remédio? Às vezes não sabe, aí eu falo quando vier de novo traz o nome do remédio pra eu anotar, pra eu saber. (P1).

Os pacientes que vêm aqui, que fazem uso de medicação controlada eu mantenho as medicações e prescrevo outros que eu percebo alguma necessidade durante a consulta eu encaminho para o psiquiatra (P27)

[...] eu não tenho a especialidade em psiquiatria, então eu não deixo o paciente ficar sem a medicação, eu dou a receita conforme aquilo que ele me trouxe que está fazendo uso e mando ele voltar para o especialista para pegar uma nova (P36)

As representações emergiram no ato de tratar o que está doente, este fato demonstra que no senso comum dos profissionais ainda existe a ideia ancorada num passado histórico de tratamento das pessoas em sofrimento mental onde toda a atenção era para a 'doença' e não ao sujeito. Atentamos nos depoimentos que a consulta médica está muito relacionada ao ato de renovação da receita dos psicofármacos. No entanto, não se deve reduzir a consulta à simples renovação da prescrição de medicamentos e tratamento.

Mielke (2009) em seu estudo verificou que os profissionais ainda atuam na perspectiva de diagnosticar e prescrever medicamentos, mas que eles precisam buscar construir espaços de trocas e de produção da saúde, propiciando um contato que rompe com a estrutura simplificada de tratar a 'loucura', embasada somente na doença.

Outro aspecto que entendemos nas falas refere-se ao profissional não se sentir capaz de atuar na saúde mental, acreditando que o especialista é o melhor profissional no atendimento. Mais uma vez, parece haver a existência de concepções da necessidade de se ter uma equipe de referência para apoiar as ações de saúde mental. Alves e Guljor (2007) nos dizem que as questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda a rede de serviços, mesmo na atenção primária, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las.

O Ministério da Saúde postula que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidados em que a ESF deve encaminhar para os CAPS os casos que realmente precisam de uma atenção mais especializada (BRASIL, 2003, 2004).

[...] A gente tenta encaminhar para o médico da unidade e quando é uma situação mais específica de psiquiatra a gente tenta ligar pro CAPS pra ver se consegue marcar. (P11).

A gente traz a pessoa aqui e a enfermeira e a médica encaminham sempre para o CAPS e também para o Prado. (P35).

[...] a gente procura tá tratando o paciente e encaminham para o CAPS, que é a nossa referência. (P40).

Atendo o paciente encaminho muitas vezes para o médico aqui da unidade e se verificamos que é um caso que necessita de um acompanhamento especializado encaminhamos para o CAPS. (P48).

Os depoimentos dos profissionais de saúde da ESF corroboram com a proposta do Ministério da Saúde, e neste contexto traz a ideia do trabalho em

parceria que precisa ser desenvolvido e que sirva de base para uma mudança estrutural no cuidado à saúde mental.

Outra atividade que é desenvolvida na ESF e que pode estar contribuindo na atenção à saúde mental é a visita domiciliar. No imaginário social dos participantes da pesquisa essa estratégia propicia uma interação mais efetiva entre os atores envolvidos, facilitando a assistência integral ao usuário, assim como o cuidado à família.

A gente faz a visita, vai ver como é que tá, volta de novo pra ver se melhorou, vê o que tá precisando dentro do limite que a gente pode dar para ele e a família, entendeu? (P37).

[...] daqui do PSF a gente não sabe o paciente que precisa de tratamento, só quando a gente tá andando, fazendo visita pela área que a gente vê, que identifica essas necessidades.(P2).

[...] até com a visita domiciliar mesmo a gente percebe que aquela pessoa tá precisando de ajuda (P15).

[...] a gente realiza visitas domiciliares e os agentes comunitários eles são assim [...] um parceiro de fundamental importância pra gente porque ele que tá na área todo o dia e ele que tá vendo as necessidades. (P40).

A visita domiciliar é reconhecida pelos profissionais como uma estratégia que busca estar acompanhando os usuários mais próximos. Observamos que este fato deve-se principalmente a melhor observação que eles têm das relações, dos hábitos de vida e da individualidade de cada família, fator que precisa ser levado em consideração na atenção psicossocial. Além disso, fortalece o vínculo entre o serviço e a comunidade, o que subsidia o planejamento e desenvolvimento de outras ações no território.

Outro ponto que devemos refletir é sobre o papel do ACS na visita domiciliar, pois, como foi revelado pelo Profissional 40, ele é um parceiro no rastreamento das necessidades de saúde mental da população de sua área. A visita domiciliar é uma atividade inerente ao trabalho do ACS que vive na comunidade, e, portanto, transita no território com maior facilidade, sendo um membro que permite o acesso para os demais profissionais da equipe na comunidade.

Essa discussão corrobora com Oliveira e Loyola (2006) quando nos diz que a visita domiciliar é uma atividade que contribui para a atenção à saúde mental, concretizando-se numa estratégia eficaz para conhecer a organização das atividades cotidianas dos usuários e familiares, e realizar uma intervenção mais próxima da realidade. Outro estudo ainda aponta que um dos objetivos da visita

domiciliar na atenção à saúde mental é mostrar ao ACS que ele é um dos principais condutores do projeto terapêutico e que o saber técnico não é dominante sobre o saber popular, daí a sua importância no cuidado às famílias (DELFINI *et al.*, 2009).

As ações educativas são vistas pelos profissionais de saúde como uma forma de atenção aos usuários e familiares dentro da ESF. Eles realizam atividades de sala de espera, palestras e oficinas como uma importante maneira de promover à saúde mental.

A gente trabalha mais a questão da promoção da saúde mental, a questão da qualidade de vida, o que a gente pode tá diminuindo de agravantes como a vida corrida, o estresse, então a gente trabalha mais esses temas. (P32).

Fazemos atividades de promoção à saúde mental, como palestras, sala de espera e orientações gerais. (P40).

[...] A gente realiza sala de espera com temas de saúde mental, educação permanente com os profissionais e também a Feira de Saúde que todo ano a gente faz, que sempre que fazemos relacionamos à saúde mental, falamos da reforma (*psiquiátrica*), do papel que tem a família nesse processo, o que é saúde mental e o que é doença mental. (P48).

[...] a semana passada mesmo, foi a semana da qualidade de vida e foi a semana toda a gente falando sobre esse tema, como se ter uma vida saudável com corpo e mente, com lazer, a questão mesmo da saúde mental a gente abordou. (P57).

Nestas representações, percebemos que os profissionais de saúde têm a ideia de trabalhar a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças por meio da informação, que politizam os usuários, de modo a saberem, como lidar com os determinantes e condicionantes da saúde/doença mental. Essas orientações demonstraram a preocupação dos profissionais em promover uma melhor qualidade de vida aos usuários. Outro aspecto que encontramos é a educação no sentido de quebrar as barreiras da 'loucura', retratando a nova forma de cuidar das pessoas em sofrimento mental, colocando a família como corresponsável deste processo.

A partir desses encontros promove-se saúde mental das pessoas, pois são oportunidades para ampliarem o relacionamento social e para algumas saírem de suas casas, intensificando as trocas sociais e a inserção no convívio social. Outro fato que precisamos refletir é sobre o papel que as atividades educativas têm de possibilitar à pessoa expor seu modo de pensar e viver a vida.

A utilização das atividades educativas na atenção à saúde mental aparece como estratégia para a reinserção social, pois com a participação, a comunicação entre os usuários e profissionais pode possibilitar a socialização entre estes. A ação educativa reinventa a vida em seu aspecto mais cotidiano, principalmente por dar

voz aos que se encontram privados, como as pessoas em sofrimento mental (CAMATTA, 2010).

