

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

ÁLABA CRISTINA PEREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS
E PRÁTICAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EM
MANFRINÓPOLIS - PR**

DISSERTAÇÃO

PATO BRANCO

2013

ÁLABA CRISTINA PEREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS
E PRÁTICAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO EM
MANFRINÓPOLIS - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira

PATO BRANCO

2013

Catálogo na Fonte por Elda Lopes Lira CRB9/1295

P436r Pereira, Alaba Cristina

Representações sociais sobre saúde mental, políticas públicas e práticas profissionais: um estudo em Manfrinópolis-PR / Alaba Cristina Pereira – 2013.

118f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Edival Sebastião Teixeira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Pato Branco / PR, 2013.

Bibliografia: f. 105 – 114.

1. Representações Sociais. 2. Saúde Mental. 3. Políticas Públicas. I. Teixeira, Edival Sebastião, orient. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDD(22. ed.) 330



TERMO DE APROVAÇÃO Nº 38

Título da Dissertação

**Representações Sociais sobre Saúde Mental, Políticas Públicas e Práticas
Profissionais: um Estudo em Manfrinópolis - PR**

Autora

Álaba Cristina Pereira Souza

Esta dissertação foi apresentada às 14 horas do dia 28 de agosto de 2013, como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL - Linha de Pesquisa Regionalidade e Desenvolvimento - no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A autora foi arguida pela Banca Examinadora abaixo assinada, a qual, após deliberação, considerou o trabalho aprovado.

Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira – UTFPR
Orientador

Prof.^a Dra. Hieda Maria Pagliosa Corona – UTFPR
Examinadora

Prof.^a Dra. Graciela Cabreira Gehlen – IFPR
Examinadora

Visto da Coordenação

Prof. Dr. Miguel Angelo Perondi
Coordenador do PPGDR

O Termo de Aprovação assinado encontra-se na Coordenação do PPGDR

Aos meus pais: por terem me ensinado, desde as primeiras letras, que
o estudo nos faz grandes e melhores.

Ao meu filho Rodriguinho: esse trabalho também foi por você.

AGRADECIMENTO

Toda a minha gratidão a Deus, pela sua Maravilhosa Graça e Infinita Misericórdia.

À minha família: muito obrigada. Essa conquista também é de vocês.

Às minhas queridas amigas – elas sabem quem são: obrigada pela amizade que me
faz tão bem.

Ao município de Manfrinópolis: obrigada pela experiência profissional e por me
incitar a aprender sempre.

Aos meus colegas participantes da pesquisa: meus agradecimentos por terem
compartilhado comigo um pouco do seu saber.

Ao meu orientador Professor Dr Edival Sebastião Teixeira, muito obrigada por ter se
feito tão presente apesar da distância geográfica e também por ter me direcionado
de forma tão serena.

Aos professores da banca examinadora: meus agradecimentos por suas preciosas
contribuições.

Aos professores do Mestrado em Desenvolvimento Regional da UTFPR: obrigada
pelos ensinamentos que foram muito além do conteúdo acadêmico.

RESUMO

PEREIRA, Álaba Cristina. Representações sociais sobre saúde mental, práticas profissionais e políticas públicas: um estudo em Manfrinópolis – PR. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2013.

O presente trabalho teve por objetivo analisar as relações existentes entre representações sociais de gestores e profissionais de saúde sobre saúde mental, suas práticas profissionais e as políticas públicas implementadas no serviço de saúde pública do município de Manfrinópolis – PR. Para tal, foi realizada uma pesquisa com 27 profissionais e gestores, além de um estudo sobre políticas públicas federais, estaduais e municipais vigentes na área de saúde mental. Buscou-se ainda verificar quais políticas públicas direcionam as práticas profissionais no serviço local, assim como conhecer o itinerário terapêutico dos usuários do sistema público local que necessitam de assistência em saúde mental. Por último, efetuou-se uma análise das representações sociais de profissionais e gestores sobre saúde mental, a fim de identificar as relações existentes entre essas representações e as ações desenvolvidas no serviço público de saúde local. Constatou-se que há, entre profissionais e gestores, duas visões prevalentes acerca da saúde mental. Uma concepção de saúde psíquica está ligada ao modelo biomédico de assistência à saúde, que compreende a doença como um evento isolado deflagrado por determinantes biológicos. Já a outra concepção de saúde está mais relacionada ao modelo biopsicossocial, que considera a doença como um processo resultante de múltiplas variáveis (biológicas, psíquicas, sociais, culturais). Essas duas concepções predominantes derivam do conhecimento científico e evidenciam a existência de relações muito próximas entre o senso comum e o saber oficial, de modo que as representações sociais podem ser definidas como sendo o ponto de intersecção entre as formações ideológicas dominantes e a experiência concreta individual. Por fim, concluiu-se que as concepções sobre saúde mental determinam as práticas profissionais, haja vista que a compreensão da saúde mental de acordo com uma visão biopsicossocial origina ações multidisciplinares voltadas à prevenção de agravos e promoção de saúde mental, enquanto que uma noção calcada no modelo biomédico prioriza ações unidirecionais curativas e de tratamento. Por conseguinte, a presente pesquisa evidenciou que a necessária desconstrução de ideologias e a formação de uma nova visão baseada na concepção biopsicossociocultural da saúde é um processo que passa decisivamente pelo social e abrange as concepções socialmente circulantes. Entende-se ainda que essa desconstrução não se faz necessária apenas entre os atores do setor de saúde, mas também, e, principalmente, em toda a sociedade.

Palavras-chave: representações sociais, saúde mental, políticas públicas.

ABSTRACT

PEREIRA, Álaba Cristina. Social representations about mental health, professional practices and public policies: a study in the county of Manfrinopolis, State of Parana. 2013. 118 p. Dissertation (Master's Degree in Regional Development) – Graduate Program in Regional Development, Universidade Tecnológica Federal do Parana. Pato Branco, 2013.

The current work aims to analyse the existing relationships between managers and health care professionals' social representations about mental health, their professional practices besides the public policies implemented in the public health services in the County of Manfrinopolis State of Parana. To accomplish it, it has been done a survey with 27 managers and professionals, as well a study about federal, state and municipal current policies in the area of mental health. It has been sought to check which public policies drives the professional practices in the local services, as well to know the therapeutic itinerary of the local public system users of the health system who need mental health assistance. Finally, it has been done an analysis of the social representations about mental health of professionals, aiming to identify the existing relation between such representations and the actions developed in the local health care system. It has been found that there are, among the professionals and managers two prevalent views related the mental health. One conception about psychic disturbance is connected to the biomedical model of health care, which comprehend the illness as an isolated event, flared by biological determinants. The other conception of health is more related to the bio psychosocial model, which consider the illness as a process resulted from multiple variables(biological, psychic, social, cultural). Both predominant conceptions derive from scientific knowledge and stand the very close existing relationships between the common sense and scientific knowledge, so that the social representations may be defined as being the intersection point between the dominants ideological education and the empirical experience. Finally, it has concluded that the conceptions about mental health determine the professional practices, since the understanding about mental health according to a bio psychosocial view originates multidisciplinary actions back to the prevention of grievances and mental health promotion, while a notion based on biomedical model prioritizes curative and treatment unidirectional actions. Consequently, the current survey has made evident that the necessary deconstruction of ideologies and the formation of a new vision based on bio cultural psychosocial conception of health is a process that evolves the social and the conceptions socially shared. It's still understandable that such deconstruction it is not only needed among the target actors, but also and mainly in the whole society.

LISTA DE SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRE	Centro Regional de Especialidades
CRP	Conselho Regional de Psicologia
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
1.1 MODERNIDADE: OS PARADOXOS DE UMA SOCIEDADE QUE CONSOME E ADOECE.....	19
1. 2 SAÚDE: OS DESAFIOS DE CONCEITUAR UM PROCESSO COMPLEXO, DINÂMICO E MULTIDIMENSIONAL.....	29
1.2.1 SAÚDE: DEFINIÇÕES E DISCUSSÕES.....	30
1.2.2 SAÚDE MENTAL.....	33
1.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA.....	36
1.3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	36
1.3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE.....	42
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
2.1 A METODOLOGIA.....	50
2.2 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	52
2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	53
2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	55
3 ANÁLISES E DISCUSSÕES.....	58
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE.....	58
3.1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	61
3.1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	64
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM MANFRINÓPOLIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS.....	78
3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM MANFRINÓPOLIS E O ACESSO DOS USUÁRIOS.....	79
3.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS.....	85

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICE A.....	115
APÊNDICE B.....	117

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a humanidade tem vivenciado momentos de crise e de transição. Os tempos são de ruptura com velhos paradigmas e antigos saberes. Vive-se uma época de ausência de certezas e de dissolução dos constructos sociais (HANNIGAN, 1995). A noção cartesiana de um saber inequívoco, fechado e compartimentado está estremecida. A crença de que o Progresso e a Ciência trariam apenas bem-estar e felicidade ruiu.

Concomitantemente ao estrondoso avanço da tecnologia, cresce a desigualdade econômica, intensifica-se a assimetria social, aumenta a destruição dos ecossistemas. Ao mesmo tempo em que o conforto e o luxo alcançam patamares antes inimagináveis, ainda há pessoas morrendo de fome. No campo sociocultural, mais paradoxos: multiplicam-se as possibilidades de contato social através das vias tecnológicas, porém o individualismo e a solidão se intensificam.

Todos esses acontecimentos evidenciam que “vivemos a passagem de uma sociedade para outra” (TOURAINÉ, p. 265, 1994). Vivenciamos situações e experiências incomuns às gerações anteriores; as mudanças ocorrem na “velocidade da luz”; concepções antes bem estabelecidas estremecem. Toda essa conjuntura exige altos esforços adaptativos por parte do indivíduo, numa tentativa de aprender a lidar com situações novas e desconhecidas, muitas até pouco tempo atrás inimagináveis.

Nesse sentido, Giddens (1991) afirma que estamos no limiar de uma nova era, e Bursztyn (2001, p. 19) exemplifica as mudanças vivenciadas por essa sociedade moderna:

Mudou nosso modo de ver a natureza, agora transformada em meio de produção; mudou nosso padrão de essencialidades materiais; mudou a capacidade destrutiva dos artefatos bélicos; mudou, qualitativa e quantitativamente, o ritmo de degradação ambiental; mudou o caráter da ciência, que fundamenta os avanços tecnológicos, o progresso. Diante de tais transformações, e de um aumento notável nos riscos que corre a humanidade, o momento atual recomenda uma revisão dos paradigmas que movem a busca do progresso.

Nesse contexto, as verdades e os constructos da sociedade se dissolvem, gerando múltiplas controvérsias: “a oposição entre a velha e a nova modernidade é

um choque que abarca e eletrifica todos os campos de ação na sociedade moderna. As revoltas encontram a resistência das rotinas e nelas ficam presas.” (BECK, 1997, p. 59)

É uma época de crises: crise existencial, cultural, social, econômica e ambiental – desencadeadas pelas instabilidades e incertezas dos tempos modernos.

No entendimento de Raynaut (2004, p. 22), “muitas certezas estabelecidas sobre a herança do positivismo científico e da utopia do progresso e da modernidade vacilam”.

De acordo com esse mesmo autor, vivemos um momento de renegociação de paradigmas, assim como o vivido pela sociedade durante o período da Renascença:

Talvez se possa dizer que estamos passando por um movimento de revolução intelectual e moral equivalente àquele produzido durante a Renascença, quando os paradigmas que ordenavam a visão do universo e a percepção da posição do ser humano foram modificados ao mesmo tempo pelas descobertas galileiana e copernicana da não centralidade da Terra no universo e pelo descobrimento do Novo Mundo. De repente, as definições e fronteiras bem estabelecidas, sobre as quais a representação do mundo havia sido construída durante séculos, foram desfeitas. (RAYNAUT, 2004, p. 22)

Igualmente, a sociedade contemporânea está passando por momentos de reestruturação em sua percepção acerca de valores sociais, culturais e ambientais, decorrentes da compreensão de que o estilo de vida mantido até o momento traz consigo muitas insatisfações.

E, partindo do princípio de que as transformações – sejam elas quais forem – geram estranheza, exigindo certo lapso temporal para serem elaboradas pelo indivíduo, é compreensível que as discontinuidades da atualidade causem desconforto, uma vez que “a rapidez da mudança em condições de modernidade é extrema”, conforme destaca Giddens (1991, p. 15).

Giddens (1991, p. 14) também afirma que as mudanças ocorridas nos últimos tempos “foram tão dramáticas e tão abrangentes em seu impacto que dispomos apenas de ajuda limitada de nosso conhecimento de períodos precedentes de transição na tentativa de interpretá-las”.

Esse dinamismo da modernidade também abrange as situações de desencaixe dos sistemas sociais, vinculadas à separação do tempo e do espaço e à ordenação e reordenação reflexiva das relações sociais, conforme o entendimento de Giddens (1991).

Portanto, a vida na era da modernidade exige também que os indivíduos aprendam se relacionar nos moldes do desencaixe dos sistemas sociais, qual seja, um novo padrão de inter-relação decorrente do “deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço.” (GIDDENS, 1991, p. 29)

A modernidade traz consigo novas formas de ser e conviver, forçando o indivíduo a uma reorientação cognitiva capaz de promover sua adaptação a esse novo modo de vida.

A ausência de certezas, os novos paradigmas, o progresso tecnocientífico, as imposições do sistema capitalista, o ritmo acelerado das mudanças e os novos contornos sociais afetam o psiquismo humano, pois “é impossível separar o indivíduo da sua situação social.” (TOURAINE, 1994, p. 248)

É o “lado sombrio da modernidade” (GIDDENS, 1991, p. 16) que, irremediavelmente, lança seus efeitos sobre o ser humano, levando-o a repensar sua crença de que o progresso traria uma ordem social mais feliz e mais segura.

Enfim, todo esse contexto de avanços e conquistas que proporcionam conforto, segurança e bem-estar de forma socialmente assimétrica, e que, ao mesmo tempo geram riscos, insatisfações e incertezas, produz um efeito sobre as pessoas. Além disso, o contexto de descontinuidades e desencaixes gera ansiedade e angústia no homem moderno, conforme nos mostra Beck (1997, p. 61):

as questões filosóficas do existencialismo, por exemplo, tornam-se parte da vida cotidiana; são quase questões candentes. A preocupação de Soren Kierkegaard com a ansiedade como o outro lado da liberdade, por exemplo, ou as questões de quem define e decide sobre a vida e a morte, e de que maneira, levam todos forçosamente à angústia de ter de tomar uma decisão e se tornam questões que a todos afligem.

Lamentável admitir, portanto, que o mesmo progresso que gerou avanços na ciência e a erradicação de muitas moléstias, contribui também para o aparecimento de uma gama de transtornos mentais intimamente relacionados ao estilo de vida contemporâneo.

Logo, o fato é que todo o conjunto de descontinuidades e transições vivenciado pela sociedade contemporânea lança seus efeitos sobre a saúde do indivíduo. Daí a importância de se discutir e refletir sobre saúde mental.

E é nesse contexto sociocultural paradoxal e altamente facilitador do processo de adoecimento que se insere o presente trabalho, cujo objetivo é analisar a relação entre representações sociais de gestores e profissionais de saúde sobre saúde mental, suas práticas profissionais e as públicas na área da saúde no município de Manfrinópolis, Paraná.