A informação sobre a reforma psiquiátrica e toda a política que envolve o cuidar da pessoa em sofrimento mental quebra o estigma criado no imaginário social das pessoas, permitindo o surgimento de outras representações e novas práticas que direcionem o cuidado em saúde mental.

Por outro lado, alguns profissionais ainda revelaram as ações educativas pontuais, não estando na rotina da ESF atuar na perspectiva da educação em saúde mental.

Já teve mesmo uma oficina aqui mesmo direcionada a saúde mental, mas não é um tema que estamos com rotina, mas eu acho bastante importante. Mas não temos um grupo específico não. (P32).

Fazemos palestras, desenvolvemos alguns trabalhos lúdicos para idosos, com eles a gente desenvolve mais, até por eles serem mais carentes de afeto, ter um risco para depressão maior, aí a gente desenvolve algumas atividades, mas não é sempre. (P56).

Essas falas evidenciaram que os profissionais de saúde percebem que as ações educativas na atenção à saúde mental são importantes e são possíveis de serem realizadas na ESF, porém sua integração com a prática ainda é deficiente, restringindo-se a alguns momentos e alguns grupos de maior risco de adoecer.

Avaliamos dois fatores que podem ser colocados em questão para o não desenvolvimento dessas atividades constantemente, um se deve à prática asilar a saúde mental, ainda enraizada no senso comum dos profissionais de saúde, em que o indivíduo em sofrimento psíquico é uma pessoa incapaz de se relacionar com a sociedade. Assim, os profissionais 'evitam' de certa forma encarar as pessoas em sofrimento mental. Outro fator é a falta de apropriação desses profissionais de que a responsabilidade da saúde mental da população também deve ser partilhada por eles e não somente pelo CAPS e outros serviços.

Na saúde mental as ações educativas assumem um caráter de fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos e não podem ser deixadas em segundo plano. No entanto, para que isso ocorra, as informações necessitam ser trabalhadas e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de suas vidas. As ações educativas constituem o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo (ALVES; AERTS, 2011).

Como nos diz Camatta (2010), as ações voltadas para a saúde mental não são ações em si, mas são seus atores que vão imprimir significados a elas, determinando assim se estarão relacionadas ao campo da atenção psicossocial.

5.3.3.3 Subcategoria: *Limites para o desenvolvimento das ações de saúde mental na ESF*

No decorrer deste estudo percebemos alguns limites encontrados pelos profissionais de saúde da ESF para o desenvolvimento de ações de saúde mental no contexto da RASM. Acreditamos que trabalhar no contexto de rede não é tarefa fácil, as representações que os atores sociais desvelaram sobre o tema parte das experiências práticas e comunicações entre o grupo, que repercutem sobre as interações e mudanças sociais que precisam ser superadas para a implementação das ações de saúde mental na saúde da família.

A falta de capacitação em saúde mental para os profissionais da ESF é apreendida como um limite para desenvolver as ações de saúde mental, pois dificulta a garantia da qualidade de atendimento que é oferecido às pessoas vinculadas ao serviço. Dessa maneira, nos depoimentos a seguir observamos que no pensamento social os profissionais refletiram a necessidade de qualificação nesta área.

[...] Acho que falta mais capacitação para os profissionais até mesmo para saber como integrar no atendimento à saúde dessas pessoas. (P37).

[...] É preciso trabalhar essa equipe, capacitar essa equipe para poder lidar com o paciente de saúde mental. (P39).

[...] Mas também os profissionais do PSF não são capacitados para o atendimento a pessoas com problema mental, é deficiente. (P49).

[...] porque não temos capacitação para trabalhar mesmo com a saúde mental. (P65).

Tais constatações demonstraram que os atores sociais perceberam que existe uma demanda de saúde mental na ESF necessitando de cuidados, entretanto, eles não se sentem capacitados para desenvolverem estratégias que forneçam uma atenção efetiva à saúde mental. A ausência de recursos operacionais e teóricos pelos profissionais para lidarem com a saúde mental vai de encontro à necessidade

de efetivação da reforma psiquiátrica, através principalmente da inserção da ESF no trabalho na RASM.

Entendemos ainda que as capacitações em saúde mental na ESF partem do objetivo de instigar nos profissionais a necessidade de desenvolverem ações que proporcionem ao indivíduo em sofrimento mental as mais diversas possibilidades de exercerem a sua subjetividade, efetivando o exercício da cidadania e autonomia do sujeito. Por isso, a capacitação deve ser inserida em um programa de educação permanente em saúde mental, visualizando a reforma psiquiátrica e as necessidades dos profissionais (MIELKE, 2009).

Nunes, Jucá e Valentim (2007), em relação à capacitação dos profissionais de saúde da ESF, retrataram em seu estudo que é preciso munir-los com recursos capazes de torná-los reais colaboradores, artífices, para atuarem em outro ponto da rede, em outro nível de complexidade.

Apreendemos no TALP que o termo **capacitação** foi evocado e representado por dois grupos de profissionais (figura 1). Esse fato reforça as nossas elucidações de que a capacitação apresenta-se deficiente nesta área, sendo uma barreira para a efetivação das ações de saúde mental.

As representações sociais são caracterizadas como espaço de trocas, onde essas trocas são viabilizadas entre si. Entendemos que durante o processo de capacitação existe entre os atores sociais uma troca de conhecimentos teóricos e práticos, até mesmo de atitude, na busca de uma qualidade da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade (VILELA, 2003). Convém ponderar que a falta de capacitação dificulta o aprimoramento e interação entre os profissionais com o objetivo de construir representações que direcionem suas ações de saúde mental na ESF.

A partir do depoimento de um dos profissionais, verificamos que às vezes a aproximação aos conteúdos de saúde mental pode ocorrer somente na sua formação profissional.

[...] confesso que fico meio perdida, às vezes eu não sei lidar com pacientes que têm esse problema, a pouca experiência, porque o que eu vi foi na faculdade e a gente não é convidada nunca para nenhuma atividade. (P1).

Essa representação elucidou que a formação profissional na área da saúde abarca conteúdos inerentes à nova proposta para a produção do cuidado em saúde

mental, mas os profissionais ainda não se sentem preparados, necessitando de capacitações que os qualifiquem para agir em saúde mental. As mudanças de paradigma da reforma psiquiátrica não devem ser específicas de serviços de saúde mental, é um compromisso a ser assumido no conjunto de transformações para a construção do SUS. Sendo assim, percebemos que os profissionais precisam ter um melhor direcionamento das ações de saúde mental, desde a sua formação profissional, pois é uma necessidade do atual contexto que vivenciamos na área da saúde.

Segundo Ceccim e Feurwerker (2004), a formação profissional deve estar voltada às necessidades de saúde da população, sendo permeada pelas questões da gestão setorial, do controle social e de práticas de atenção que possibilitem a autonomização do usuário.

Nesta perspectiva, a falta de preparo dos profissionais de saúde da ESF permite que eles sintam na prática a necessidade de um suporte, ou seja, de outras categorias profissionais como psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que lhe ofereçam apoio no desenvolvimento das ações de saúde mental no âmbito da saúde da família. Verificamos nos depoimentos a seguir as representações que desvelaram essa dificuldade no desenvolvimento das ações de saúde mental.

[...] uma equipe específica de saúde mental, trabalhando com o centro de saúde, com o PSF com o CAPS para que tenha resolutividade. (P17).