Manfrinópolis é um pequeno município localizado na Região Sudoeste do Paraná. Criado em 1996, tem uma população estimada de 3.075 habitantes (IPARDES/ 2012) e sua economia baseia-se essencialmente na atividade agropecuária. O município situa-se a 539,29 km da capital Curitiba e possui uma área territorial de 215.965 Km², fazendo divisa com os municípios de Francisco Beltrão, Pinhal de São Bento, Salgado Filho e Flor da Serra do Sul.

Embora seja considerado um município rural, uma vez que seu grau de urbanização é de apenas 20,85 % (IPARDES/2012), Manfrinópolis não está incólume à complexidade da vida moderna e suas implicações sobre a saúde psíquica. Pelo contrário, percebe-se que boa parte da problemática que assola os grandes centros urbanos também está presente no município, pois há que se considerar que a distância, ou mesmo a disposição geográfica da população, não impede a propagação dos valores culturais e dos constructos sociais.

Assim, embora o município não tenha graves problemas com trânsito ou com violência, nota-se a presença de indagações e anseios típicos de uma sociedade capitalista e individualista – fato completamente compreensível, haja vista a facilidade da transmissão de ideias e conceitos através dos meios comunicacionais, como rádio, TV, internet, jornais.

E ainda, há que se considerarem os efeitos de sua proximidade geográfica com cidades maiores e mais urbanizadas, o que, por sua vez, implica a existência de contato social constante que facilita a propagação de ideias e novidades.

Por último, é preciso lembrar que grande parte dos profissionais da área de educação e saúde que trabalham no município reside em cidades próximas, um fator que facilita o intercâmbio cultural.

Confirmando a noção de que o rural não é um universo isolado do restante da sociedade, Baudel Wanderley (2001, p. 32) afirma que:

Quando estou falando de mundo rural, refiro-me a um universo socialmente integrado ao conjunto da sociedade brasileira e ao contexto atual das relações internacionais. Não estou, portanto, supondo a existência de um

qualquer universo isolado, autônomo em relação ao conjunto da sociedade e que tenha lógicas exclusivas de funcionamento e reprodução.

Portanto, supor que Manfrinópolis estaria incólume às transformações da era moderna seria desmerecer o papel das trocas sociais e acreditar na ideia de que os limites geográficos são também limites socioculturais.

Assim, embora o município apresente peculiaridades sociais e culturais relativas à sua condição de ruralidade, é preciso reconhecer que a sua inserção em uma complexa e vasta realidade psicossocial tem como efeito a inclusão de seus moradores em uma cultura além dos limites municipais e regionais. No caso da saúde mental, as especificidades dessa realidade extrapolam a condição de cidadão encantiladense, sendo inerentes à condição de ser humano.

Importante ainda salientar que esse município foi escolhido como objeto de estudo por conta da experiência profissional da pesquisadora, a qual, como servidora pública, nele exerce a função de psicóloga há mais de 11 anos, lidando cotidianamente com a área de saúde pública. Esse contato com a realidade gera indagações múltiplas e frequentes, haja vista a alta incidência de munícipes que usam algum tipo de medicação controlada: 226 pessoas (MANFRINÓPOLIS, 2013). Esse dado refere-se apenas às pessoas que são atendidas pelo serviço público e recebem medicação distribuída pela Unidade Básica de Saúde de Manfrinópolis, não estando contabilizadas as pessoas que fazem tratamento em serviços privados de saúde e compram sua própria medicação.

Além disso, a prática profissional tem destacado a problemática da saúde mental como um campo vasto e complexo – influenciado por múltiplas variáveis, e prioritariamente direcionado por políticas públicas de tratamento.

Diante do contexto exposto, esta pesquisa torna-se relevante em vários aspectos. Em primeiro lugar, o estudo das práticas de saúde mental efetuadas em Manfrinópolis possibilitará uma melhor compreensão da questão da saúde mental, podendo, talvez, contribuir para a construção de novas reflexões capazes de orientar a avaliação, a organização e a prática nos serviços de saúde pública local.

Ademais, os estudos em saúde mental devem ser entendidos como uma questão que ultrapassa, e muito, os limites da subjetividade humana e influencia, ainda que indiretamente, o desenvolvimento de um dado local – aqui compreendido numa concepção que engloba não apenas crescimento econômico, mas também o seu aspecto humano e social de melhoria do bem-estar da população.

“A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Portanto, o desenvolvimento em sua concepção mais abrangente está intimamente relacionado à questão da saúde mental, posto que não só a atividade laborativa como também todo o processo de criação de novas ideias e soluções resulta de um funcionamento psíquico saudável, como num círculo que se retroalimenta.

Dessa forma, a pertinência do estudo na área de saúde mental está em sua importância social, haja vista a multidimensionalidade da saúde e a sua essencialidade do ponto de vista humano, social e econômico.

O livro “A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), destaca as multidimensões da saúde, quais sejam: na dimensão humana, a saúde é determinante para o bem-estar da população, tendo forte impacto sobre a qualidade de vida e a produtividade laboral. Sob a ótica social, a saúde é um direito social e um fator básico de cidadania, cujos reflexos são, de alguma forma, sentidos por toda a coletividade. A dimensão democrática também está presente porque a saúde é um dos campos mais institucionalizados de participação social em sua gestão – aspecto altamente relevante numa sociedade democrática. Há ainda o aspecto territorial e regional, uma vez que a organização dos serviços de saúde no território condiciona o desenvolvimento regional. Por último, tem-se a dimensão econômica e tecnológica: a área de saúde tem forte impacto sobre a geração de empregos qualificados, alavancando uma parcela relevante do PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro. Além disso, a saúde tem particular importância no que tange à inovação, por ser uma dos maiores focos de investimento em pesquisa e desenvolvimento para a geração de conhecimento.

Portanto, diante da multidimensionalidade da área da saúde, numa análise mais ampla pode-se dizer que toda a coletividade acaba sendo afetada também pela alta incidência de transtornos mentais, pois os seus custos emocionais, sócio-familiares e econômicos, ainda que de forma indireta, acabam sendo repassados para a sociedade como um todo.

Por último, em termos científicos, a conjugação do estudo teórico com a investigação de uma realidade específica possivelmente culminará na produção de

novos questionamentos e na construção de novos saberes, os quais ficarão à disposição da sociedade, podendo contribuir para a compreensão da problemática da saúde mental avaliada sob a ótica de uma localidade específica, ou ainda, instigar novas pesquisas.

Para fins de delimitação, cumpre ressaltar que, embora sejam múltiplas as possibilidades de pesquisa e desdobramentos na área de saúde mental, o presente trabalho tem por objetivo conhecer as representações sociais de gestores e profissionais de saúde enquanto grupo social, assim como analisar a relação entre essas representações sobre saúde mental e as práticas profissionais efetuadas no município de Manfrinópolis, Paraná. Essa restrição, ainda que frustrante, faz-se necessária diante de limitações humanas e cronológicas; porém, não impossibilita a continuidade da pesquisa em outras oportunidades futuras.

A presente dissertação está dividida em 4 capítulos. O primeiro é composto pelo referencial teórico da pesquisa. Nesse capítulo, faz-se um apanhado teórico sobre os paradoxos enfrentados pela sociedade contemporânea, numa tentativa de se compreender a relação entre a modernidade e os índices crescentes de adoecimento psíquico. O capítulo traz ainda uma discussão sobre a concepção de saúde e saúde mental, abordando-se os modelos de assistência à saúde calcados na visão biomédica e na concepção biopsicossociocultural. E ainda nessa parte, apresenta-se a teoria das representações sociais, reconhecendo-a como um sistema de valores e ideias que sustenta as práticas cotidianas de uma determinada comunidade ou grupo social.

No segundo capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento do trabalho.

Já o terceiro capítulo trata das políticas públicas – estabelecendo as principais diretrizes governamentais (federais, estaduais e municipais) que regem a área de saúde mental na atualidade – e apresenta os resultados da pesquisa, cuja análise e discussão é feita a partir do enfoque culturalista da teoria das representações sociais.

Por último, há as considerações finais sobre o trabalho.

CAPÍTULO 1

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 MODERNIDADE: OS PARADOXOS DE UMA SOCIEDADE QUE CONSOME E ADOECE

Na sociedade moderna, disseminou-se a ideia de que o progresso, o crescimento econômico e os avanços tecnológicos promoveriam o bem-estar geral da humanidade e elevariam os índices de felicidade. Nesse contexto em que o desenvolvimento aparecia apenas como sinônimo de crescimento econômico, o capitalismo surge como o sistema mais adequado às demandas sociais de industrialização e geração de riquezas.

Desde o seu surgimento, o capitalismo tem passado por inúmeras reinvenções, as quais influenciam diretamente as relações sociais, o mercado de trabalho e o estilo de vida das pessoas.

A cada reinvenção, porém, mantém-se a busca desenfreada pelo progresso e pelo crescimento econômico como sinônimo de bem-estar social. Os riscos e consequências danosas são desconsiderados em prol da fictícia ligação entre consumo e felicidade, evidenciada por Bauman (2004, p. 86): “A suposta chave para a felicidade de todos, e assim o propósito declarado da política, é o crescimento do produto nacional bruto (PNB). E o PNB é medido pela quantidade de dinheiro gasta por todo mundo em conjunto.”

Portanto, na sociedade capitalista da modernidade entende-se que, se houver crescimento econômico e circulação monetária, está ocorrendo progresso. Criou-se a concepção de que riqueza gera felicidade.

Porém, o que se percebe é que o progresso e o crescimento econômico não geraram os objetivos previstos. Pelo contrário, “ao mesmo tempo que os índices macroeconômicos melhoram, assistimos à deterioração dos indicadores que medem evoluções qualitativas entre setores, territórios e pessoas.” (GUIMARÃES, 2001, p. 49)

Nesse sentido, Virginio (2006, p. 89) coloca que:

O sistema capitalista mundial mostrou-se incapaz de nos proteger da infelicidade e do sofrimento, produtos de nossa implausível capacidade em aceitar... a força superior da natureza, a disposição decadente de nossos corpos e a inadequação dos nossos métodos de ordenar as relações humanas na família, na comunidade e no Estado (Freud apud Wallerstein, 2002, p. 185). O *modus vivendi* atual tem levado ao extremo o alargamento da distância entre os que têm e os que nada possuem, o lucro máximo coordena as ações econômicas – em especial as de caráter financeiro e especulativo –, os governos cada vez mais se submetem aos interesses das grandes corporações transnacionais ou aos imperativos da força militar, a degradação e devastação do meio ambiente nunca foi tão veloz e violenta, a vida cultural tão mais plastificada, massificada e/ou pasteurizada enquanto nós, pessoalmente, jamais estivemos tão coletivamente sozinhos, seqüestrados à vida pública e confinados na ilusão do efêmero, próprio do consumismo irrefreado – tanto para os que podem como para os que desejam e não podem – ou da inconcretude presente nas relações entre o real e o virtual que nos consome à frente da televisão, do computador ou dos jogos eletrônicos.

Assim, o progresso e o crescimento econômico propiciaram avanços tecnológicos capazes de gerar conforto e bem-estar inimagináveis aos nossos antepassados. Como resultado, fomos seduzidos pela ideia de que poderíamos obter prazer através do consumo de bens. Surgiu, então, uma nova cultura de consumo.

E tem-se “uma sociedade de consumo que se consome em um presente cada vez mais breve, indiferente aos estragos causados pelo progresso na sociedade e na natureza.” (TOURAINÉ, 1994, p. 213)

Nas palavras de Guimarães (2001, p. 68):

O afã do crescimento ilimitado baseado na crença do desenvolvimento tecnológico, igualmente ilimitado, só é capaz de produzir a alienação dos seres humanos, transformando-os em robôs que buscam incessantemente a satisfação de necessidades que têm sempre menos relação com as necessidades de sobrevivência e de crescimento espiritual. Embora tenhamos sido levados a crer cegamente que quanto mais nos transformemos de cidadãos em consumidores mais nos aproximaremos da liberdade e da felicidade, a verdade é que nos tornamos humanos durante o percurso.

Portanto, a racionalidade capitalista promove um culto ao consumo, reduzindo o homem a um ser que produz e consome. Vivemos sob “o império da ordem econômica que converte o ser em *ser para a produção*, em *homo economicus*” (LEFF, 2006, p. 77). Sob a ótica do capitalismo, vive-se uma cultura do ter, que aprisiona o indivíduo na ideia de que é preciso trabalhar cada vez mais para poder comprar a felicidade que o mercado lhe oferece sob a roupagem tangível de bens de consumo.

E para que esse sistema se mantenha, procura-se gerar nas pessoas “necessidades” (leia-se desejos) que ultrapassam, e muito, as necessidades reais de sobrevivência.

É a época do “consumo, *ergo* sou”, citada por Guimarães (2001, p. 68). Logo, a identidade psíquica do indivíduo está intimamente ligada ao lugar que ele ocupa na hierarquia capitalista e ao seu poder aquisitivo, pois a ordem capitalista criou uma associação maquiavélica entre poder de consumo e valor pessoal. Assim, quanto mais o sujeito for capaz de consumir, mais valorizado e respeitado será por seus pares. E para poder comprar mais e mais, as pessoas precisam trabalhar cada vez mais, o que cria um círculo vicioso que funciona como motor do sistema capitalista.

Nesse contexto, tem-se uma “sociedade de consumidores” que promove, encoraja ou reforça a escolha de um estilo de vida e uma estratégia existencial consumistas, rejeitando todas as demais opções culturais alternativas. Nessa sociedade, adaptar-se aos preceitos da cultura de consumo e segui-los estritamente é a única escolha aprovada de maneira incondicional. (BAUMAN, 2008, p. 71)

Confirmando essa ideia, Guimarães (2001, p. 54) afirma que a modernidade contemporânea é a do consumidor, pois se vive um período de

[...] verdadeira revolução dos padrões de produção e de consumo. Esta revolução desconectou-nos, um pouco, de nossas necessidades biológicas, tornou-nos mais alienados de nós mesmos e do respeito aos nossos sócios da natureza, deixou-nos mais premidos de quantidades crescentes de recursos de poder para garantir a incorporação (e destruição) de ambientes extranacionais capazes de garantir a satisfação dos padrões atuais (insustentáveis) de consumo.

E essa alienação promovida por padrões elevados de consumo também é retratada por Touraine (1994, p. 248), o qual afirma que vivemos “em uma sociedade de massa onde uma parte crescente dos comportamentos é comandada por centros de decisão capazes de prever os gostos, as demandas, as compras da população”.

A alienação produzida no indivíduo pelo sistema capitalista foi descrita também por Marx, citado por Guimarães (2001, p. 68):

[...] quanto menos você for e quanto menos expressar a sua vida, tanto mais você terá e mais alienada será a sua vida. [...] tudo que lhe é tirado pelo economista sob a forma de vida e humanidade, tudo lhe será devolvido por ele sob a forma de dinheiro e riqueza.

Sendo a alienação o estado da pessoa que, tendo sido criada em condições sociais específicas, submete-se cegamente aos valores e instituições dadas e perde a capacidade de questionar esses elementos, compreende-se por que ela é tão perigosa e por que autores como Marx se preocupavam tanto com ela.

Do ponto de vista psicossocial, seus efeitos são desastrosos, pois a imersão em uma cultura capitalista molda indivíduos incapazes de contestar os valores vigentes, levando-os a acreditar que existe uma única forma correta de viver, qual seja, a idealizada pelo sistema dominante. É a “dominação que se exerce sobre os corpos e as almas”, de que nos fala Touraine (1994, p. 261).