[...] porque você tem que ter pessoas qualificadas mesmo pra isso, poderia ter psicólogos mesmo no PSF que é uma realidade que outros PSFs já têm. (P30).

[...] quantas e quantas vezes chega gente aqui chorando, então assim, precisava ter um psicólogo, um psiquiatra para estar nos dando suporte aqui no PSF, porque a gente não dá conta disso tudo. (P37).

[...] Jequié tá carente mesmo de uma rede que funcione, de uma equipe que dê um suporte, apoio ao PSF para também fazer o trabalho de saúde mental. (P56).

A partir das falas dos atores sociais, verificamos que além dos profissionais de saúde não terem capacitações para atuação no cuidado em saúde mental, outro fator que ainda dificulta as ações de saúde mental no território é a falta de profissionais que deem apoio no trabalho na RASM. Os profissionais de saúde, através dos depoimentos, reconheceram que a vinculação direta com profissionais

de saúde mental poderá contribuir muito para a inserção de ações de cuidado às pessoas em sofrimento mental.

Como já foi referido, o município do estudo não possui equipe matricial do CAPS e também não tem inserido no seu contexto o NASF⁸, que seriam estratégias que poderiam estar compartilhando o cuidado de saúde mental na ESF com profissionais de diversas especialidades como psiquiatra, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros. Neste espaço, os profissionais da equipe matricial do CAPS ou do NASF poderiam estar orientando e construindo juntamente com os profissionais da ESF um novo modelo de atenção, em que o maior beneficiado é o próprio usuário.

A partir desses depoimentos pode ser observado que os atores sociais atribuíram no TALP (Figura 1) ao estímulo indutor RASM os termos **profissionais, equipe, suporte**. Estes sentidos representados ancoram na manifestação do desejo de oferecer resolutividade aos problemas de saúde mental encontrados, não se esquivando dos casos, mas procurando apoio para a concretização das ações de saúde mental.

Os achados corroboram com Bezerra e Dimenstein (2008) que discutiram em seu estudo que os profissionais de saúde mental compartilhando o cuidado na rede básica pretendem superar a lógica da especialização e fragmentação, permitindo lidar com a saúde de forma ampliada e integrada, desenvolvendo o olhar dos profissionais de saúde da ESF às necessidades de saúde mental e propondo a responsabilidade mútua.

Outro limite representado pelos profissionais para o desenvolvimento de ações de saúde mental no território referiu ao estigma ainda existente sobre a pessoa em sofrimento mental.

[...] as pessoas não aceitam que são doentes, aí é mais difícil ainda. (P3).

A gente vê a diferença, na fisionomia, no comportamento, mas têm famílias que não aceitam essa situação e tentam esconder. (P15).

[...] existe um preconceito muito grande do que está se passando, das necessidades mesmo do dia a dia até mesmo do relacionamento familiar, não bem estruturado. (P36).

[...] mas ainda existem muitos tabus em relação ao atendimento em saúde mental, ainda existe aquele preconceito mesmo. (P39).

⁸ O trabalho desenvolvido pela equipe matricial e pelo NASF já foi discutido anteriormente no capítulo 2, na revisão de literatura.

[...] Acho que precisa um trabalho maior com a família, porque às vezes até a família mesmo isola. (P56).

Trabalhar com as pessoas em sofrimento mental requer desmistificar a loucura, a agressão, o medo e os conceitos que foram impregnados na sociedade. No imaginário social dos profissionais de saúde emergiram as representações alicerçadas nas crenças da loucura, onde muitas vezes se torna difícil atuar em decorrência da falta de informação das pessoas à mudança que a reforma psiquiátrica trouxe para a vida dos 'loucos' e para as famílias. Em outras palavras, podemos tecer a reflexão que os profissionais reconhecem que é preciso realizar ações pautadas na quebra do estigma da loucura, para possibilitar o desprendimento, principalmente dos familiares em relação ao isolamento social posto historicamente.

Jodelet (2005), no seu estudo sobre loucuras e representações sociais, nos diz que a loucura sempre faz pairar uma ameaça inquietante, mesmo que todo o saber de proteção se tenha constituído. A partir dessa abordagem questionamos: será que a pessoa em sofrimento mental será sempre considerada 'louco' no imaginário social da sociedade? A mesma autora, em outro estudo, ainda refere que as representações sociais são vistas enquanto sistemas de interpretação que conduzem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando condutas e comunicações sociais (JODELET, 2001).

O sofrimento mental deve fazer parte do cotidiano social, sendo visto como algo possível de se conviver, do qual podemos nos aproximar sem medo. O movimento da reforma psiquiátrica traz essa nova concepção de cuidar da pessoa em sofrimento mental, entendendo-a como uma pessoa ativa e com potencialidade de transformação.

Apesar disso, através dos depoimentos dos profissionais revelamos que o estigma com a 'loucura' ainda persiste, isso demonstra que o problema não é apenas ligado à presença do manicômio, mas, sim aos significados e representações que a sociedade ainda tem sobre esta. Desvelamos que uma das principais mudanças tem que ocorrer dentro de cada pessoa, seja profissional de saúde, pessoa em sofrimento mental e seus familiares, a sociedade em geral e até mesmo os gestores responsáveis pela implantação e implementação das políticas de atenção à saúde mental, para assim efetivar o processo da atenção psicossocial.

CAPÍTULO VI

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O conhecimento técnico-profissional exerce a mesma função de vulgarização da ciência, no que refere ao senso comum; [...] mas também vale dessas representações para o jogo das práticas profissionais cotidianas.
(Oliveira, 2011, p. 615)

Este estudo consistiu em analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre a RASM. Para tanto, buscamos apreender as concepções destes profissionais sobre a reforma psiquiátrica, identificar como eles percebem a RASM e descrever as ações que estes profissionais desenvolvem na ESF para atender as necessidades de saúde mental da população adstrita no território.

Nesta perspectiva, a partir dos resultados e discussões asseguramos que os objetivos deste estudo foram alcançados, por desvendar as representações que os profissionais de saúde têm sobre a RASM. Neste estudo, partimos do pressuposto que para compreender e explicar uma representação é necessário começar com aquela da qual ela nasceu. Os profissionais de saúde da ESF conseguiram demonstrar não só a representação social da RASM, mas também simultaneamente os entendimentos sobre a reforma psiquiátrica, concepções essas que orientam as ações que são desenvolvidas pelos profissionais na ESF para o cuidado à saúde mental na atenção básica, evidenciando também os limites no que se refere a essas ações com os usuários.

Para alcançar os objetivos propostos, fundamentamo-nos na TRS e empregamos multimétodos para a coleta e tratamento das informações. O TALP nos apresentou as representações dos profissionais no âmbito da reforma psiquiátrica e RASM que se confirmaram nos discursos que emergiram da entrevista semiestruturada. Desta forma, conseguimos transversalizar esses dados o que enriqueceu de forma incomensurável as nossas discussões na análise de conteúdo temático, de modo que obtivemos três categorias: 1) Construções sociais sobre a reforma psiquiátrica pelos profissionais de saúde da ESF; 2) A RASM e suas

interfaces socialmente elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF; 3) As ações de saúde da ESF: um enfoque ao cuidado em saúde mental e suas respectivas subcategorias.

Com base nestas categorias, os atores sociais representaram a RASM no contexto da reforma psiquiátrica, desvelando as dificuldades e potencialidades de efetivar a RASM. Ao tempo, os profissionais referiram à ESF a corresponsabilidade ao cuidado às pessoas em sofrimento mental, com base em práticas coerentes às necessidades de assistência, inclusão social e exercício do direito de cidadania.