Sobre essa dominação, Morin explica (2005, p. 75): “a relação antropossocial é complexa, porque o todo está na parte, que está no todo. Desde a infância, a sociedade, enquanto todo entra em nós, inicialmente, através das primeiras interdições e das primeiras injunções familiares: de higiene, de sujeira, de polidez e depois as injunções da escola, da língua, da cultura”.

Portanto, “a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas” (MORIN, 2003, p. 94).

E ainda, essa racionalidade caracterizada pelo consumo produz alterações também nos valores sociais, contribuindo para a emergência de uma cultura mercantilista que relaciona coisas e pessoas ao seu valor econômico:

Desgraçadamente, em função da rapidez da modernidade atual, a economia deixou de estudar os meios para o bem-estar do ser humano e se transformou em um fim em si mesma, uma ciência na qual tudo o que não tem valor monetário e tudo a respeito de que não se pode estabelecer um preço não tem valor. (GUIMARÃES, 2001, p. 65)

Nesse contexto, Touraine (1994) alerta para a redução do ser humano a nada mais que um consumidor, um recurso humano ou um alvo, cujas necessidades são transformadas em demandas mercantis.

Touraine (1994) ainda afirma que na sociedade contemporânea o consumo pessoal ocupa um lugar central, e uma parte crescente do orçamento doméstico é destinada à aquisição de bens e de serviços repletos de significado cultural: lazer, informação, educação, saúde, moda etc.

No entanto, é preciso observar que todo esse consumo capaz de gerar conforto e satisfação, traz também consigo custos que afetam o indivíduo em sua essência, além de custos sociais e ambientais.

No entendimento de Touraine (1994, p. 233):

[...] o que chamamos de sociedade de consumo não é um sistema técnico ou econômico, é a construção da realidade social segundo um modelo oposto ao do sujeito, que destrói este substituindo o sentido pelo sinal, a profundidade da vida psicológica pela superfície do objeto [...]. Somente o apelo ao sujeito permite reconstruir o que a sociedade de consumo decompõe. [...] Isso não leva a rejeitar de maneira hipócrita os bens de consumo que todos desejam, mas a tomar bastante distância com relação a eles para devolver ao indivíduo a consistência e a duração de um sujeito, enquanto que ele se dissolve na instantaneidade do consumo.

A esse efeito nefasto sobre o indivíduo, some-se também o resultado social da economia moderna – destacado por Guimarães (2001, p. 47), qual seja, ser uma produtora de profundas assimetrias sociais.

Citando Sachs (1994, p. 50): “a dualização das sociedades contemporâneas, com os fenômenos de exclusão social que a caracterizam é uma tendência universal, afetando não só o terceiro mundo, como também os Estados Unidos e outros países industrializados”.

Esses efeitos desastrosos da modernidade, por vezes, geram indagações e questionamentos na sociedade, a qual constantemente se vê diante das benesses e dos problemas trazidos pela modernidade e pelo progresso. Não há como se manter alheio ao fato de que a mesma modernidade que gera riqueza e consumo, também gera miséria, desigualdade social e degradação ambiental.

Interessante observar que os fundadores clássicos da sociologia, Durkheim, Marx e Weber, citados por Giddens (1991), previram que a era moderna seria turbulenta e traria consigo alguns custos degradantes para o trabalhador submetido à disciplina de um labor maçante e repetitivo. Porém, não atentaram para o fato de que o consumo também teria um grande potencial destrutivo em relação ao meio-ambiente.

Sobre a crise ecológica, Beck (1997, p. 67) coloca que:

A questão ecológica – a percepção do mundo no sistema coordenado do auto-risco ecológico-industrial – transformou a moralidade, a religião, o fundamentalismo, a desesperança, a tragédia, o suicídio e a morte – sempre interligados com o oposto, salvação ou esperança – em um drama universal.

A crise ecológica, conjugada à crise de valores existenciais, sociais e culturais, atualmente vivenciadas pela sociedade, leva o ser humano a repensar sua relação com a natureza e seu estilo de vida fortemente baseado no consumo.

De acordo com Guimarães (2001), ao se preocupar com o meio ambiente, a sociedade é obrigada a questionar profundamente a atual modernidade, o que leva ao surgimento de um novo paradigma de desenvolvimento.

Esse panorama de degradação ambiental decorrente dos atuais padrões de consumo envolve, além de custos sócio-ambientais observáveis, riscos não perceptíveis à grande parte da sociedade, caracterizando, assim, a chamada sociedade de risco, de Ulrich Beck (1997) – calcada na ideia de que os riscos são inerentes às novas práticas sociais e industriais.

Portanto, a modernidade, em todo o seu alcance, traz consigo riscos, incertezas e inseguranças no que tange às possíveis consequências do estilo de vida atual sobre a própria sociedade e sobre o meio ambiente.

Interessante ainda notar que a submissão aos riscos geralmente não decorre de uma decisão voluntária por parte das pessoas, mas sim de um imperativo de sobrevivência, haja vista que “o processo de construção, por parte da população, do que ela entende por “intolerável” e “arriscado” é constrangido pelas condições impostas pelos grandes detentores da capacidade de investir.” (GUIMARÃES, 2001, p. 137)

Sobre essa necessidade de sujeição aos riscos em prol de uma renda, o mesmo autor coloca que

[...] o capital aprisiona parcelas importantes da população local no interior dessa “alternativa” de aceitar a promessa de emprego e renda a qualquer custo, mesmo à custa da submissão a riscos ambientais e sociais acrescidos, ou não ter nenhuma fonte de renda apropriada. (GUIMARÃES, 2001, p. 137)

E na sociedade moderna não ter uma fonte de renda apropriada significa estar à margem do sistema, não só por questões de carência financeira, mas também por questões subjetivas e sociais. Pois há que se reconhecer que os valores capitalistas criam uma cultura que confunde a identidade pessoal e a profissional, fato evidenciado pelos indivíduos quando, ao falar sobre sua ocupação profissional, geralmente dizem “eu sou” (motorista, médico, pedreiro...).

Essa fusão do ego individual com a profissão exercida pelo sujeito tem uma implicação desastrosa nas situações de desemprego, pois nesses casos em que a pessoa não está ocupando um lugar na hierarquia capitalista, ela deixa de “ser”, por dois motivos: por ter seu potencial de consumo reduzido e por não ter uma ocupação que lhe defina.

Percebe-se, portanto, que viver essa modernidade limita as alternativas de escolha do indivíduo quanto ao estilo de vida, muitas vezes exigindo que ele se submeta a situações adversas para continuar fazendo parte do sistema capitalista e poder viver – ou sobreviver.

Some-se a essa opressão capitalista a necessidade atual dos indivíduos lidarem com as intensas descontinuidades entre os tipos tradicionais de ordem social e os modos de vida produzidos pela modernidade. As mudanças ocorridas nos últimos anos são várias, intensas e velozes, o que exige uma alta força adaptativa do indivíduo.

A socialização, antes restrita à proximidade física, hoje ganha múltiplas formas com todos os aparelhos criados pelo progresso tecnológico. A internet, as redes sociais, o celular e tantos outros meios modernos de comunicação introduzem novas formas de convivência social, permitindo que as pessoas se relacionem independentemente de sua distância espacial. Essa possibilidade traça novos contornos sociais e permite rearranjos relacionais até pouco tempo atrás inconcebíveis.

E ainda, esse desencaixe implica novas definições sociológicas sobre relacionamentos e até mesmo sobre a solidão no mundo moderno. As configurações familiares assumem formas impensáveis há décadas atrás. Os papéis sociais do homem e da mulher – anteriormente estabelecidos de forma clara e definida – ganham novos contornos.

Enfim, todo o conjunto acima traçado sobre descontinuidades e transições da era moderna cria uma realidade incerta, instável e, por vezes, ameaçadora, agindo como um facilitador psicossocial no processo de adoecimento. E, não desmerecendo, de forma alguma, o papel do componente genético na deflagração das doenças mentais, é preciso reconhecer que “o mundo em que vivemos hoje é um mundo carregado e perigoso” (GIDDENS, 1991, p. 19), muito propício ao adoecimento psíquico.

Confirmando a relação da modernidade com alguns tipos de doenças mentais, há a colocação de Figueiró e colaboradores (2005, p. 115): “as tensões da vida moderna desempenham um papel importante como causa de diversos níveis de comprometimento do organismo, de inúmeros transtornos mentais e conflitos sociais”.

Dada essa ligação entre o contexto sociocultural atual e o processo de saúde-doença, entende-se que as questões relativas à saúde mental demandam atenção no momento, conforme alertam Jardim e seus colaboradores (2009, p. 242):

Os sofrimentos psíquicos, por suas magnitudes e impactos, têm se constituído como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, implicando em sofrimento individual, familiar e social. [...] Frente a este contexto, são crescentes a preocupação e as discussões acerca dos saberes e fazeres em saúde mental [...].

Corroborando essa ideia de que a modernidade trouxe consigo, além do progresso e das grandes invenções tecnológicas, uma gama de transtornos – as conhecidas doenças da modernidade, Alves Brasil e colaboradores (2012, p. 10) colocam que:

Alvin Tofler teve uma visão futurística quando escreveu em 1970, sobre o “choque do futuro” que estaria por vir, decorrente do desenvolvimento tecnológico e das mudanças rápidas da humanidade. Haveria, segundo aquele autor, um choque de cultura tão grande que – representado pela imersão dos indivíduos em uma cultura –, devido à rapidez das mudanças, essa nova cultura parecer-lhes-ia estranha. Haveria, em decorrência desse estranhamento, uma neurose coletiva, uma violência desenfreada, com indivíduos incapazes de lidar com o meio ambiente a sua volta. De fato, tivemos um desenvolvimento tecnológico de dimensões inimagináveis, mas estamos a conviver com a irracionalidade do efeito estufa, catástrofes, recrudescimento de antigas doenças e o aparecimento de novas, como ocorre no campo dos transtornos mentais e psicossomáticos. Várias dessas doenças tem por trás a mudança de paradigmas sociais, representada por populações assoladas pelo medo de caminhar nas ruas, de ir ao trabalho, de levar os filhos à escola, o que acaba por aniquilar sua capacidade de enfrentamento. Em contrapartida, procura-se compreender esses novos fenômenos por entre os escombros do desenvolvimento.

Enfatizando o adoecimento como um processo resultante de múltiplos fatores e ressaltando a importância do estilo de vida e do meio sociocultural na deflagração da doença, Zurba e colaboradores (2011, p. 22 e 23) afirmam que:

Desde o surgimento da “medicina social” no século XVIII, a humanidade vem discutindo o fato de que as doenças e produções de sintomas não são

“unicausais”, ou seja: não existe uma causa única que produza a doença. As pessoas adoecem e morrem de acordo com o modo como vivem. Ou seja, as formas como a sociedade, as comunidades e as famílias se organizam são determinantes na produção e manutenção de sintomas.

Adamoli e Azevedo (2009, p.244) igualmente salientam a ligação entre estilo de vida e o processo de adoecimento quando afirmam que “a relação saúde/doença mental é um processo particular de expressão das condições e do estilo de vida de uma sociedade”.

Matos (2004), citando Argyle (1997), aponta a inter-relação entre a felicidade, o humor e a saúde, indicando um conjunto de fatores de ordem pessoal e social que influenciam a saúde – seja diretamente, seja pela influência sobre a felicidade e o humor. Estes fatores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral e a motivação com o trabalho, a classe social, a atividade física e o lazer. Por conseguinte, aspectos como a nutrição, o tabagismo, o consumo de álcool e drogas, a exclusão/isolamento social e o stress laboral ou escolar, a violência, estão na base da definição de um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde.

Igualmente ressaltando a ligação entre estilo de vida e saúde, Matos (2004, p. 454) afirma que:

Como comenta Ribeiro (1998) novos desafios multifacetados se colocam para a saúde/bem estar, incluindo entre outros: (1) aspectos de pressão social relacionados com o estilo de vida (somos pressionados a “ter”, a “parecer”, a esconder sentimentos; o pós-modernismo é sem dúvida um tempo de excesso, de abundância e de desperdício, em simultâneo com a privação noutras zonas do planeta) [...].

Sobre o surgimento de novas doenças mentais na contemporaneidade, Salles (2010, p. 55) coloca que:

Se, em 1952, o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-I) registrava 60 patologias de ordem psiquiátrica, 40 anos depois o DSM-IV-TR já listava 390 patologias. Verifica-se que a tendência é o homem adoecer cada vez mais, (...).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2.020, a depressão será a 2ª principal causa de incapacidade para o trabalho – prognóstico alarmante, tanto do ponto de vista da saúde pública, como do sistema previdenciário e financeiro, se considerados os altos custos com tratamento e afastamentos do

trabalho. Somem-se a isso os altíssimos custos subjetivos, emocionais, familiares e sociais agregados à doença.

A necessidade de legislação de saúde mental deriva de um entendimento cada vez maior do que representam os encargos pessoais, sociais e econômicos dos transtornos mentais numa escala mundial. Calcula-se que cerca de 340 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência. Os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro. (OMS, 2005, p. 01)

Nesse cenário, o Brasil também apresenta uma situação preocupante com relação às condições de saúde, pois, de acordo com a Organización Paramericana de La Salud (1990), além dos problemas típicos do subdesenvolvimento (desnutrição, doenças infecciosas, baixas coberturas das ações básicas de saúde), há também os problemas emergentes das sociedades mais desenvolvidas (acidentes, afecções perinatais, desajustes psicossociais, contaminação ambiental). Esta situação é resultante de fatores complexos, relacionados com a modalidade de desenvolvimento que está sendo promovida no país e que se caracteriza especialmente pela distribuição desigual de renda, pelo crescimento demográfico ainda elevado, pelo aumento da população urbana marginal, pelas grandes migrações do campo para as cidades. (BERCINI, 2009)

Dados do Ministério da Saúde, expostos pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (2012), evidenciam a gravidade da situação: 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 3% da população geral sofrem de transtornos mentais severos e persistentes.

De acordo com Adamoli e Azevedo (2009, p. 244),

[...] as estimativas iniciais indicam que, atualmente, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos ou, então, problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. [...]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo e esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos.

Realmente, um paradoxo difícil de entender: a mesma modernidade que gerou avanços espetaculares na medicina e permitiu a cura de muitas doenças e a erradicação de tantas outras, promove um estilo de vida potencialmente perigoso do ponto de vista da saúde.

1.2 SAÚDE: OS DESAFIOS DE CONCEITUAR UM PROCESSO COMPLEXO, DINÂMICO E MULTIDIMENSIONAL

No campo da saúde, entende-se que há 2 perspectivas prevalentes que influenciam na determinação de conceitos e no direcionamento das ações profissionais: o modelo biomédico e a concepção biopsicossociocultural.

Sobre essas abordagens, De Marco e colaboradores (2012, p. 313) esclarecem que:

Uma perspectiva corrente, ancorada, basicamente, no modelo biomédico, trabalha a partir de uma abordagem centrada na doença. Nessa perspectiva, adoecer é um evento que acomete o organismo, e a finalidade é tratar ou prevenir essas doenças. [...] Uma perspectiva alternativa visualiza o adoecer como um processo (perspectiva processual do adoecer), em que a doença é uma ocorrência que se instala a partir da confluência de uma série de fatores, em um horizonte de eventos, envolvendo as dimensões biológica, psicológica e social em interação dinâmica.

Assim, esses 2 modelos diferenciam-se com relação ao seu foco e à forma de abordar o processo saúde-doença. O modelo biomédico está focado na doença, entendendo-a como um evento isolado em que predominam questões de ordem biológica e física. Já o modelo biopsicossocial centra-se na saúde e encara o adoecimento como um processo em que confluem multifatores de ordem biológica, psíquica e sociocultural.

O modelo biomédico se apresenta como um conjunto de conceitos e práticas que aborda o processo saúde-doença predominantemente com base na Biologia, na Física e na Química, de maneira que pouco apreende as dimensões humanísticas (sociais, psicológicas, históricas etc) da pessoa em seu adoecimento e respectivo tratamento. (RIOS e SCHRAIBER, 2012)

Já a concepção biopsicossociocultural, de acordo com Alves Brasil e colaboradores (2012, p. XIV),

[...] fornece um conceito mais amplo de doença, sem confiná-la apenas aos seus aspectos biológicos. A doença passa a ser vista em todos os níveis de organização (biológica, psicológica e social) que se apresentam em constante interação, o que implica a valorização da pessoa do paciente em sua singularidade de indivíduo e globalidade biopsicossociocultural.

Por conseguinte, nota-se que as conceituações e formas de abordagens da saúde são, de alguma forma, influenciadas por essas 2 concepções prevalentes. E, embora haja um movimento contemporâneo de valorização da visão que compreende o indivíduo em sua dimensão biopsicossocial, constata-se que o modelo biomédico ainda predomina nas escolas médicas brasileiras (ALVES BRASIL e COLABORADORES, 2012), influenciando a cultura em geral.

1. 2.1 SAÚDE: DEFINIÇÕES E DISCUSSÕES

A ligação entre saúde e entorno sociocultural há muito é reconhecida, pois, ainda em 1948, a Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade.

A Carta de Ottawa – importante documento de referência resultante do processo de discussão e construção coletiva sobre conceitos fundamentais relacionados à Promoção da Saúde – também reconhece o caráter multidimensional da saúde ao afirmar que “fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Atualmente, as definições mais complexas levam em consideração aspectos subjetivos, históricos e culturais na determinação do que seja a saúde.

Nesse sentido:

[...] o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de

valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (SCLIAR, 2007, p. 30)

Sampaio (1998, p. 88) corrobora esse entendimento ao afirmar que “saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções”.

Portanto, a definição de saúde envolve inúmeras variáveis concernentes ao indivíduo e ao meio social em que ele está inserido, de modo que “a saúde é vista como produto da vida social, ou seja, de como as pessoas vivem e organizam suas vidas frente as suas condições sociais, tornando central a sua dimensão relacional, sócio-histórica e política.” (GONÇALVES, 2012. P. 1118)

No mesmo sentido:

As condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 44)

Igualmente ressaltando a importância de fatores socioculturais na determinação da saúde, a Carta de Ottawa (1986) indica que “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.

Sendo assim, entende-se que saúde é uma questão altamente complexa, pois sua definição abrange aspectos extremamente psíquicos – a exemplo do bem estar subjetivo – assim como também envolve elementos socioculturais relativos à educação, trabalho e meio ambiente.

Portanto, a saúde é muito mais do que um estado de bem estar físico, mental e social. É, antes de tudo, um processo resultante da interação constante entre o indivíduo e o meio social no qual ele está inserido, com todas as complexidades inerentes a essa dinâmica.

Nota-se, assim, que o reconhecimento da impossibilidade de uma conceituação estática de saúde até mesmo para fins científicos, gera desconforto e

estranheza, uma vez que a tradição científica exige conceitos claros e inequívocos com relação aos seus objetos de estudo.

Logo, abordar conceitos ligados ao bem estar subjetivo e social, sentimentos, psiquismo, paz, justiça e equidade para conceituar um objeto de pesquisa científica é desconfortável num primeiro momento, posto que, até bem pouco tempo atrás, aquilo que não podia ser observado, medido e verificado minuciosamente pela Ciência não era digno de ser um objeto de estudo.

Nesse sentido, Virginio (2006, p.90):

Ademais, a ciência moderna carrega consigo alguns predicados que conferem uma linha discernível e identificável. Dentre eles, merece destaque a afirmação de que tudo que existe no universo está sujeito e regido por leis naturais universais, que podem ser expostas a partir de enunciados simples e cuja descoberta e aperfeiçoamento decorrem da investigação empírica levada a cabo por especialistas, isto é, legitimada como saber válido a partir do pronunciamento de cientistas. Afirma ainda que a realidade é resultado de processos lineares que tendem sempre em direção ao equilíbrio no qual a natureza encarna o papel de objeto passivo, manipulável e controlável [...]. (Wallerstein, 2002). Este racionalismo, que tem seu fundamento básico na existência de leis universais e na Matemática (Santos, 1987; Nicolescu, 1999), não contempla, apesar de ainda hegemônico, tudo o que há de contingente, subjetivo e circunstancial em nossa existência.

Assim, menos rígida e mais disposta a reconhecer suas limitações, a Ciência timidamente vem admitindo a importância de questões que, embora altamente abstratas, tem implicações extremamente reais que justificam o seu estudo – a exemplo da saúde.

O mais adequado, portanto, seria conceituar a saúde como um processo, cuja dinamicidade é enfatizada pela Carta de Ottawa (1986):

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Se a expressão saúde já gera discussões frente à sua complexidade e interatividade com o meio sociocultural no qual o sujeito está inserido, a questão da saúde mental assume contornos por vezes ainda mais abstratos.

1.2.2 SAÚDE MENTAL

A abstração relativa à saúde mental é incômoda e, por vezes, desconcertante para quem se propõe a estudá-la mediante critérios reconhecidos como científicos, haja vista a impossibilidade de reduções e simplificações conceituais.

Muito provavelmente, a origem dessa dificuldade pode ser encontrada nos primórdios da estruturação cartesiana do conhecimento científico – aqui compreendido como aquele saber produzido de forma sistemática, de acordo com critérios previamente estabelecidos pela comunidade científica de uma determinada época e local.

Por longo tempo, a herança cartesiana relativa a uma visão dicotômica corporeamente condicionou saberes e fazeres no desenvolvimento da Ciência:

Descartes propõe, mediante suas concepções, uma separação absoluta entre fenômenos da natureza e fenômenos do espírito e, por consequência, uma separação radical entre corpo e mente. (...) O estudo da natureza e do corpo (*res extensa*) será imensamente facilitado, na medida em que são apartados da complexidade dos fenômenos psíquicos e submetidos ao enquadre mecanicista, cujo procedimento fundamental consiste em promover uma decomposição do complexo em partes mais simples. Por sua vez, o estudo dos estados psíquicos vivenciados (*res cogitans*) será abordado a partir de uma metodologia distinta, vindo a integrar o campo das chamadas ciências humanas, que, para muitos, permanecem excluídas do campo científico. Dessa forma, a psique, a alma, seria remetida ao cuidado religioso ou à especulação filosófica. (DE MARCO, 2012, p. 51)

Portanto, por séculos, as questões relativas ao psiquismo foram relegadas ao segundo plano, quando não excluídas do campo científico diante da impossibilidade de seu estudo sistemático, reducionista e uniforme.

Porém, o desenvolvimento da Ciência levou à constatação de que ainda há campos do conhecimento extremamente importantes do ponto de vista humano e social, mas que são altamente intangíveis e impassíveis de medição e simplificação.

Nesse sentido, Virgínio (2006, p. 90) afirma que: “não podemos aceitar que toda a multidimensionalidade e a complexidade da realidade obedeçam às fronteiras estipuladas pelo racionalismo cartesiano”.

Dessa forma, estabelecer a saúde mental como objeto de estudo demanda o reconhecimento de sua complexidade, multidimensionalidade e porosidade frente às demais áreas do conhecimento.

E mais, o estudo de um bem altamente abstrato como a saúde evidencia que, apesar de todo o conhecimento acumulado pela sociedade do século XXI, ainda há muitas lacunas na Ciência Moderna. Há fenômenos biopsicossociais cujos processos ainda não foram totalmente explicados, a exemplo da saúde psíquica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, não existe definição oficial de saúde mental, pois diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a saúde mental é conceituada.

Sendo assim, saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional e pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (aqui entendida como a capacidade do indivíduo para lidar com problemas e superar adversidades sem adoecer). E ainda, admite-se que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (2013) aponta algumas definições de saúde mental:

1. Saúde Mental é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem contudo perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. (Dr. Lorusso);
2. Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

E ainda, a Secretaria de Saúde (2013) também indica alguns itens identificados como critérios de saúde mental:

1. atitudes positivas em relação a si próprio;
2. crescimento, desenvolvimento e auto-realização;
3. integração e resposta emocional;
4. autonomia e autodeterminação;
5. percepção apurada da realidade;
6. domínio ambiental e competência social.

Assim, compreende-se que as especificidades da área de saúde mental inviabilizam a elaboração de um conceito simplista, uniforme e estático, sendo,

dessa forma, mais apropriado falar também em um processo de saúde mental, no qual variáveis psíquicas, biológicas, sociais e culturais se inter-relacionam e se influenciam reciprocamente.

Portanto, reconhecida a impossibilidade de um conceito único e completo, entende-se que a saúde mental está relacionada não só à cognição, às emoções e aos sentimentos do indivíduo, mas também à sua visão de mundo e ao modo como ele lida com os desafios cotidianos.

Dessa forma, saúde mental não está apenas ligada ao funcionamento adequado das funções mentais – a exemplo da memória, atenção, consciência e linguagem, mas envolve também aspectos socioculturais – relativos ao conjunto de crenças e ideologias individuais e aos constructos sociais vigentes em uma determinada sociedade. Logo, a saúde mental abrange a dimensão psíquica, biológica, social e cultural e sua influência é tão ampla que se reconhece que “não há saúde sem saúde mental”. (ALVES BRASIL e COLABORADORES, 2012, p. 268).

Sob essa ótica, a conceituação de saúde mental deve necessariamente considerar o indivíduo em sua integralidade, como ser biopsicossocial singular inserido em uma complexa realidade sócio-histórico, pois é sabido que, embora se refira a um estado psíquico, a saúde mental é altamente influenciada por dimensões socioculturais como renda, educação e saneamento básico e lazer – o que evidencia sua riqueza e multidimensionalidade.

Corroborando essa ideia, Amarante (2007, p. 16) coloca que:

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. [...] Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites.

Logo, sendo a saúde mental uma área multifacetada, ampla e complexa, entende-se que as ações voltadas ao seu cuidado não podem ser unidirecionais e simplórias. Pelo contrário, as políticas públicas a ela destinadas devem procurar abarcar toda a sua pluralidade.

1.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA

As representações sociais referem-se a um saber comum construído a partir da interação social e compartilhado por um determinado grupo ou comunidade. Esse saber fundamenta-se em um conjunto de ideias, crenças e valores que determinam condutas e comportamentos. Daí a importância do seu estudo quando se busca entender uma determinada realidade social, haja vista que a sua estruturação envolve, além do aspecto físico, todo um arcabouço imaterial composto pelas representações sociais.

1.3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria de representações sociais surgiu nos anos de 1960, a partir das pesquisas de Serge Moscovici, e possui três pilares básicos: a sociologia de Durkheim, o construtivismo de Piaget e as teorias de Freud.

De acordo com Moscovici (2003, p. 21), representação social é

[...] um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.

Sendo assim, a representação social é um modo de conhecimento, elaborado e compartilhado socialmente, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a uma comunidade social. Também conhecida como saber de senso comum ou saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento diferencia-se do conhecimento científico. Apesar disso, é vista como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, haja vista sua importância na vida

social e na apreensão dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001).

“Nesse sentido, a representação não é um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa o próprio indivíduo, revelando a existência de fenômenos coletivos.” (CAVALCANTI e COLABORADORES, 2006, p. 32)

Portanto, as representações sociais estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. É um conhecimento do "senso comum", socialmente construído e compartilhado, diferente do conhecimento científico, que é reificado e fundamentalmente cognitivo. (OLIVEIRA e COLABORADORES, 2006)

Ferreira e Brum (2000, p. 9) também salientam que

O solo das Representações Sociais é a interação social, espaço onde ocorrem as relações com os outros. Nessa concepção teórica acredita-se que a formação de ideias e atitudes ocorre sob a influência da interação social, das relações entre as pessoas e do senso comum. As Representações Sociais podem ser chamadas de “noções” sobre as coisas que se fazem e operam-se independente do indivíduo, no dia-a-dia.

A estreita ligação entre representações sociais e interação social é confirmada por Moscovici, cujo entendimento é no sentido de que não existe um indivíduo abstrato, portador de esquemas mentais e lógicos universais aplicáveis a qualquer situação, mas sim indivíduos localizados em diferentes grupos sociais concretos, nos quais compartilham, constroem e reafirmam representações sociais. (RÊSES, 2003, p. 196)

As representações sociais são geradas por meio de dois processos cognitivos: a ancoragem e a objetivação. De acordo com Moscovici (2003), é através desses processos que os indivíduos inserem em seus quadros de referência o “novo”, comparando-o e interpretando-o relativamente ao já conhecido, o que possibilita, por sua vez, reproduzi-lo e controlá-lo.

A ancoragem é um mecanismo que busca reduzir ideias estranhas a categorias e imagens comuns, inserindo-as em um contexto familiar. Conforme ensina Moscovici (2003, p. 61), a ancoragem “transforma algo perturbador, que nos intriga, em nosso sistema de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”.

Dessa forma, a ancoragem está relacionada com a incorporação de ideias, imagens e pensamentos novos às cognições já conhecidas, possibilitando o surgimento de novas representações sociais. Através desse processo cognitivo, os acontecimentos são assimilados e reinterpretados por meio de três condições: a atribuição – ao novo objeto – de um significado que se relacione com algum conceito já estabelecido; a instrumentalização do saber, por meio da qual o sujeito interpreta o conhecimento novo, dando-lhe uma nova forma e incorporando-o ao seu universo socialmente vivido; e o enraizamento, que consiste em uma espécie de organização estrutural do objeto novo ao sistema de pensamento do indivíduo. (MOSCOVICI, 2003)

Já a objetivação é o processo através do qual um conceito abstrato se transforma em algo concreto. Refere-se à “passagem de um ente imaginário para a realidade material, como, por exemplo, a passagem de um pensamento a um ato de comportamento manifesto.” (TEIXEIRA e ALGERI, 2011, p. 196)

A objetivação divide-se em três fases: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização. A primeira fase é uma construção seletiva derivada do contato do indivíduo com os conhecimentos científicos, os quais são apropriados e incorporados ao seu universo conceitual de acordo com suas interpretações. Na segunda fase é atribuído um significado e uma forma de organização a representação, vinculando-a a uma ideia básica. Por último, na terceira fase ocorre a atribuição de uma função à representação, qual seja, a capacidade de orientar condutas. (JODELET, 2001)

A teoria das representações sociais desdobra-se em três correntes complementares, quais sejam: a abordagem estrutural de Jean-Claude Abric; a abordagem societal de Willem Doise, e a abordagem culturalista de Denise Jodelet.

A abordagem estrutural trabalha com a teoria do núcleo central das representações. De acordo com essa concepção, as representações sociais são organizadas em um sistema duplo: central e periférico.

O sistema central – também chamado núcleo central – é identificado por meio das palavras que são primeiramente evocadas e que possuem alta frequência de evocação. Esse sistema é estável, consensual (define a homogeneidade do grupo); coerente e rígido (resiste às mudanças e é pouco sensível ao conteúdo imediato), apresentando estreita ligação com a memória coletiva e com as condições históricas, sociais e ideológicas de um determinado grupo.