No que tange à reforma psiquiátrica, os profissionais de saúde da ESF ancoraram seus significados em mudanças de paradigma. Visualizamos nitidamente as novas representações formadas sobre o novo conceito do cuidar da pessoa em sofrimento mental, ao tempo em que velhas representações são tidas apenas como referência para superação do modelo manicomial pautado no isolamento, exclusão social e violação dos direitos humanos.

Dessa maneira, emergiu sobre a reforma psiquiátrica a representação de um processo em construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, baseado no cuidado, inclusão, que apresenta melhoria de qualidade de vida das pessoas em sofrimento mental. Assim, os profissionais veem a reforma psiquiátrica como intervenções que rompem o modelo manicomial e abre espaço à desinstitucionalização e a atenção psicossocial. Diante desse quadro, entendemos que existe uma nova concepção para a produção do cuidado em saúde mental pautado na humanização, no respeito, busca da autonomia e protagonismo dos sujeitos.

A família foi retratada como fundamental no processo da reforma psiquiátrica, onde é preciso que ela também acompanhe, cuide e expresse a responsabilidade compartilhada diante do familiar em sofrimento. No entanto, emergiram a partir das representações sociais dos profissionais de saúde sentidos que a família não tem um suporte adequado por parte dos profissionais da ESF, e que os familiares não estão preparados para lidarem com o sofrimento mental. Foi possível destacar que os profissionais ainda estão em um processo de construção das representações sobre a família no contexto da reforma psiquiátrica, pois verificamos em alguns depoimentos contradições do que eles dizem e sobre o que eles referiram realizar na sua prática profissional.

Posta assim a questão sobre a RASM, entendemos que os conhecimentos compartilhados pelos profissionais de saúde da ESF sobre a reforma psiquiátrica possibilitou desvelar como eles entendem a RASM, com base em propostas defendidas nas políticas de saúde e de saúde mental. Percebemos com este estudo que o pensamento social dos atores sociais versaram a articulação e complementaridade entre a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária, pois esses dois movimentos andam juntos e compartilham os princípios políticos e organizativos da rede assistencial.

As representações sociais sobre a RASM estão vinculadas a uma discussão ainda recente em torno da temática. Observamos que no imaginário social dos profissionais pautaram a melhor distribuição dos serviços de saúde, rede de relações, de sociabilidade e subjetividade das pessoas em sofrimento mental. Neste contexto, os profissionais de saúde da ESF perceberam que o trabalho em RASM pauta-se na ideia de integração, articulação e comunicação intersetorial, ou seja, onde é preciso destacar não só os serviços de saúde, mas outros espaços de trocas que podem contribuir para atender às necessidades de saúde dos usuários.

Portanto, a integralidade deve nortear tanto as políticas de saúde quanto às ações na ESF, fato que incide na articulação/integração dos serviços, intersetorialidade, interdisciplinaridade e responsabilização. Esses significados podem ser considerados disparadores de mudanças que possibilitem a melhoria do atendimento às pessoas em sofrimento mental, trazendo a ESF com um foco da atenção também voltada à área da saúde mental.

Os profissionais de saúde da ESF também ancoraram nas representações sociais sobre a RASM os significados do CAPS como uma estratégia de fortalecer e articular esse trabalho em rede. Em contrapartida, no município do estudo os profissionais retrataram que o CAPS ainda não apresenta uma articulação e efetivação de práticas condizentes ao papel que ele precisa desempenhar na RASM, revelando que eles vivenciam dificuldades para o estreito relacionamento CAPS e ESF.

De certa maneira, a partir desses significados vislumbramos a percepção que os profissionais de saúde têm que a ESF precisa ser uma parceira inserida na RASM para o cuidado em saúde mental. Observamos que essa representação parte dos pressupostos dos profissionais estarem de acordo à proposta da reforma psiquiátrica e RASM, ou seja, o cuidado territorializado, com atuação da equipe de

saúde no espaço concreto da pessoa em sofrimento mental, como na família e comunidade. Os profissionais identificaram a inserção da ESF na rede como uma necessidade, apresentando-a como uma maior possibilidade de acesso e vinculação das pessoas em sofrimento mental e importante para o cuidado integral.

O estudo revelou que vincular a saúde mental na ESF, com vistas a construir uma rede de atenção integral para os usuários de saúde mental, não tem sido uma proposta fácil. Para os profissionais de saúde da ESF a RASM ainda não se encontra constituída no município de estudo, apresentando algumas dificuldades percebidas por estes para concretizá-la. A fragmentação da rede é percebida como uma dessas dificuldades, já que os profissionais relataram não existir a articulação/integração dos serviços, o que dificulta o fluxo de referência e contrarreferência e assim, o acesso ao sistema das pessoas em sofrimento mental e seus familiares.

A partir da TRS podemos desvendar como pensa um grupo de pertença, podendo muitas vezes traduzir o fazer desse grupo. A partir dos conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica e RASM nos foi possível estabelecer uma relação entre essas representações e sua prática profissional, traduzindo em alguns momentos uma aproximação com as práticas normativas e expressando um modelo de atenção à saúde mental.

Na reabilitação psicossocial, afirma-se o pressuposto que os dispositivos para atenção à saúde mental estão na comunidade onde habitam aqueles que necessitam desta ação. As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF demonstraram que é possível realizar esse cuidado no território social. O uso de tecnologia leve e leve-duras para desenvolver essas ações podem propiciar a valorização e a singularização da pessoa em sofrimento mental, ou seja, permite o reposicionamento da pessoa como sujeito cidadão, autônomo, capaz de viver a vida em sociedade.

Os profissionais de saúde revelaram suas ações pontuais, pouco abrangentes na área de saúde mental. Independente deste sentimento, verificaram ações de saúde no âmbito da ESF condizente com a proposta da reforma psiquiátrica e ao papel que este serviço deve desempenhar na concretização da RASM. Percebemos que os profissionais valorizaram as tecnologias relacionais para favorecer o cuidado à pessoa em sofrimento mental. O acolhimento e o vínculo foram representados como alicerces das práticas interativas cotidianas, pautadas no ato de escuta

qualificada dos problemas de saúde, confiabilidade e da responsabilização para a resolução dos problemas enfrentados.

Os resultados demonstraram que as atividades realizadas na organização das ações assistenciais e educativas são as consultas médica e de enfermagem, visitas domiciliares e atividades educativas. As consultas constituem uma ação importante no âmbito da saúde mental, pois favorece o vínculo, as trocas entre os sujeitos, a identificação das necessidades de saúde e momento de intervenção entre profissional e usuário. Por outro lado, alguns profissionais da ESF não evidenciaram esta prática como estratégias de ação de saúde mental, mas somente um momento de escuta das necessidades, não evidenciando sua ação como um ato de saúde.

Em relação às ações educativas os profissionais das ESF realizam palestras, sala de espera, atividade de grupo, entretanto, essas atividades em geral têm se limitado ao repasse de orientações pontuais que não favorecem a interação entre profissionais e usuários, o que dificulta a identificação dos fatores que interferem na saúde mental destes. Acreditamos que a atividade educativa pode estimular a interação entre os sujeitos, no intuito de troca de experiências, compartilhamento de saberes e reflexões da sua inserção no mundo, para que o mobilize a transformar a si mesmo, a sua história e contexto social em que está inserido.

Os limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na ESF referem a problemas na gestão da saúde para a concretização da RASM como a falta de capacitação na área de saúde mental, o que acarreta despreparo para o manejo dos problemas de saúde mental. Verificamos também a falta de suporte na ESF de outros profissionais de saúde especializados em saúde mental, principalmente em virtude da falta de uma equipe matricial do CAPS ou do NASF, no município. Outro limite identificado foi o estigma ainda existente sobre a pessoa em sofrimento mental pelos familiares, por profissionais e sociedade em geral.

Esses limites apontaram para a necessidade de articulação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, para que sejam discutidos os obstáculos encontrados na rede de saúde municipal, a fim de que os gestores visualizem os nós críticos dessa rede e elaborem estratégias para assegurar a continuidade do cuidado produzido pelas ESF no âmbito da saúde mental.

Com este estudo, muitas reflexões foram suscitadas e, sem dúvida, desencadearão propostas que possam favorecer a um ordenamento no atual cenário aqui apresentado. Convém evidenciar que tivemos a oportunidade de apreender os

conhecimentos partilhados pelos profissionais de saúde da ESF, que orientam suas práticas no que concerne à saúde mental na atenção básica. Para tanto, surgiram admirações e inquietações sobre o trabalho desenvolvido pelos atores sociais na ESF, fazendo fluir a necessidade de contribuirmos e apoiarmos as mudanças indispensáveis no contexto da RASM.

Assim, podemos destacar primeiramente uma socialização da pesquisa para gestores, profissionais de saúde da ESF, profissionais do CAPS, usuários e familiares sobre os resultados encontrados, tentando buscar alternativas que incentivem as ações intersetoriais, a implantação de equipe matricial do CAPS e também do NASF para um resultado mais efetivo das ações de saúde mental realizadas pelos profissionais das ESF. Por meio de nossa atuação como docente do curso de graduação em enfermagem, podemos contribuir juntamente com a SMS para a organização de capacitações dos profissionais de saúde da ESF a fim de que eles possam desenvolver uma visão mais ampliada do processo saúde-doença mental. A equipe da ESF precisa desenvolver tecnologias de trabalho embasadas na 'reinvenção' da prática clínica que valorize a subjetividade, tendo como objetivo do trabalho não a doença, mas o sujeito.

Neste âmbito, poderemos contribuir com discussões com todos os atores envolvidos no processo de fortalecimento da RASM, como gestores, profissionais, docentes da universidade, usuários e familiares, para o estabelecimento de trocas de saberes e práticas para articulação da RASM e ampliação das ações de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento do sofrimento mental.

Por fim, acreditamos que este estudo trouxe anseios para realização de outras pesquisas que contribuam para o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos com a organização da RASM. Embora ainda haja um grande caminho a ser percorrido, podemos afirmar que são incontestáveis os avanços obtidos de acordo aos pressupostos da reforma psiquiátrica, na certeza de que todos os cidadãos têm direito de vivenciar a saúde como bem essencial à sua própria condição humana.

REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 161-170, 2010

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, D.C.O. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª ed. Goiânia:AB, 2000

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2007. p. 221-240.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123.

AMADO, J.S. A Técnica de Análise de Conteúdo. **Revista Referência**. Nº 5, novembro, 2000 p. 54-63

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1996.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª Ed. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Vol. 1, nº 1, jan-abr., 2009.

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

ANADON, M.; MACHADO, P.B. **Reflexões Teórico-Methodológicas sobre as Representações Sociais**. Senhor do Bonfim-Ba: Eduneb, 2011.

ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F.; LIMA, M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integral. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 21(2): 541-60, 2011

ASSIS, M.M.A. et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. (organizadores). **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010a.

ASSIS, M.M.A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE,

M.S.B. (organizadores). **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª Ed. Edições 70. Lisboa, 2010

BARROS, M.M.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. Prática de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan-mar. 2010

BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; SILVA, A.L.A. Práticas Inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc Enferm USP**. 41(Esp.):815-9, 2007

BASÁGLIA, F. **A instituição negada**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Geral, 1991.

BASÁGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação Terapêutica e Luta de Classes. Para uma análise crítica do modelo italiano. In: BASÁGLIA, F. et al. **A loucura na sala de jantar**. (Jaques Delgado organizador), 1991.

BASÁGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. (Paulo Amarante org.). Garamond Universitária. Rio de Janeiro, 2005

BRASIL. Constitui o Federal de 1988. Brasília, 1988

_____. Ministério da Saúde. **Lei n 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condi es para prote o e recupera o da saúde, a organiza o e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participa o da comunidade na gestão do Sistema  nico de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolu o 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. V. 4. N 2, p. 15-25. Suplemento, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Aten o Básica. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n  10.216** de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a prote o e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília-DF: Diário Oficial da União. 2001

_____, 2002. Portaria n  336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM** de 2006. Dispõe sobre a Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Situação de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://WWW.saude.gov.br/salassituacao>>. Acesso em: 22 de setembro de 2011

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, ciência e profissão.** 28(3): 632-645, 2008.

BIRMAN, J; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (org.), **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** 1ª Edição. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRÊDA, M.Z.; et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a Saúde da Família. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** 13(3): 450-452, 2005.

BRÊDA, M.Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção.** Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2006.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**. [online]. 2009, vol.43, n.spe2, pp. 1256-1260

CAMATTA, M. W.. **Ações voltadas para a saúde mental na Estratégia Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. [Tese] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2010.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.** V. 19, n. 4, 2010. 803-813.

CARDOSO, JP et al. Formação Interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, ano/vol. 20, número: 004. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil. PP.252-258, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKE, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (Supl.1): 1523-1531, 2009.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In: AMARANTE, Paulo (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000 p. 141-168

COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 7-18. ISSN 1679-4974.

COUTINHO, M.P.L. **Depressão infantil e representação social**. 2ª Ed. João Pessoa: Editora Universitária / UFPB, 2005

COUTINHO, M.P.L.; NÓBREGA, S.M.; CATÃO, M.F.F.M. Contribuições Teórica-metodológica acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. *In: COUTINHO, M.P.L.; LIMA, A.S.; OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M. L. (orgs). Representações Sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

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

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (supl.1):1483-1492, 2009.

DELGADO, P.G. Conferência de abertura: economia solidária e saúde mental. *In: BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*.

Saúde Mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília (DF), 2005.

DIMENSTEIN, M.D.B. Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. Apresentação. **Revista Vivência**, 32. 2007, 25-31

DIMENSTEIN, M; et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n 1, p. 63-74, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam Salud Publica.** 24(3), 2008 p. 180-187

FERNANDES, F. **Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa.** São Paulo: Globo, 2005.

FERREIRA, SRS; BRUM, JLR. As Representações Sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.20, n. esp., p.5-14, 2000.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental e Atenção Básica: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143149, jan./dez. 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias; et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3ª Edição. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** 3ª Edição. Editora Perspectiva: São Paulo, 1991.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 22 de setembro de 2011

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Departamento de Atenção Básica.** Jequié-BA, 2010.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. IN: JODELET, D. (Org.) **As Representações Sociais.** Tradutora Lílian Ulup. ED. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Loucuras e Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2005

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva.** 16(7): 3051-3060, 2011

LANCETTI, A. **Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família.** São Paulo. HUCITEC: 2001. 220p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; et all. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LEÃO, A.. **As práticas de inclusão social: o desafio dos serviços de saúde mental.** Dissertação [mestrado] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006 184p.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. [online] **Cadernos Pagu.** (24), 2005.p. 105-125

LAHLOU, S. Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (organizadores). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Brasília: Technopolitik, 2011.

MACIEL, S.C.. **Exclusão/Inclusão social do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica.** [Tese] Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, 2007. 301p.