Já o sistema periférico é identificado através das demais palavras evocadas, as quais apresentam variedade maior e uma frequência menor. Está ligado à heterogeneidade do grupo (tolera as contradições); é flexível (sensível ao conteúdo imediato) e evolutivo. As periferias do sistema são dinâmicas e adicionam informações novas que podem reforçar ou então alterar o núcleo central.

De acordo com Teixeira e Algeri (2011, p. 196):

O núcleo central de uma representação define, em certo sentido, uma base relativamente estável e coletivamente partilhada acerca de determinados aspectos da realidade. [...] Em torno do núcleo central organiza-se um sistema periférico, o qual permite integrar as experiências e as histórias individuais às grupais, comportando, portanto, a heterogeneidade e as idiosincrasias. É esse sistema periférico que possibilita a diferenciação do conteúdo de uma representação entre os diversos sujeitos, ao mesmo tempo em que facilita a adaptação de outra representação à realidade imediata.

Já a abordagem societal sistematiza o estudo quantitativo das Representações Sociais a partir de um modelo tridimensional ou das três fases.

De acordo com Almeida (2009), a primeira fase envolve a partilha de crenças comuns sobre um determinado objeto entre os diferentes sujeitos de uma comunidade, haja vista que as representações sociais são construídas por meio de relações de comunicação que implicam linguagem e referências comuns aos sujeitos envolvidos nessas trocas simbólicas. Assim, o estudo das representações nessa fase implica a identificação dos elementos dessa base comum e a compreensão de como eles se organizam.

Já a segunda fase está relacionada à natureza das diferenças e das heterogeneidades em relação a um objeto de representação específico. Nessa fase, busca-se a compreensão de como e porquê os sujeitos se diferenciam entre si nas relações que eles mantêm com esses objetos de representação, a partir da identificação dos princípios organizadores das variações individuais.

A terceira fase, por sua vez, fundamenta-se na concepção de que as Representações Sociais, além de expressarem um consenso entre os sujeitos, também se caracterizam por ancoragens das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas. Essas ancoragens se manifestam nas hierarquias de valores, nas percepções que os sujeitos constroem das relações entre grupos e categorias e nas experiências sociais compartilhadas, em função de sua pertença e posição.

De acordo com a abordagem societal, a análise do objeto deve considerar as experiências individuais (a fim de identificar os modos através dos quais os sujeitos organizam suas experiências com o meio ambiente); os processos interindividuais e situacionais localizados na raiz das dinâmicas sociais; os modos por meio dos quais as diferentes posições sociais ocupadas nas interações modulam os processos individuais e interindividuais; os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais dos sujeitos (ALMEIDA, 2009).

Na abordagem culturalista, o estudo das representações sociais é feito a partir de um enfoque histórico-cultural. Nessa proposta teórico-metodológica, objetiva-se apreender os discursos individuais e grupais que sustentam as representações; compreender os comportamentos e as práticas sociais que as expressam; analisar documentos e registros através dos quais comportamentos e práticas são institucionalizados; e examinar as diversas interpretações concedidas a esses comportamentos e práticas pelos mais variados meios de comunicação de massa (ALMEIDA, 2005).

Dessa forma, entende-se que Jodelet (2001) privilegia um enfoque histórico e cultural para a compreensão do simbólico, partindo da ideia de que uma representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto. Sobre esse saber prático, faz-se 3 perguntas.

A primeira é “Quem sabe e de onde sabe?”, cujas respostas estão relacionadas às condições de produção e circulação das representações sociais. Pesquisam-se as relações que a emergência e a difusão das representações sociais guardam com determinados elementos, como valores e modelos culturais; comunicação interindividual, institucional e de massa; contexto ideológico e histórico; inserção social dos sujeitos, em termos de sua posição e filiação grupal; dinâmica das instituições e dos grupos pertinentes. A segunda questão é “O que e como se sabe?”, que corresponde à pesquisa dos processos e estados das representações sociais. A pesquisa se ocupa dos suportes da representação (o discurso ou o comportamento dos sujeitos, documentos, práticas etc.), para daí inferir seu conteúdo e sua estrutura, assim como da análise dos processos de sua formação, de sua lógica própria e de sua eventual transformação. Já a terceira pergunta é “Sobre o que se sabe e com que efeito?”, o que enfatiza o estatuto epistemológico das representações sociais. Focalizam-se as relações que as representações guardam com a ciência e com o real, remetendo para a pesquisa das relações entre

o pensamento natural e o pensamento científico, da difusão dos conhecimentos e da transformação de um tipo de saber em outro, bem como das ligações entre a representação e o objeto representado, em termos de distorções, supressões e suplementações. (RÊSES, 2003)

Também de acordo com Jodelet (2009), os sujeitos devem ser concebidos não como indivíduos isolados, mas como atores sociais ativos, influenciados por diferentes aspectos da vida cotidiana, que se desenvolve em um contexto social de interação e de inscrição.

Esse conceito de inscrição abrange a participação em uma rede de interações por meio da comunicação social, e também a pertença social, que é definida em vários níveis: o nível do lugar na estrutura social e da posição nas relações sociais, o nível da inserção nos grupos sociais e culturais que definem a identidade, o do contexto da vida onde se desenvolvem as interações sociais, o do espaço social e público. (JODELET, 2009).

Segundo Jodelet (2009), as esferas de pertencimento abrangem a esfera da subjetividade, da intersubjetividade e da transubjetividade.

Na esfera da subjetividade, privilegiam-se os processos que operam no nível individual, destacando-se a diferenciação entre as representações elaboradas ativamente pelo sujeito e aquelas que são passivamente integradas por ele no contexto da vida cotidiana. A esfera subjetiva é importante por que permite o acesso aos significados atribuídos a um objeto pelos sujeitos (individuais ou coletivos), possibilitando a compreensão de como esses significados estão relacionados a sua sensibilidade, aos seus interesses, desejos, emoções e funcionamento cognitivo.

Já a esfera de intersubjetividade remete às situações que, em uma dada conjuntura, contribuem para o estabelecimento de representações elaboradas a partir da interação entre os sujeitos, apontando em particular as elaborações negociadas e estabelecidas em comum pela comunicação verbal direta. (JODELET, 2009)

Na esfera da transubjetividade, por sua vez, o foco está nos processos que abrangem tanto o nível subjetivo como o nível intersubjetivo, envolvendo tudo o que é comum aos indivíduos de um mesmo grupo social. Nessa esfera, enfatiza-se a importância dos repertórios que servem à construção das significações partilhadas, e também do espaço social e público no qual circulam as representações originárias

de diferentes fontes (meios de comunicação de massa, normas institucionalizadas, ideologias, religiões, dentre outras).

Sendo assim, o estudo das representações sociais consiste em um meio de conhecer a forma como um grupo específico constrói um conjunto de saberes, manifesta sua identidade e elabora códigos culturais que determinam as regras de uma comunidade, em um determinado momento histórico. (TEIXEIRA e ALGERI, 2011) Logo, as representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade que orienta e, de certa forma, determina comportamentos e condutas.

Gazzinelli (2005, p. 202) confirma esse entendimento:

[...] as representações são concebidas como estruturantes das práticas, e essas, por sua vez, determinadas pelo sistema de representações. As representações sociais assumidas, portanto, como um guia para as práticas, definindo o que é lícito ou inaceitável em determinado contexto social.

Por conta disso, a teoria das representações sociais tem sido utilizada como referencial para pesquisa em diversos campos do conhecimento, como saúde pública e educação.

1.3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

No campo da saúde pública, a importância dos estudos está no reconhecimento de que as ações e condutas, tanto dos profissionais de saúde como dos usuários desses serviços, são influenciadas por suas Representações Sociais.

Nesse sentido:

Reafirma-se que qualquer pessoa, incluindo os profissionais de saúde, está sempre reatualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas de um passado sempre presente, de acordo com os significados histórica e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e doença. (GAZZINELLI, 2005, p. 203)

Um dos primeiros estudos na área da saúde foi feito na França, em 1973, por Claudine Herzlich, que entrevistou 8.000 pessoas da classe média que viviam em

Paris e na região rural da Normandia, a fim de conhecer as significações leigas sobre a saúde e a doença.

Herzlich classificou os significados sobre saúde em 3 categorias. A primeira categoria envolvia pessoas que entendiam a saúde como sendo a ausência de doença. Para esse grupo, saúde significava uma espécie de silêncio corporal. Outro grupo compreendia a saúde como sendo uma reserva. Para estes, a saúde era vista como algo que podia ser possuído, um recurso ou um investimento, significando robustez ou força física e resistência a ataques externos, a estados de fadiga e de doença. Esse grupo abrangia pessoas que entendiam que sua reserva de saúde era herdada da família ou que era consequência de uma boa infância. Já o terceiro grupo compreendia a saúde como equilíbrio, referindo-se à noção bem-estar positivo ou bem-estar ao mais alto nível. Para essas pessoas, saúde significava um substrato de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal, relacionado a um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência. (ALBUQUERQUE e OLIVEIRA, 2002)

Também um exemplo clássico de estudo das Representações Sociais no campo da saúde é o trabalho de Jodelet, realizado em 1989, sobre as representações sociais da loucura, citado por Ferreira e Brum (2000, p. 12):

Este estudo foi realizado em uma colônia (Ainoy-le-château-França) com treze pequenas comunidades e com um grande hospital psiquiátrico que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa. (...) De modo resumido e, de certa forma, “reduzido” podemos dizer que os estudos das representações sociais da loucura buscaram apreender os mecanismos e processos pelos quais as famílias desta comunidade e os “doentes mentais” dão sentido ao objeto “loucura” e como articulam e reproduzem essas representações quotidianamente.

No Brasil, as pesquisas sobre representações ligadas ao campo da saúde tiveram início mais recente:

Os estudos que trabalham o conceito de representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil se intensificam nas duas últimas décadas, contribuindo, de forma expressiva, para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença [...]. (GAZZINELLI e COLABORADORES, 2005, p.203)

Santos e colaboradores (2005) realizaram um estudo sobre Representações Sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos,

numa clínica de hemodiálise em Aracaju, Sergipe. Nesse estudo, os autores confirmaram a importância das representações sociais na determinação de comportamentos e condutas de médicos e pacientes frente ao processo de adoecimento.

Na pesquisa acerca das representações sociais dos médicos sobre o processo saúde-doença, constatou-se que a ciência e a forma impessoal de lidar com a doença do indivíduo são as condições básicas para o estabelecimento da relação médico-paciente. Já as representações sociais dos pacientes sobre o processo de saúde-doença estão calcadas essencialmente em valores afetivos e no saber próprio ao sujeito. Logo, os autores da pesquisa constataram que, tanto as concepções saúde e doença, promoção de saúde, postura ante a doença e restauração da saúde, encontram-se em polos diferentes de entendimento, o que causa um distanciamento entre o que o profissional tem a oferecer e o que o paciente espera como resposta.

Os pesquisadores notaram que essa diferença de representações Sociais implica na postura do paciente em seu tratamento e manutenção de cuidados essenciais na sua patologia, podendo chegar a comprometer a ação do médico, como também de toda a equipe de saúde, por não conseguir adentrar na realidade da doença do indivíduo em si, mas somente percorrer os dados científicos que o identificam com uma patologia isolada dentro da normalidade estatística.

Concluíram, então, os autores que a principal característica a ser estabelecida na relação médico-paciente é a empatia – aqui considerada a capacidade de perceber uma situação tendo como parâmetro a ótica do outro, a partir do reconhecimento de que o sujeito não tem apenas uma dimensão biológica a ser tratada, mas também toda uma integridade enredada no estar doente. (SANTOS *ET AL*, 2005)

Outra pesquisa interessante foi realizada por Leão e Barros (2008) sobre as representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), localizado na cidade de São Carlos, São Paulo.

De acordo com as autoras, as representações sociais dos profissionais com relação ao transtorno mental são fundamentais para a mudança do modelo de atenção, uma vez que a concepção que se tem de um dado objeto determina a forma como se lida com ele.

As pesquisadoras constataram por meio dos discursos que alguns conceitos e afirmações em torno da doença mental estão de acordo com a proposição de um novo modelo de atenção; assim como são desveladas nas frases temáticas muitas concepções representativas do modo tradicional psiquiátrico.

Sendo assim, nota-se a convivência de diferentes visões de mundo acerca da doença e, conseqüentemente, dos meios de lidar com o indivíduo, que certamente se expressam na prática cotidiana do serviço. E ainda, a pesquisa evidenciou que o momento de transição dos paradigmas está refletido nos discursos por meio de compreensões das práticas representativas do modelo de atenção pautado no hospital psiquiátrico, juntamente com novas perspectivas de atenção baseadas no modo psicossocial. Logo, os CAPS, principais dispositivos de mudanças do modelo de atenção, enfrentam um momento de transição paradigmática, do paradigma dominante, o psiquiátrico, para o paradigma emergente, a saúde mental.

Por fim, concluem as pesquisadoras que a explicitação das ideologias presentes no serviço de saúde mental pode contribuir positivamente para a avaliação e posterior transformação dos discursos, e, posteriormente, da realidade em que estão inseridos os atores envolvidos no processo de inclusão social das pessoas com experiência do sofrimento psíquico. (LEÃO e BARROS, 2008)

Também na área da saúde, Pereira (2003) realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar representações sociais sobre a doença mental de famílias de pacientes psiquiátricos atendidos pelo NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) de Ribeirão Preto, São Paulo.

Os conceitos de doença mental foram classificados em 3 categorias: uma referente às representações organicistas da doença mental (cujo tema central é a noção de organicidade e a desconsideração da dimensão psicossocial); outra categoria relativa à hereditariedade e contexto (composta por sujeitos que têm histórico familiar de transtorno mental), e a terceira abrangendo as representações da doença mental em nível subjetivo (em que aparece a valorização da subjetividade da pessoa, assim como de sua dimensão social).

A autora constatou que a representação da doença mental entre os sujeitos estudados liga-se às angústias dos momentos vividos por cada um, enquanto experiências elaboradas e tecidas no contexto em que se passaram. Apesar disso, observa-se simultaneamente a internalização de ideologias ancoradas no saber oficial, que colocam a doença mental como fato imutável decorrente de fatores

orgânicos. Por outro lado, encontra-se também a ideia de doença mental como suscetibilidade humana a que todos estão sujeitos, admitindo a possibilidade de reversão parcial da situação vivida.

Conclui a pesquisadora que as concepções socialmente prevalentes sobre a doença mental determinam a trajetória do paciente e da sua família. Logo, um dos aspectos imprescindíveis no processo de mudança na assistência psiquiátrica é a desconstrução das representações sociais, uma vez que os conceitos da família sobre doença mental “pairam, circulam, cruzam-se e se cristalizam no cotidiano e influenciam a realidade” (PEREIRA, 2003, p. 74).

As pesquisas que acabamos de citar demonstram que a teoria das representações sociais é um campo fértil para os estudos relacionados com o processo saúde-doença, porque evidencia as complexas relações existentes entre fatores biológicos e sociais e também permite o conhecimento das relações existentes entre o senso comum e o saber oficial. (BERCINI, 2009)

Desse modo, entende-se que as ações e condutas que permeiam os serviços de saúde pública em um determinado local estão intimamente relacionadas ao conjunto de valores, ideias e crenças compartilhadas pelo grupo social.