MACIEL, S.C. et al. Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia, Ciência e Profissão.** 2009, 29(3), 436-477.

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

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Rev. Med Minas Gerais.** 18(4), 2008 p.03-11.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização social das Práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** Editora Hucitec. São Paulo, 2002

MIELKE, F.B. **Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo.** [Dissertação] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre-RS, 2009. 140f.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: 7ª Edição: Vozes; 2010

MONTENEGRO, L.C.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc Enferm USP**. 2010; 44(3): 649-656

NASCIMENTO, C.C. **Apoio Matricial em Saúde Mental**: possibilidades e limites no contexto da Reforma Psiquiátrica. (Dissertação). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. 176 p.

NEVES, H.G.; LUCHESE, R; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev Bras Enferm**. 63(4). Brasília, 2010. 666-70.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes. **Representações Sociais**: Teoria e Prática. Editora Universitária UFPE, 2001.

NÓBREGA, S.M.; COUTINHO, M.P.L. O Teste de Associação Livre de Palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete (Orgs). **Representações Sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

NOBREGA, S.M.; FONTES, E.P.G; PAULA, F.M.S.M. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estud. psicol. (Campinas)** [online]. 2005, vol.22, n.1, pp. 77-87.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B.; Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (10), 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Entre a Saúde Mental e a saúde coletiva: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (organizadores). **Teoria das Representações Sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev enferm. UERJ**, 16(4). Rio de Janeiro, 2008 p. 569-76

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery R Enferm.** 10 (4): 2006, 645-51.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. (Tese de Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. 300p.

PINHO, P.H.; et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 43(Esp 2): 1261-6

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliações e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

REIS, H.F.T. **Famílias de pessoas em sofrimento mental**: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência. [Dissertação] de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - Jequié, Bahia. UESB, 2010. 155f

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª Edição. (Fernanda Nicácio org.). Editora Hucitec. São Paulo, 2001.

SÁ, G. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J.L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 1998, vol.6, n.2, pp. 23-27. ISSN 0104-1169.

SAMPAIO, D.M.N. **Trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras**. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010

SANTOS, A.R. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 7ª Edição. Lamparina. Rio de Janeiro: 2007

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, Silvio Fernandes. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no programa

saúde da família de Alagoinhas – BA. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SARTI, C. O lugar da família no Programa de Saúde da Família. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SIDRIM, M.I.C. **As Representações Sociais da Reabilitação Psicossocial**. Um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá, 2010

SILVA, L.M.S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o programa saúde da família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 14 – nº 2 – abr/jun de 2005. P. 97-104.

SILVA, M.B.C.; SADIGURSKY, D. Representações Sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2008 61(4) 428-34

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**. 2010 set-out; 63(5): 762-767

SILVEIRA, M.R. **A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2009. p. 146

SOUZA, A.C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. **Esc. Anna Nery R Enfermagem**, 2006; 10(4): 703-710.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de Conversações. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111

TONINI NS, MARASCHIN MS, KANTORSKI LP. Reorganização dos Serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2008; 29(2): 262-8.

TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, A.M.O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (organizadores). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. 1 ed. São Paulo: ed. Atlas S. A. 2009

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/2acwb>>. Acesso em: 13 set. 2010.

VALA, J. Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: MONTEIRO, Maria Benedicta; VALA, Jorge. **Psicologia Social**. 7ª Edição. Fundação Calouste Gulbekian, 2006.

VASCONCELOS, E.M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowrerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens Psicossociais**. Direção Antonio Lancetti (Saúdeloucura, v.26). Aderaldo e Rothschild. São Paulo, 2008

VILELA, A.B.A. **Olhar sobre capacitação: Conhecimento elaborado socialmente pelas enfermeiras do programa de saúde da família**. [Tese] Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2003

VIEIRA FILHO, N.G.; NOBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. psicol. (Natal)** [online]. 2004, vol.9, n.2, pp. 373-379.

WAGNER, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de Oliveira (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2ª edição. Goiânia:AB, 2000

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun.2008

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis** [online]. 2008, vol.18, n.2, pp. 277-293.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1. Questionário Sociodemográfico

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

- Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____
- Escolaridade: _____
- Tempo de atuação profissional: _____
- Tempo de trabalho na ESF (ano/ mês): _____
- Regime de trabalho: _____ Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____

- Dados educacionais

- Participou do treinamento introdutório (Saúde da Família): () Sim () Não;
- Participou de algum curso de atualização em Saúde Mental? () Sim () Não
Qual(is): _____

2 Teste de Associação Livre de Palavras:

- Estímulo 1

Quando você ouve falar em Reforma Psiquiátrica o que vem a sua mente? Cite cinco palavras. _____, _____, _____, _____, _____.

- Estímulo 2

Quando você ouve falar em Rede de Atenção em Saúde Mental o que vem a sua mente? Cite cinco palavras. _____, _____, _____, _____, _____.

3 Entrevista semiestruturada

- Você já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica? Comente a respeito.
- Fale sobre a Rede de Atenção à Saúde Mental?
- Como você identifica as necessidades de saúde mental da população do território de abrangência?
- Existe algum tipo de ação desenvolvida para atender as necessidades de saúde mental dessa população?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

PESQUISA: “A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

OBJETIVOS:

- **Objetivo Geral:** Apreender as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a rede de atenção em saúde mental.
- **Objetivos Específicos:**
 - Analisar as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a Reforma Psiquiátrica;
 - Identificar como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família percebem a rede de atenção em saúde mental;
 - Descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família para atender as necessidades de saúde mental da população no contexto da rede de atenção em saúde mental.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, a ser desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF's), na cidade de Jequié, com profissionais de saúde, integrantes da equipe. Os dados serão coletados através de entrevista semi-estruturada individual, norteada por um roteiro contendo duas questões relativas ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e outras cinco questões abertas relativas aos objetivos que se pretende alcançar com o estudo. Todo o material decorrente da coleta de dados seguirá a análise dos dados e consequente categorização das representações por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2007).

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA: A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz o novo modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico, embasada principalmente na substituição dos Hospitais Psiquiátricos por serviços que contemplem o cuidar territorializado, ou seja, de base comunitária, onde os indivíduos se tornem protagonistas do seu tratamento juntamente com seus familiares e comunidade. Neste contexto, novos saberes e práticas voltam-se a Atenção Básica e principalmente a Estratégia de Saúde da Família, como forma de fortalecer o vínculo e acolhimento as pessoas em sofrimento, já que este serviço encontra-se atuante no território coletivo do sujeito. Diante disso, faz-se necessário a articulação de uma Rede de Atenção a Saúde Mental que contemple as necessidades de saúde mental de determinada população. Assim, acreditamos que por meio da realização deste estudo, poderemos fornecer subsídios para que profissionais de saúde reflitam acerca da rede de atenção a saúde mental no município de Jequié-BA, em busca da melhoria da situação de saúde das pessoas com sofrimento psíquico, com vistas à promoção, prevenção, tratamento da saúde mental e reinserção social.

PARTICIPAÇÃO: Os profissionais de saúde que aceitarem participar da pesquisa serão submetidos a uma entrevista individual na mesma Unidade de Saúde da Família onde atuam, através da utilização de um roteiro com itens referentes à caracterização dos participantes e algumas questões que permitam um diálogo aberto com os participantes, a fim de alcançar o objetivo do estudo.

DESCONFORTOS E RISCOS: Este estudo não trará riscos a integridade física, mental ou moral do participante, uma vez que, os dados colhidos serão analisados com extremo sigilo garantindo, assim, o total anonimato e a individualidade dos atores sociais, sendo respeitados também, seus valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos. Por fim os dados que obtivermos serão apenas utilizados para fins científicos.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO: a identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os resultados do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer subsídios para que profissionais de saúde reflitam acerca da rede de atenção a saúde mental no município de Jequié-BA, em busca da melhoria da situação de saúde das pessoas com sofrimento psíquico, com vistas à promoção, prevenção da saúde mental e reinserção social.

DANO ADVINDO DA PESQUISA: Este estudo não trará dano algum ao participante. Porém, caso haja algum dano, a responsabilidade será dos pesquisadores

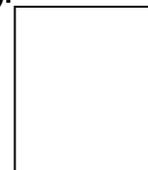
GARANTIA DE ESCLARECIMENTO: Será garantido esclarecimentos adicionais aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento da pesquisa, através dos pesquisadores responsáveis.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A participação, portanto, é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. O participante pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o mesmo.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, **aceito livremente participar do estudo intitulado “A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE” desenvolvido pela mestrandia Juliana Costa Machado, sob a orientação da Professora Alba Benemérita Alves Vilela da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).**

Assinatura: _____



COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento de dados que ficaram obscuros no decorrer desta pesquisa. Poderemos ser encontrados no endereço abaixo:

_____ Jequié, / / .
Pesquisadora responsável

_____ Jequié, / / .
Pesquisadora colaborador

ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Tel: (73)3528-9623 (Departamento de Saúde)/ 3528-9607 (Sala do Mestrado em Enfermagem e Saúde) e-mail: albavilela@gmail.com

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

JULIANA COSTA MACHADO

Tel: (73)3528-9623 (Departamento de Saúde)/ 3528-9607 (Sala do Mestrado em Enfermagem e Saúde) e-mail: juli_scosta@hotmail.com

End: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/Jequié-BA - CEP: 45206-190

APÊNDICE C: OFÍCIO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde
Fone: (73) 3528-9623/9610 – dsuesb@yahoo.com.br/dsjq@uesb.br



Jequié, 18 de fevereiro de 2011.

Ilmº. Srº.
César Augusto Casotti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Prezado Senhor,

Segue o Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Projeto de Pesquisa “A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, da mestranda Juliana Costa Machado sob orientação da Profª Dr. Alba Benemerita Alves Vilela, para os devidos encaminhamentos.

Atenciosamente,

Juliana Costa Machado
Juliana Costa Machado

Recebido
PPGES
Em 18/02/11
Neilma Souza

ANEXOS**ANEXO A: OFÍCIO EMITIDO PELO CEP/UESB**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de fevereiro de 2011

Of. CEP/UESB 024/2011

Ilma. Sra.

Profa. Juliana Costa Machado

Mestrado em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Departamento de Saúde - UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **204/2010**

CAAE: **0037.0.454.000-10**

Projeto: **A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Pesquisadores: **Profa. Juliana Costa Machado (mestranda)**

Profa. Alba Benemerita Alves Vilela (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 204/2010
CAAE: 0037.0.454.000-10

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisadora Responsável: Profa. Juliana Costa Machado

Pesquisadora Colaboradora: Profa. Alba Benemerita Alves Vilela

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a rede de atenção em saúde mental.

Objetivos Específicos:

- Averiguar as concepções dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre a Reforma Psiquiátrica.
- Identificar como os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família percebem a rede de atenção em saúde mental.
- Descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família para atender as necessidades de saúde mental da população no contexto da rede de atenção em saúde mental.

III – Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto na área de saúde mental a ser desenvolvido com profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA. Terá como aporte as Representações Sociais, assim como as Associações Livres de Palavras para subsidiar a Análise de Conteúdo de Bardin (2007).

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta todos os elementos constitutivos, assim como todos os documentos necessários à submissão ao CEP. O objeto de estudo é relevante, considerando a situação de saúde mental na atualidade e a tentativa de 10 anos da implantação da Reforma Psiquiátrica no País. Mesmo com a implantação dos centros de atuação em saúde mental, observa-se que o impacto na saúde mental ainda não é significativo em decorrência da falta de alguns membros para comporem a equipe multiprofissional, assim como a não aderência de familiares e até de profissionais de saúde a esta questão ainda impregnada de preconceitos e resistências.

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE atende à Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 04 de fevereiro de 2011


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB

ANEXO C: OFÍCIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERRA DE TODOS NOS

Ofício 024/2011 - PPGES

Jequié 03 de Março de 2011.

Ilma. Sr^a. Stela Souza
Secretária de Saúde do Município de Jequié

Assunto: Autorização para a coleta de dados.

Prezada Secretária,

Solicitamos a vossa senhoria, autorização para que a mestranda Juliana Costa Machado, possa realizar coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, em continuidade ao projeto intitulado: "A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE" aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB, sob o número de protocolo 204/2010, pertencente a linha de pesquisa de Políticas, Planejamento e Gestão do Sistema de Saúde sob a orientação da prof^a. Alba Benemerita Alves Vilela.

Sendo assim, solicitamos vossa colaboração em fazer os encaminhamentos necessários.

Atenciosamente,

Cezar Augusto Casotti
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde - PPGES
UESB - Jequié

ANEXO D: OFÍCIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE AUTORIZANDO A COLETA DE DADOS



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



COMUNICAÇÃO INTERNA Nº. 221/2011

DO SERVIÇO/SETOR: *Departamento de Assistência à Saúde*

PARA O SERVIÇO/SETOR: Todas as unidades

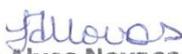
ATT: Coordenação

ASSUNTO: ***Projeto de pesquisa***

Prezado(a) Senhor(a):

Informamos que a mestranda Juliana Costa Machado, discente do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde da UESB, encontra-se devidamente autorizada a coletar dados nesta Unidade de Saúde para dar continuidade a pesquisa intitulada: "A Estratégia de Saúde da Família e a Atenção a Saúde Mental: Representações Sociais dos Profissionais".

Jequié, 22 de março de 2011.


Leyniara Alves Novaes dos Santos
Diretora do Dept.º de Assistência à Saúde

Recebi em: 28 / 03 / 2011

Ass: 

ANEXO E: IMP DICIONÁRIO TRI-DEUX-MOTS

TRI-DEUX Version 2.2

IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est JFinal.DAT
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera JFinal.POS
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est JFinal.IMP
Position de fin des caract,ristiques 3
Nombre de lignes maximum par individu 1