Nesse sentido, Bercini e Tomanik (2009, p. 68):

Spink (1992) refletindo sobre a relevância, para a área da saúde, desse conceito teórico, afirma que são as representações – como forma de conhecimento prático – que orientam a ação. Se quisermos influenciar a ação precisamos antes compreender o que embasa a ação. Além disso, na atuação dos profissionais da área da saúde, esta perspectiva da construção social do conhecimento sobre saúde e doença pode trazer contribuições efetivas, diminuindo a distância social, possibilitando a compreensão da visão de mundo específica dos diversos grupos sociais e motivando os profissionais a buscarem formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do atendimento.

Confirmando a importância de se conhecer as representações que sustentam as ações profissionais na área da saúde, há a colocação de Leão e Barros (2008, p. 103):

As representações sociais dos profissionais com relação ao transtorno mental são relevantes para a mudança de modelo de atenção ao compreendermos que a concepção que temos de um dado objeto determina a maneira como lidamos com ele.

Daí a importância de se conhecer o sistema de representações sociais dos gestores e profissionais da área de saúde mental para uma compreensão mais ampla e completa das práticas de saúde pública efetuadas no município em estudo.

Assim, partindo da premissa de que o trabalho em Saúde Mental é ainda um desafio, [...] é importante analisar a prática institucional incluindo na discussão as questões políticas implicadas nessa prática, ou seja, o conjunto das representações, das práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde e da legislação elaborada pelos órgãos governamentais contido nas diretrizes adotadas por estes. (PREBIANCHI e FALLEIROS, 2011, p. 34)

Dessa forma, a análise das representações sociais, juntamente com o exame das políticas públicas vigentes e das ações desenvolvidas no município, possibilita um conhecimento mais aprofundado da realidade do serviço público de saúde local.

Quanto à identificação das representações sociais, ela é feita a partir de diversas formas de expressão comportamental, sendo a linguagem sua mediação privilegiada (MINAYO, 2008). Nesse sentido, Teixeira e Algeri (2011) afirmam que, embora não seja adequado estabelecer uma técnica padrão de pesquisa em representações sociais, entende-se que as técnicas focadas nas diversas formas de manifestação da linguagem ou do simbólico são as mais adequadas, senão as únicas possíveis.

De acordo com Leão e Barros (2008), a conduta dos profissionais e as ações realizadas refletem a ideologia – que não se desvincula da linguagem - presente no cotidiano dos serviços.

Portanto, a análise das representações sociais implica também o exame da linguagem e do discurso individual – meios que as pessoas utilizam para expressar suas ideias e vivências.

Nesse sentido,

O homem é um ser que, ao mesmo tempo, cria cultura e simboliza suas vivências, sendo capaz de expressá-las. A expressão dessas vivências é que constitui a representação social, que possui sempre elementos conscientes e inconscientes. Assim, não preciso, necessariamente, elaborar ou redefinir a idéia que tenho de mulher, de trabalho, de religião, de espaço, de tempo. Ela está presente e é histórica e socialmente construída (MINAYO, 1997, p. 31)

Sob essa ótica, o conhecimento das concepções de saúde mental compartilhadas por gestores e profissionais da área de saúde foi possível através da

análise de significados e vivências expressos através do discurso individual e apreendidos por meio do questionário aplicado.

Também de acordo com Minayo (1997), a ideia que uma pessoa tem sobre um objeto ou fato específico, embora contenha elementos gerais das ideias dominantes, possivelmente não será idêntica àquela que possuem os componentes da classe trabalhadora pobre – por exemplo, pois cada elemento da Representação Social é reinterpretado pelo grupo ao qual a pessoa pertence e pela vivência que se tem na sociedade. Da mesma forma, essa reinterpretação terá um viés cultural de gênero, de idade, de pertinência a determinado país, grupo étnico etc.

Assim, entende-se que as representações sociais, embora comunguem noções gerais das ideias dominantes, variam conforme a experiência social do indivíduo. Isso significa que elementos multifatoriais (idade, profissão, gênero, classe social etc.) fazem com que as representações sociais também conttenham ideias e crenças particularizadas.

E é dessa mistura de conteúdos sociais dominantes com elementos subjetivos particularizados que derivam as condutas e práticas profissionais. Logo, as representações sociais não são apenas constructos abstratos; são, principalmente, o arcabouço teórico e valorativo que sustenta as ações e comportamentos.

No campo da saúde pública, nota-se que as concepções sobre a saúde e doença influenciam decisivamente na determinação das ações e serviços que serão disponibilizados aos usuários, a exemplo do que já foi evidenciado nas pesquisas anteriormente citadas.

Assim, uma visão focada na doença possivelmente implicará em práticas curativas e políticas de tratamento, enquanto que uma concepção calcada na saúde provavelmente originará ações mais voltadas à prevenção de agravos e à promoção da saúde.

Nesse sentido,

Do ponto de vista mais geral, a representação social não é meramente uma opinião, a opinião a integra. A maneira como se constrói um hospital ou um centro de saúde, de certa forma, cristaliza uma representação social própria de saúde e doença. Num hospital em que a enfermagem de pediatria só possui espaço para a criança sozinha, desacompanhada da mãe, está-se expressando um tipo de concepção de saúde e doença que pode ser resolvida apenas por intervenções médicas. Ou seja, na concepção dominante, saúde e doença são algo organicamente localizado, a ser

tratado por meio de um medicamento, de uma cirurgia. Esse é o modelo biomédico dominante em nossa sociedade. (MINAYO, 1997, p. 32)

Por conseguinte, conhecer as representações dos profissionais e gestores do serviço público de saúde de Manfrinópolis significa ter acesso aos conteúdos internos que sustentam as práticas profissionais e que influenciam a forma como se dá a implementação local das políticas públicas federais e estaduais de saúde.

Ademais, o estudo das representações sociais sobre saúde mental significa reconhecer que todo serviço público envolve uma estruturação física (composta por de elementos objetivos e observáveis) e também um sustentáculo imaterial (formado pelas crenças e ideias compartilhadas pelo grupo), que se influenciam e se determinam reciprocamente.

Portanto, a pesquisa sobre políticas públicas e representações sociais proposta nesse trabalho baseou-se na análise de condições objetivas, subjetivas e intersubjetivas que, entrelaçadas, sustentam as práticas profissionais locais.

As condições objetivas referem-se às políticas públicas vigentes (nas esferas federal, estadual e municipal), à sistematização do sistema público de saúde, aos programas e ações executados no município e aos dados e registros referentes ao sistema de saúde local. Já o acesso às demais condições se deu por meio da pesquisa sobre representações sociais, cuja interpretação baseou-se na ideia de que os sujeitos devem ser concebidos não como indivíduos isolados, mas sim como atores sociais ativos, influenciados por múltiplas dimensões da vida cotidiana.

Sob essa ótica, as representações sociais sobre saúde mental apresentadas mais adiante estão intimamente relacionadas ao contexto social dos participantes. Por conta disso, durante o processo de análise dos resultados obtidos buscou-se levar em consideração as peculiaridades socioculturais do grupo estudado, assim como o contexto histórico no qual ele está inserido.

CAPÍTULO 2

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 METODOLOGIA

“As inquietações que nos levam ao desenvolvimento de uma pesquisa nascem no universo do cotidiano. O que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho.” (MINAYO, 1999, p. 64)

De fato, a presente pesquisa nasceu a partir de questionamentos oriundos da realidade de trabalho na área de saúde pública de um pequeno município da região Sudoeste do Paraná.

Então, a fim de se conhecer melhor as múltiplas e complexas dimensões da área de saúde mental no município de Manfrinópolis – PR realizou-se esse trabalho de abordagem qualitativa e com base em um estudo de campo, fundamentado na perspectiva da teoria das representações sociais.

O estudo de campo, nesse caso, é fundamental para o conhecimento da realidade em sua complexidade e para a construção de novos saberes.

De acordo com Minayo (1999, p. 51):

Em Ciências Sociais, tendo como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Também enfatizando a importância do estudo de caso para se conhecer um determinado problema ou situação, Gil (1999, p. 73) afirma que:

O estudo de caso é caracterizado por um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos.

No mesmo sentido, Lüdke (1986, p. 18 e 19) esclarece que:

[...] os estudos de caso visam à descoberta [...]. Buscam retratar a realidade de forma completa e profunda. O pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo. Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes.

E ainda, a pesquisa é do tipo qualitativa, uma vez que seu objeto é o estudo de uma realidade social, qual seja, a área de saúde mental, e essa abordagem facilita a compreensão dos fenômenos sociais a partir do ponto de vista dos sujeitos envolvidos e implicados na situação em estudo.

Esse tipo de pesquisa é o mais indicado para o presente trabalho por ser uma abordagem descritiva que envolve informações não quantificáveis e também por embasar-se na análise e interpretação de dados.

Em seu estudo envolvendo representações sociais, Leão e Barros (2008, p. 97) destacam a adequação da abordagem qualitativa:

Para tratar do objeto desse estudo – as representações sociais dos profissionais acerca das práticas de inclusão social - a abordagem mais adequada é a pesquisa qualitativa que deve ser entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições da situação tal como as pessoas nos apresentam. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos e que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais.

Richardson (2008, p. 79) também confirma a aplicabilidade desse tipo de pesquisa ao afirmar que “a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”.

Por fim, o presente trabalho de investigação da realidade fundamenta-se na ideia de que

[...] o diagnóstico de um problema social é muitíssimo mais complexo que o de um problema das ciências naturais. Os fenômenos humanos repousam sobre a multicausalidade, ou seja, sobre um encadeamento de fatores, de natureza e de peso variáveis, que se conjugam e interagem. (Laville e Dionne (1999), citados por (QUEIROZ, 2011, p. 144)

Nesse sentido, o trabalho buscou a apreensão dos significados, valores, crenças e atitudes dos participantes da pesquisa, para então compreender o

processo de construção das representações sociais ligadas à saúde mental, assim como conhecer as práticas profissionais sustentadas por essas representações.

Nesse sentido, Leão e Barros (2008, p. 102) colocam que:

De acordo com Minayo (1998, p. 176), as representações de saúde/doença “manifesta de forma específica as concepções de uma dada sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo”, que irá refletir na estruturação social.

Portanto, a presente pesquisa fundamenta-se na investigação qualitativa de uma realidade singular, na tentativa de conhecê-la a partir da consideração de sua multidimensionalidade.

2.2 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dada a impossibilidade de se trabalhar com a realidade em sua totalidade e também com todas as pessoas que fazem parte de um determinado fenômeno social, faz-se necessário delimitar um espaço e um grupo a ser estudado.

De acordo com Minayo (1999, p. 53), “concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Por conta disso, a pesquisa foi realizada com gestores municipais e servidores públicos do setor de saúde do município de Manfrinópolis, Paraná.

Os critérios para participação na pesquisa foram: ser gestor municipal em atuação; ser gestor da Secretaria Municipal de Saúde em atuação; ser profissional pertencente à equipe de saúde local ou prestar serviços ligados à área de saúde (a assistente social não faz parte do quadro de servidores da saúde, mas realiza trabalhos ligados à saúde, o que justifica sua participação); concordar em participar da pesquisa.

Com relação ao psiquiatra, é importante esclarecer que, embora a contratação desse profissional tenha sido mencionada por alguns participantes, na época da pesquisa ele ainda não estava trabalhando no município, o que inviabilizou

sua participação. Com relação ao pediatra, sua contratação também se deu recentemente, após a elaboração da pesquisa.

2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A fim de se alcançar o objetivo proposto, foram utilizados procedimentos de pesquisa documental, aplicação de questionários e observação.

A pesquisa documental teve como objeto as políticas públicas federais, estaduais e municipais, tendo sido realizada por meio do estudo de leis, portarias, resoluções, programas e ações existentes na saúde pública e direcionadas à saúde mental.

Esclarecendo a importância da pesquisa documental, Lüdke (1986, p. 38) afirma que “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Ainda de acordo com Lüdke (1986, p. 38), documentos “incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares”.

Já a investigação destinada a conhecer as representações sociais de saúde mental e as práticas de saúde pública efetuadas no município foi realizada com gestores e servidores da Secretaria Municipal de Saúde, a partir da aplicação de um questionário.

De acordo com Gil (1999, p. 128):

Pode se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número maior ou menor elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

O questionário continha as seguintes questões abertas:

- 1) Para você, o que é saúde mental?
- 2) Qual a importância da saúde mental na vida das pessoas?

- 3) Que políticas públicas na área de saúde mental você conhece?
- 4) Que serviços e atendimentos na área de saúde mental são ofertados no município?
- 5) Na área de saúde mental, quais serviços e/ou profissionais são referência no município?
- 6) Quando se identifica que um usuário necessita de atendimento na área de saúde mental, qual é o procedimento adotado?
- 7) Você já participou de algum tipo de curso ou capacitação voltado para a área de saúde mental? Em caso afirmativo, especifique.
- 8) O que poderia ser feito para melhorar os serviços de saúde mental no município?

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Tecnológica Federal do Paraná no dia 30 de janeiro de 2013 e, após a realização de alguns ajustes recomendados pelo Comitê, foi aprovado no dia 9 de maio de 2013.

No dia 13 de maio de 2013, iniciou-se a pesquisa com os gestores e profissionais da área de saúde do município de Manfrinópolis – PR, a partir da aplicação de um questionário contendo 08 perguntas relativas à saúde mental, políticas públicas e serviço local.

Os participantes foram orientados sobre a pesquisa e sua finalidade, assim como foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi-lhes explicado que a pesquisa não se tratava de uma avaliação de conhecimento, mas sim de uma forma conhecer ideias e crenças sobre saúde mental.

Os profissionais de menor escolaridade foram convidados a responder a pesquisa após a realização de uma reunião explicativa, haja vista a menor escolaridade e a possível necessidade de maiores esclarecimentos. Já os demais profissionais de saúde responderam às perguntas individualmente, pois se partiu do princípio de que o maior grau de instrução facilitaria a interpretação do instrumento de pesquisa.

Participaram da pesquisa 27 profissionais: o Prefeito Municipal, o Secretário Municipal de Saúde, a secretária do departamento de saúde, 2 médicos generalistas, 2 enfermeiras, 1 fonoaudióloga, 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutica, 2

odontólogos, 10 agentes comunitárias de saúde, 4 técnicas de enfermagem e 1 assistente social.

Considerando a escolaridade, a formação acadêmica é extremamente variada, havendo participantes com Ensino Fundamental incompleto e outros com curso de pós-graduação *lato e strictu sensu*.

Em relação à faixa etária, a idade dos profissionais varia de 20 a 60 anos.

Quanto ao tempo de atuação profissional, nota-se igual variação: existem profissionais que atuam há 30 anos na área da saúde, enquanto há outros que trabalham há pouco mais de 2 anos.

Com relação ao vínculo profissional com o município, 18 participantes são concursados, 08 são contratados e 1 exerce cargo eletivo.

Quanto ao local de moradia, 18 profissionais residem no próprio município, enquanto que 9 residem em outros dois municípios vizinhos.

A coleta de dados foi encerrada em 29 de maio de 2013.

Já a observação participativa refere-se às vivências da própria pesquisadora enquanto profissional atuante há 11 anos no município onde foi desenvolvida a pesquisa. Logo, muitas das informações relatadas nesse trabalho foram apreendidas da prática profissional e da observação realizada cotidianamente. Além disso, o fato do município ser pequeno e da pesquisadora atuar na área de saúde e assistência social facilitou o relato sobre o funcionamento do serviço local de saúde mental em suas interfaces com as demais secretarias municipais.

Cumprindo ainda mencionar que a observação foi feita de forma informal, estando os conteúdos observados descritos ao longo de todo o trabalho.

2.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos a partir do questionário foram interpretados de acordo com a abordagem culturalista das representações sociais, na tentativa de conceber a realidade a partir da investigação de suas multidimensões.

As respostas da pesquisa foram analisadas individualmente e, quando semelhantes, agrupadas em subcategorias. A análise das palavras e frases foi feita

a partir de uma contextualização relativa à ocupação profissional e à escolaridade. Dessa forma, buscou-se compreender o significado das respostas a partir da consideração de outros fatores que não apenas os gramaticais e literais.

Portanto, a apreciação dos conteúdos da pesquisa se deu em conjunto com o exame do contexto sociocultural, reconhecendo-se que as representações sobre saúde mental comportam elementos advindos tanto do senso comum, como do saber oficial, que se mesclam e se influenciam mutuamente. Procurou-se ainda evitar julgamentos valorativos, assim como a aferição de certo ou errado às respostas.

Em duas questões específicas – que investigavam o conceito de saúde mental e sua importância – fez-se um gráfico a fim de facilitar visualização dos dados obtidos.

Em todas as questões, buscou-se analisar os conteúdos a partir da sua confrontação com os elementos objetivos obtidos por meio de pesquisa documental e da observação participativa.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi conhecer as representações sociais sobre saúde mental enquanto fenômenos complexos, que apresentam diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc. (JODELET, 2001)

E ainda, todo o processo de análise e interpretação pautou-se na ideia de que o sujeito está inserido em um contexto cultural e em uma realidade sócio-histórica que influenciam a construção das representações sociais.

Nesse sentido, “as representações sociais são elaboradas a partir das vivências dos participantes de um grupo. Assim, elas só podem ser adequadamente compreendidas se forem consideradas em conjunto com as condições de vida do mesmo”. (BERCINI, 2009, p. 74)

Ademais, foi considerada ainda a possível relação entre a formação acadêmica, a experiência profissional e as representações sociais de cada participante, numa tentativa de apreender possíveis práticas profissionais derivadas desse conjunto.

Portanto, a pesquisa em tela buscou conhecer os significados acerca da saúde mental compartilhados pelo grupo, numa tentativa de traçar um panorama mais completo do serviço público e das práticas profissionais ali efetuadas.

Por conseguinte, o trabalho aqui apresentado parte da análise de condições subjetivas e intersubjetivas – no caso as representações sociais –, como uma forma de construir uma visão geral de uma dada realidade social – o sistema público de saúde mental de Manfrinópolis.

A importância do estudo dessa dimensão subjetiva e social para a compreensão da estruturação de um determinado serviço público de saúde fundamenta-se na ideia de que as representações sociais sustentam as práticas profissionais.

Sob essa ótica,

[...] conhecer as representações sociais compartilhadas pelos participantes de um grupo é uma forma de penetrar no mundo de significados elaborados por eles e de compreender este mundo a partir das perspectivas dos que o elaboram. (BERCINI, 2009, p. 67)

Logo, para um conhecimento mais completo da área de saúde mental de um serviço público específico, faz-se necessário analisar não só as estruturas objetivas (representadas pelas políticas públicas vigentes e pelas sistematizações do setor da saúde), mas também considerar os significados e conteúdos compartilhados socialmente pelos profissionais e gestores envolvidos.

Por fim, entende-se que, por mais detalhado que seja o estudo, a complexidade do real inviabiliza a apresentação de um resultado pronto e acabado, pois

[...] o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa. Esse posicionamento por nós partilhado se baseia no fato de que, em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias e elas podem ser superadas por outras afirmações futuras. (MINAYO, 1999, p. 79)

Têm-se, então, apenas apontamentos e possibilidades formulados a partir da observação e da apreensão de determinados conhecimentos acerca da singularidade ora estudada.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE E DISCUSSÕES

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE

Dada sua importância e multidimensionalidade, a saúde ocupa lugar de destaque na área de políticas públicas, de modo que, nas últimas décadas, têm sido constantes as discussões e os planejamentos por parte das instituições governamentais.

Já foram realizadas sete iniciativas multinacionais, sendo cinco de caráter internacional/global: Alma-Ata (1978), Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter subregional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993).

Esses eventos desempenharam um papel fundamental na discussão global sobre a saúde, pois evidenciaram sua multidimensionalidade, enfatizando a necessidade de uma abordagem pluridisciplinar e também estabelecendo estratégias sociais conjuntas.

Em 1978, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, realçou sua determinação social e econômica e também estabeleceu ações em saúde como metas sociais mundiais.

No ano de 1986, como resposta às crescentes expectativas mundiais por uma nova saúde pública, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. A Carta de Ottawa evidencia que a promoção da saúde envolve ações multidisciplinares ao reconhecer que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

No Brasil, também nos anos oitenta, teve início a Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento não foi apenas uma reforma setorial, mas serviu à democracia e à

consolidação da cidadania ao propor um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

De acordo, Zurba (2011, p.41 e 42):

A ausência de políticas públicas efetivas para a saúde foi fortemente criticada no Movimento da Reforma Sanitária, cujas proposições apontavam, basicamente, para a construção de uma nova política de saúde que fosse democrática e considerasse a descentralização, universalização e unificação como componentes imprescindíveis a saúde coletiva da população brasileira.

Por conseguinte, as proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e do Movimento da Reforma Sanitária juntamente com as diretrizes da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 promoveram profundas mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro.

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil elencou a saúde como um dos muitos direitos sociais do cidadão brasileiro em seu artigo 6º, contendo uma sessão exclusivamente dedicada à saúde, com destaque para o artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

De acordo com Zurba (2011), foi a partir da Constituição de 1988 – em especial do que dispõe o artigo 6º, que a saúde pública no Brasil “passou a ser reconhecida oficialmente como um direito de cidadania, garantida a todos os brasileiros”. Como consequência, em 1990 surge o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90. “Sendo sua concepção de caráter público, devendo ser um sistema integrador de promoção à saúde, prevenção de saúde, de tratamento e assistência à saúde, sob a responsabilidade das esferas do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990)”. (ZURBA, 2011, p. 42)

Portanto, a Constituição Federal estabelece que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e articulem ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. E, embora o texto constitucional não mencione

especificamente o termo saúde mental, entende-se que ele está contido na definição de saúde, haja vista a ênfase ao atendimento integral do indivíduo.

Intrinsecamente ligada à cidadania por ser um direito social, a importância da saúde ultrapassa a dimensão individual e lança seus efeitos sobre o desenvolvimento social como um todo, pois há que se reconhecer que:

[...] a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 45)

Sendo assim, é inegável a “importância social da saúde (com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população), que é um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social brasileiro (...).” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 39)

Portanto, a essencialidade da saúde para o bem-estar humano e também para o desenvolvimento social como um todo transforma a saúde em um direito fundamental a ser assegurado mediante políticas públicas, as quais são definidas como

um conjunto de ações coletivas geridas e implementadas pelo Estado, que devem estar voltadas para a garantia dos direitos sociais, norteando-se pelos princípios da impessoalidade, universalidade, economia e racionalidade e tendendo a dialogar com o sujeito cidadão. (CREPOP, 2007, p. 22)

De acordo com Queiroz (2011, p. 97),

as políticas públicas são, no estado democrático de direito, os meios que a administração pública dispõe para a defesa e a concretização dos direitos de liberdade e dos direitos sociais dos cidadãos, estabelecidos numa Constituição Nacional.

O mesmo autor (2011, p. 96) também esclarece que

uma política pública envolve conteúdos, instrumentos e aspectos institucionais. Os conteúdos são os objetivos expressos nas políticas públicas. Os instrumentos são os meios para se alcançar os objetivos enunciados e os aspectos institucionais dizem respeito aos procedimentos institucionais necessários, incluindo modificações nas próprias instituições. Pode envolver, além dos órgãos públicos, as entidades não governamentais e as empresas privadas.

E quanto ao modo de elaboração das políticas públicas, Ciconello (2011, p. 69) esclarece que, inicialmente, elaboram-se um diagnóstico da realidade e identifica-se uma problemática. A partir disso, constrói-se uma ação governamental, um programa específico, com previsão de orçamento, prazo e público-alvo.

Também salientando a ideia de que as políticas públicas destinam-se a construir soluções ou estratégias de enfrentamento para demandas sociais, há a colocação de Dimenstein (2011, p. 119), para quem

as políticas públicas são respostas a determinados problemas sociais. São formuladas a partir das demandas e tensões geradas na nossa sociedade. Logo, elas são estratégias de regulação de relações sociais. Essas estratégias se institucionalizam por meio de ações, de programas, de projetos, de regulamentações, de leis, de normas, que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais. Isso indica que as políticas públicas são criadas por que igualmente é criada uma demanda de proteção social.

Logo, a área de saúde parece estar passando por uma fase de transição de paradigmas, uma vez que os programas e ações da atualidade estão mais atentos ao caráter multidimensional do processo saúde-doença.

3.1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É função do Ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. (BRASIL, 2013)

O Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se como a principal política pública de saúde brasileira, pois ele abrange todas as ações de saúde – desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Na organização do SUS não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências distintas para cada uma das 3 esferas.

No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Sendo o SUS um sistema público e universal de saúde, é assegurado atendimento integral para todos os cidadãos, não sendo possível a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde. Portanto, o SUS está estruturado em 03 níveis: atenção básica, atenção de média e de alta complexidade.

A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde, que se orienta por todos os princípios do SUS, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Dessa forma, a atenção básica em saúde é tida como a base orientadora do sistema (sua porta de entrada preferencial). Porém, embora se fundamente na visão integral da assistência à saúde para a população localizada em seu território, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS.

Por conta disso, nos casos de média e alta complexidade, ocorre o encaminhamento dos pacientes para serviços de saúde localizados em outros municípios.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de

profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Como exemplo tem-se os procedimentos de terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia etc.

Já por alta complexidade entende-se o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, a exemplo de assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; entre outros.

Assim, tendo a integralidade como uma de suas diretrizes, o SUS desenvolve inúmeras ações e programas destinados a promover a saúde e a contemplar o indivíduo em sua totalidade.

No serviço de atenção básica, expressando políticas públicas voltadas à promoção e prevenção na área da saúde, há o programa Saúde da Família, criado em 1994, cujo objetivo é atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde centrado em hospitais.

Esse programa concebe a Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde de uma determinada comunidade (composta por um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada).

Portanto, a Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS.

E, visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, em 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar 09 diretrizes na atenção à saúde: a

interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Na área da saúde, há, portanto, políticas públicas voltadas a diferentes segmentos da população: crianças, idosos, mulheres, gestantes, portadores de doenças específicas. Existem ainda ações destinadas à prevenção de doenças, como as campanhas de vacinação; assim como existem ações de caráter educativo, que visam ao esclarecimento da população quanto a determinadas doenças, suas formas de tratamento e prevenção. Há também programas de distribuição de remédios e de facilitação do acesso a medicamentos essenciais por meio de preços reduzidos. Há ainda ações voltadas ao incentivo de atividades físicas como meio de promover saúde e qualidade de vida.

Enfim, entende-se que as políticas públicas na área de saúde manifestam-se por meio de ações e programas fundamentados nos princípios da integralidade, equidade e participação social, o que significa que a assistência pública e gratuita em saúde busca atender o indivíduo em sua totalidade, fornecendo auxílio não apenas nos casos de tratamento de doenças, mas também de prevenção e promoção da saúde.

3.1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Um dos princípios basilares das políticas públicas de saúde é o da integralidade, o que significa que o indivíduo deve ser assistido em sua totalidade, enquanto ser biopsicossocial. Sendo assim, o sistema público de saúde abrange também ações voltadas à saúde psíquica da população.

No Brasil, atualmente, as políticas públicas na área de saúde mental fundamentam-se na Lei 10.216/01, conforme esclarecimento do Ministério da Saúde (2013):

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Já em termos de políticas públicas estaduais, a diretriz exposta pela Secretaria Estadual de Saúde (2013) estabelece que a Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde): universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços; respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de Inclusão social e de habilitação da sociedade para conviver com a diferença e as Leis Federais: Lei nº 10.216 (2001), Lei nº 10.708 (2003) e Lei Estadual nº. 11.189 (1995), que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizam a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental.

A lei 10.216/01 – também conhecida como Lei Paulo Delgado – introduziu alterações no panorama da saúde pública, as quais são sintetizadas por Ballarin e colaboradores (2008, p. 511):

No campo da saúde mental, priorizou-se a constituição de uma rede de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional, com vistas à desinstitucionalização, à reabilitação psicossocial e ao resgate da cidadania de pessoas com transtornos mentais.

Também sobre a Reforma Psiquiátrica iniciada no país através da citada lei, Campos e Soares (2005, p. 221) afirmam que

a reforma psiquiátrica indica a criação de serviços de atenção, tais como Hospitais-dia, Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (Naps/Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (Lares Abrigados, Residências Terapêuticas, Pensões Protegidas), Centros de Convivência, e Cooperativas Sociais, além de outros dispositivos que facilitem a manutenção do portador de sofrimento psíquico na rede de assistência à saúde geral, evitando assim sua segregação e estigmatização, através dos serviços especializados e principalmente através da internação em hospital psiquiátrico.

Igualmente salientando as alterações institucionais promovidas pela referida lei e enfatizando as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Mental, Mângia e Muramoto (2006, p. 116) esclarecem que

A política de saúde mental no Brasil tem como eixos principais: a redução de leitos psiquiátricos, o maior controle sobre as internações, a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

É importante ressaltar que a lei 10.216/01 – tida como diretriz em termos de Política Nacional de Saúde Mental – visa não apenas a alterações institucionais, mas, principalmente, a uma mudança de paradigmas, calcada na transformação da forma de perceber e lidar com o transtorno mental, conforme nos ensina Silva (2007, p. 152):

A Reforma Psiquiátrica brasileira é tomada como um projeto de desinstitucionalização da loucura, secundariamente de desospitalização da assistência psiquiátrica, ou seja, enquanto algo que estimula uma ação sobre a sociedade normatizada e não tanto sobre o indivíduo louco. O projeto reformista, assim considerado, visa ao aumento da tolerância à diferença, o que facilitaria uma reinserção social do louco e concomitante multiplicação (e reinvenção) dos laços de parentesco, amizade e trabalho.

Também salientando as mudanças valorativas e culturais promovidas pela reforma psiquiátrica, Caçapava e colaboradores (2009, p. 449) afirmam:

A política nacional de saúde mental, no contexto das possibilidades e limites do SUS, reafirma os desafios, os conflitos e as tensões que marcam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, processo histórico compreendido como a transformação de práticas, saberes, valores sociais e culturais, através da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, a luta contra as desigualdades sociais e com os mecanismos de exclusão social (Brasil, 2002).

Portanto, a Lei 10.216/01 tem como objetivo remodelar completamente o serviço de assistência psiquiátrica no Brasil, promovendo a desospitalização e a reinserção social do doente. São diretrizes inovadoras que implicam em transformações do atendimento psiquiátrico e, principalmente, nos valores e entendimentos da sociedade, que precisa desenvolver um novo olhar sobre o doente mental.

Nesse contexto de desinstitucionalização, o CAPS aparece como um serviço substitutivo do hospital psiquiátrico, configurando o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, que incentiva o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, que oferecem atendimento diário. Dentre as suas funções, destacam-se: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes buscando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Existem cinco tipos de CAPS, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h).

O CAPS I refere-se a serviços para cidades de pequeno porte, que devem dar cobertura, durante o dia, para toda a clientela com transtornos mentais severos (adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

O CAPS II abrange serviços para cidades de médio porte, atendendo clientela adulta durante o dia.

O CAPS III engloba serviços 24h, geralmente disponíveis em grandes cidades, que atendem clientela adulta.

O CAPSi dispõe de serviços para crianças e adolescentes, funcionando durante o dia em cidades de médio porte.

CAPS AD oferece serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte. Funciona durante o dia.

Todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Cumprindo ainda mencionar que, embora a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) tenha revolucionado as políticas públicas ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, ela apresenta lacunas em termos de prevenção e promoção.

Uma análise do contexto atual da saúde mental no país – evidenciada pelo relatório da IV Conferência Saúde Mental-Intersetorial (2010) – também demonstra que as políticas vigentes atuam basicamente no tratamento das doenças e oferecem pouco em termos de prevenção de agravos e promoção de saúde psíquica.

Recentemente, entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012, “o Ministério da Saúde lançou dez portarias com novas regulamentações e orientações à Política Nacional de Saúde Mental, em especial, à atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas”. (CRP, 2012, p. 8)

A Portaria 3088/2011 trata sobre a Rede de Atenção Psicossocial, estabelecendo a atenção residencial de caráter provisório por meio de Comunidades Terapêuticas e Unidades de Acolhimento. Essa portaria dispõe que o tempo máximo de permanência nas comunidades terapêuticas é de nove meses, que a internação hospitalar deve ser de curta ou curtíssima duração e que o acolhimento noturno no CAPS não deve ultrapassar o máximo de 14 noites/mês.

A portaria 121/2012 institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e outras drogas, nas modalidades Adulto e Infanto-Juvenil, com caráter residencial transitório e funcionamento ininterrupto.

Já a portaria 122 de 2012 define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, que oferecem atendimento psicossocial, tratamento odontológico e de clínico geral. Essas equipes multiprofissionais tem por objetivo lidar com os diferentes problemas e necessidades

de saúde da população em situação de rua e também realizar busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

A portaria 130/2012 redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, o qual é destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

A portaria 131 de 2012, por sua vez, institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

A portaria 132/2012 institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se constitui de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Por conseguinte, nota-se que as políticas públicas na área de saúde mental têm por objetivo promover a desinstitucionalização psiquiátrica, a reinserção social e a garantia da cidadania dos doentes mentais, abandonando definitivamente o modelo hospitalocêntrico. Para tal, tem sido instituídos serviços de atendimento psicossocial de caráter ambulatorial, temporário e com funcionamento ininterrupto.

Igualmente enfatizando as novas políticas de desospitalização, tem-se o Programa de Volta para Casa, do Ministério da Saúde, o qual propõe a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais e egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que também prevê o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Desse modo, a análise do contexto atual na área de saúde mental demonstra que as iniciativas do setor público para fazer frente à demanda por atendimento psicossocial tem se multiplicado e assumido formas pluridisciplinares, numa clara tentativa de abordar o processo doença em toda a sua complexidade.

Porém, é importante salientar que, de forma alguma desmerecendo a importância de políticas voltadas para o tratamento dos transtornos psíquicos e para a desinstitucionalização psiquiátrica, a realidade atual mostra que também é preciso

que o poder público reavalie as concepções tradicionais no campo da saúde mental e se volte para novas possibilidades de enfrentamento às doenças mentais, baseadas em ações de prevenção e promoção de saúde.

Salientando a necessidade de políticas públicas baseadas em ações e programas inovadores capazes de responder satisfatoriamente à demanda ora apresentada na área de saúde mental, Mângia e Muramoto (2006, p. 117) esclarecem:

Reconhecer e definir projetos alternativos no campo da saúde mental se coloca, então, como o grande desafio das últimas décadas, as lentas mudanças no campo formativo não têm acompanhado, nem tampouco respondido adequadamente, aos desafios cotidianos enfrentados pelos novos serviços de saúde mental.

Dessa forma, quando se pensa em saúde mental, há que se atentar para a ideia de que as políticas públicas não podem se restringir apenas ao tratamento das doenças psíquicas, mas devem também priorizar a prevenção de agravos e a promoção de saúde mental.

Isso significa que as ações e programas precisam também criar novas formas de enfrentamento que possibilitem às pessoas lidar com toda a complexidade da vida contemporânea sem adoecer.

De acordo com Rocha (2007, p. 90), “em se tratando de saúde mental, a questão da prevenção é extremamente complexa. Não há uma “vacina” que garanta imunidade aos transtornos mentais”.

Essa característica específica – e óbvia – de que não se previne doenças psíquicas e nem se promove saúde mental por meio de ações pontuais ou campanhas de vacinação deve nortear as diretrizes públicas. Ao contrário de tantas doenças, que se previnem ou que foram até mesmo erradicadas através de campanhas sanitárias, o campo da saúde mental é extremamente complexo, exigindo investimentos multidisciplinares e de longo prazo.

Diante desse fato, é inegável a importância de políticas públicas de prevenção e promoção voltadas à saúde mental. E, dada a complexidade e multidimensionalidade dessa área, as ações e programas devem fundamentar-se em uma visão holística do indivíduo – enquanto ser biopsiossocial – e num conceito de saúde como processo e não apenas como ausência de doença.

“O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo”. (AMARANTE, 2007, p. 63)

O mesmo autor (2007, p. 65) também afirma que

[...] ao elaborar uma intervenção, um programa de saúde para uma comunidade, uma ação social ou política qualquer, os atores responsáveis pela implementação dessas ações e/ou programas sabem que devem contemplar um conjunto de aspectos que, embora alheios à ciência, interferem na formulação de suas estratégias. São aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética. Estes aspectos são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais...

Também ressaltando a importância de ações intersetoriais e expressando a necessidade de uma reformulação no modelo vigente de saúde pública, Finkelman (2002, p. 302) afirma que:

As autoridades sanitárias devem ter a capacidade de estimular e trabalhar pela promoção da saúde, incentivando condutas e ambientes saudáveis, trabalhando por uma nova cultura da saúde baseada na promoção de fatores protetores de riscos individuais e coletivos acessíveis a todos os cidadãos. Estas ações requererão, no mínimo, uma estreita aliança intersetorial com agentes governamentais e não-governamentais e instituições acadêmicas, a promoção e avaliação de políticas públicas em saúde e a reorientação dos serviços com enfoques de promoção da saúde.

Mayer (2011, p. 162) evidencia a necessidade de um novo olhar sobre a saúde mental ao afirmar que “a saúde mental, que tinha o cuidado exclusivamente no hospital, desde a reforma psiquiátrica vem entendendo saúde como subjetividade e relações, portanto ela está em todos os lugares, em todos os espaços e não em um serviço de saúde mental”.

A Organização Mundial de Saúde (2005, p. 9) confirma esse entendimento ao afirmar que as questões relativas à saúde mental podem ser incorporadas à legislação de saúde geral, emprego, habitação ou justiça criminal.

“Portanto, a estratégia de promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais: as ações do Estado em suas políticas intersetoriais, da sociedade civil e do sistema de saúde propriamente dito.” (FINKELMAN, 2002, p. 289)

A necessidade de estratégias alternativas ao tratamento também é evidenciada por Mângia e Muramoto (2006), quando afirmam que o processo da reforma psiquiátrica passa por um momento importante de estruturação e consolidação, o qual exige respostas inovadoras e criativas de seus dirigentes, a fim de que a nova Política de Saúde Mental possa romper com a cultura manicomial.

Sintetizando as ideias expostas, Oliveira (2006, p. 9) ressalta:

É neste sentido que não basta abrir Centros de Atenção Psicossocial (Caps). São necessárias muitas outras estratégias e dispositivos. É preciso criar residências para usuários, onde as pessoas que não tem mais famílias, ou que, por uma série de razões não podem morar com elas, possam organizar as suas vidas e os seus projetos; é preciso criar centros de convivência, onde as pessoas possam experimentar trocas sociais, elaborar e realizar sonhos e projetos em conjunto [...]; é preciso criar clubes com a participação dos usuários, dos técnicos e familiares; e, da mesma forma, criar cooperativas de trabalho e projetos de geração de renda; criar times de futebol, bandas de música, grupos de teatro, associações, enfim, há um grande número de possibilidades a serem descobertas [...].

Portanto, nota-se a evidente necessidade de novos rumos na área de saúde mental, que valorizem a subjetividade e a socialização, pois, embora as políticas de tratamento sejam indispensáveis, o poder público precisa também idealizar novas diretrizes em termos de prevenção e promoção, partindo do princípio de que o processo de geração de saúde mental é complexo, lento e continuado.

Nesse sentido, Gonçalves (2008, p. 34) coloca que “um trabalho de saúde mental na comunidade, visando à promoção, prevenção e o tratamento dos casos de doença mental grave, precisa apoiar-se num conjunto de ações que visem o melhoramento ou a manutenção da saúde da população”.

Caçapava e colaboradores (2009, p. 449) salientam que a promoção de saúde mental é um processo complexo e multidisciplinar, envolvendo políticas que extrapolam, e muito, a área da saúde pública:

[...] a promoção da saúde é uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença no país, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, fome etc., e, segundo a inspiração das estratégias propostas pela Carta de Ottawa, potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo as escolhas da população [...].

Igualmente ressaltando a multidimensionalidade das políticas de promoção de saúde, Finkelman (2002, p. 288) esclarece:

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá, ficou mundialmente conhecida pela Carta de Ottawa. Esta Carta definiu a visão e o conceito de promoção da saúde. Saúde é conceituada não como o objetivo da existência humana, mas, sim, como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorarem sua situação sanitária e exercerem maior controle sobre sua saúde. São considerados condições e requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade.

No que tange a políticas públicas específicas ligadas à moradia, saneamento, saúde, educação, lazer, é importante salientar que, embora essas ações pontuais sejam indispensáveis, elas ainda são insuficientes para abarcar a saúde em toda a sua complexidade.

É necessário, acima de tudo, reconhecer a força dos determinantes sociais, econômicos e culturais sobre o processo saúde. A partir desse reconhecimento, urge repensar o modelo atual de desenvolvimento econômico e a sua estreita ligação com o aprofundamento das desigualdades sociais, as quais, por sua vez, trazem consigo uma série de consequências danosas e, dentre elas, o adoecimento.

Sachs (1999, p. 51) nos alerta para o fato de que os índices de crescimento econômico são medidos basicamente em termos materiais e financeiros, menosprezando-se o fator do bem-estar humano:

Para Tinbergen e Huetting (1991: 52), os preços de mercado e os indicadores econômicos baseados nesses preços, como a renda nacional e as análises custo-benefício, remetem à sociedade sinais enganosos na medida em que o mercado não é sensível a todos esses fatores que contribuem ao bem-estar (ou à infelicidade humana). Novos sistemas de contabilização são necessários [...].

Diante dessa conjuntura, Sachs (1999, p. 56) enfatiza a necessidade de mudanças de estilo de vida, de modos de consumo e de funções de produção. Porém, reconhece a dificuldade da tarefa de “modificar hábitos profundamente arraigados e a visão de uma “vida melhor” identificada cada vez mais a uma sociedade de consumo, reduzindo os privilégios de uma minoria rica e redistribuindo progressivamente as rendas e as riquezas para a maioria deserdada”.

Surge, então, a necessidade de uma nova concepção de desenvolvimento, desvinculada do hiperconsumo e atenta a dimensões imateriais, a exemplo da que nos é dada por Guimarães (2001, p. 56):

Para que o desenvolvimento exista são necessárias, mais do que a simples acumulação de bens e serviços, mudanças *qualitativas na qualidade* de vida e felicidade das pessoas, aspectos que, mais que as dimensões mercantis transacionadas no mercado, incluem dimensões sociais, culturais, estéticas e de satisfação de necessidades materiais e espirituais. (grifo do autor)

Portanto, pensar em promoção de saúde mental envolve estratégias que extrapolam – e muito – o campo das ações políticas pontuais e se voltam à necessidade de uma revisão de paradigmas sobre o que é, de fato, desenvolvimento. É preciso reavaliar os valores sociais vigentes, pois eles influenciam o indivíduo em sua forma de ser e estar no mundo.

A importância de tal revisão paradigmática se dá diante do reconhecimento da relação entre saúde mental e concepções socioculturais:

Parte-se do pressuposto de que intervenções promotoras de Saúde Mental [...] precisam incidir não só sobre o sujeito, mas também sobre sua rede de laços intersubjetivos e sobre o imaginário social, que envolvem e condicionam suas experiências. É preciso, como explica Bezerra Júnior (2007), pôr em questão a forma de inserção do sujeito no mundo e também o próprio mundo que ele constrói para si e habita. (CARNEIRO, 2010, p. 465)

Evidenciando expressamente a ligação entre saúde e contexto social, Carneiro (2010, p. 463) esclarece: “Aumentar a qualidade da saúde dos indivíduos e da população implica a não aceitação passiva de uma realidade que produz doença [...]”.

Sendo assim, a promoção de saúde envolve políticas públicas específicas relacionadas à renda, lazer, habitação, educação, saneamento; assim como envolve também a necessidade de questionamentos paradigmáticos – esses possíveis somente aos indivíduos que assumem sua condição de protagonistas sociais.

Nesse sentido, e partindo da ideia de que “a imagem da sociedade moderna é a de uma sociedade sem atores” (TOURAINÉ, 1994, p. 216), tornam-se imprescindíveis as ações públicas específicas e contínuas calcadas na concepção da educação como um processo gerador de empoderamento.

Nesse contexto, promover o empoderamento significa “contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão”. (CARVALHO, 2004)

Portanto, em termos de saúde, o empoderamento é entendido como um processo destinado a transformar o indivíduo em protagonista social, capaz de ações autônomas favoráveis à própria saúde e de questionamentos acerca da realidade na qual está inserido, estando apto a promover alterações em seu entorno social.

Evidenciando a importância de estratégias destinadas a fomentar o protagonismo social como uma das formas de promover saúde mental, Finkelman (2002, p. 289) afirma:

As estratégias para promover a saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais, de forma a promover possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento.

Logo, percebe-se que a promoção de saúde está intimamente relacionada ao empoderamento da população, no sentido de torná-la apta a escolhas favoráveis à sua saúde a partir de todo um processo de transmissão de conhecimento.

Compartilhando desse entendimento, Matos (2004) coloca que a promoção da saúde é um processo cujo objetivo é conceder às pessoas informações e conhecimentos sobre suas capacidades pessoais (genéticas, físicas e psíquicas) que lhes permitam rentabilizar o seu capital próprio numa perspectiva de aumentar o seu controle sobre os determinantes da sua saúde, melhorando, assim, sua saúde e sua qualidade de vida.

Também reforçando a ideia de que uma das tantas estratégias de prevenção e promoção na área de saúde mental seria a educação voltada ao empoderamento, destaca Carneiro (2010, p. 465):

[...] entendendo a educação como uma ação social intencional, através da qual se promovem as aprendizagens que contribuirão para a realização de um determinado projeto de sociedade, propõe-se aqui a educação popular em saúde como estratégia potencializadora a fim de fazer pensar, problematizar e