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
en fin de caract,ristiques ... la position 4
il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entr,e 80
Nombre de mots ,crits en sortie 800
Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
D,coupage en mots termin,
Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres
Impression de la liste des mots

abrang2	abra	1	acessi1	aces	2	acesso2	ace1	6	acolhi1
acol		5							
acolhi2	aco1	13	acompa2	aco2	12	adesao1	ades	1	afetiv1
afet		3							
ambula2	ambu	2	amor1	amor	18	amor2	amo1	1	apoiol1
apoi		11							
assist1	assi	29	assist2	ass1	47	atuaca2	atua	1	autono1
auto		1							
avanco1	avan	1	bemest1	beme	6	bemest2	bem1	2	bonital1
boni		1							
bonito2	bon1	1	capaci1	capa	21	capaci2	cap1	7	caps1
cap2		2							
caps2	cap3	23	cidade1	cida	1	compor1	comp	1	condic1
cond		1							
conjun2	con1	1	consci1	con2	1	constr1	con3	1	contrar2
con4		5							
control	con5	1	crass2	cras	1	cuidad1	cuid	19	cumpli1
cump		1							
cumpri2	cum1	1	dedica2	dedi	1	defici2	defi	4	desamo2
desa		1							
descas2	des1	2	descen2	des2	2	desenv1	des3	2	desenv2
des4		2							
desest2	des5	1	difere2	dife	2	distan2	dist	1	doenca1
doen		4							
duvida2	duvi	1	educac1	educ	9	educac2	edu1	5	envolv2
envo		1							
equili1	equi	1	equipa2	equ1	1	equipe1	equ2	6	equipe2
equ3		11							

espaco1	espa	4	espaco2	esp1	2	especi2	esp2	2	espera1
esp3		1							
estrat2	estr	1	estrut2	est1	4	exerci1	exer	1	facili1
faci		1							
famili1	fami	16	famili2	fam1	15	família	fam2	1	felici2
feli		1							
financ1	fin	1	futuro2	futu	3	govern2	gove	1	grupo2
grup		3							
hospit1	hosp	3	hospit2	hos1	3	humani1	huma	15	humani2
hum1		7							
humild2	hum2	1	iguald2	igua	1	import1	impo	4	import2
impl		2							
inclus1	incl	14	inclus2	incl	4	inexis2	inex	2	integ12
inte		1							
integr1	int1	2	integr2	int2	24	invest2	inve	1	lazer1
laze		2							
leil	leil	1	liberd1	libe	3	local2	loca	1	medical
medi		5							
medica2	med1	6	medici1	med2	2	medico2	med3	2	melhor1
melh		25							
melhor2	mell	4	mentel	ment	1	modelo1	mode	6	mudanc1
muda		41							
mudanc2	mud1	3	necess2	nece	15	novida2	novi	1	novol
nov1		5							
objeti2	obje	2	observ1	obse	1	ocupac1	ocup	2	oportu1
opor		1							
oportu2	opo1	4	organi1	orga	1	organi2	org1	1	ouvir1
ouvi		1							
pacien1	paci	3	pacien2	pac1	1	partil2	part	1	pcient1
pcie		3							
pcient2	pci1	2	persevl	pers	1	pessoal	pess	1	profis2
prof		18							
psf1	psf1	2	psf2	psf1	6	qualid1	qual	5	qualid2
qual		2							
readap2	read	1	realid1	real	1	reaver1	rea2	1	refere2
refe		12							
resolu2	reso	3	respei1	res1	10	respei2	res2	1	respon1
res3		29							
respon2	res4	13	saudel	saud	19	saude2	sau1	10	saudem1
sau2		1							
segural	segu	1	sentim2	sent	1	servic1	serv	5	servic2
ser1		16							
social2	soci	2	solida1	soli	1	sonho1	sonh	1	suport2
supo		18							
sus2	sus2	6	trabal2	trab	4	transt1	tra1	1	usuari2
usua		2							
vidal	vida	1	vigila2	vigi	1	vincul2	vinc	3	visaol
visa		1							
vitoril	vito	1	vitori2	vit1	1	vivenc1	vive	2	vontad1
vont		1							
Nombre de mots entr,s					800				
Nombre de mots diff,rents					156				

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	2
Tot.	1	2		
800	260	540		
100	32.5	67.5		

Question 016	Position	16	Code-max.	3
Tot.	1	2	3	
800	320	280	200	
100	40.0	35.0	25.0	

Question 017	Position	17	Code-max.	4
Tot.	1	2	3	4
800	170	240	290	100
100	21.3	30.0	36.3	12.5

ANEXO F: AFC – ANALYSE DES CORRESPONDANCES

TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 53
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 9
 Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 53
 Le nombre de colonnes actives est de 9

M,moire disponible avant dimensionnement 506132
 M,moire restante aprŚs dim. fichiers secondaires 504058
 M,moire restante aprŚs dim. fichier principal 502138

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.210408

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.081028
 Pourcentage du total = 38.5

Facteur 2

Valeur propre = 0.047948
 Pourcentage du total = 22.8

Facteur 3

Valeur propre = 0.040290
 Pourcentage du total = 19.1

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	
ace1	355	14	174	6	-472	51	acesso2
acol	52	0	507	41	-66	1	acolhi1
aco1	-142	5	-312	40	203	20	acolhi2
aco2	680	105	44	1	-169	13	acompa2
amor	-145	7	-312	56	86	5	amor1
apoi	389	32	-129	6	-309	40	apoiol
assi	-57	2	-113	12	-61	4	assist1

ass1	-40	1	46	3	91	15	assist2
beme	76	1	-436	37	-275	17	bemest1
capa	-53	1	79	4	-67	4	capacil
cap1	-420	23	-396	35	-62	1	capaci2
cap3	-125	7	42	1	61	3	caps2
con4	772	56	-261	11	-156	5	contrar2
cuid	-99	4	100	6	162	19	cuidad1
defi	-508	20	437	24	355	19	defici2
doen	406	12	108	1	-135	3	doenca1
educ	-214	8	-146	6	-66	1	educac1
edul	-651	40	-97	1	-180	6	educac2
equ2	-70	1	-199	8	-384	34	equipe1
equ3	22	0	364	47	265	29	equipe2
espa	-658	33	-127	2	-268	11	espacol
est1	-10	0	11	0	-300	14	estrut2
fami	108	4	41	1	-73	3	familil
fam1	-194	11	84	3	-79	4	famili2
huma	-9	0	385	71	150	13	humanil
hum1	24	0	-124	3	223	13	humani2
impo	1060	85	325	13	-13	0	import1
incl	-26	0	520	121	-194	20	inclus1
incl	-623	29	364	17	-74	1	inclus2
int2	-65	2	-135	14	47	2	integr2
medi	-71	0	-325	17	115	3	medical
med1	184	4	-219	9	-722	119	medica2
melh	202	19	-43	1	114	12	melhor1
me11	-761	44	-40	0	-391	23	melhor2
mode	-466	25	208	8	-521	62	modelo1
muda	-142	16	1	0	25	1	mudanc1
nece	411	48	-40	1	372	79	necess2
nov1	631	38	-85	1	63	1	novol
opo1	117	1	-66	1	-477	35	oportu2
prof	-477	77	246	35	-1	0	profis2
psf1	-264	11	-55	1	376	43	psf1
qual	-64	0	158	4	641	78	qualid1
refe	715	116	262	26	115	6	refere2
res1	-50	0	23	0	86	3	respeil
res3	71	3	-286	76	237	62	respon1
res4	156	6	-455	86	-21	0	respon2
saud	-118	5	95	5	-96	7	saudel
saul	-367	25	-80	2	-281	30	saude2
serv	-57	0	-381	23	-247	12	servic1
ser1	70	1	267	36	29	1	servic2
supo	407	57	54	2	-263	47	suport2
sus2	-33	0	359	25	-84	2	sus2
trab	59	0	-601	46	153	4	trabal2
----------*-----*-----*-----*							
*	*	*1000*		*1000*		*1000*	
----------*-----*-----*-----*							

Modalit,s en colonne

----------*-----*-----*-----*							
ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	
----------*-----*-----*-----*							
0151	156	34	352	291	253	178	
0152	-80	17	-179	148	-129	91	
0161	-338	181	94	24	-36	4	
0162	12	0	-133	44	259	201	

```
0163    499  259    46    4  -315  207
0171   -304   79   272  107   132   30
0172   -325  132    63    8  -237  141
0173    213   66  -336  277   194  110
0174    650  232   322   96  -183   37
*---*-----*-----*-----*-----*-----*
*   *           *1000*           *1000*           *1000*
*---*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme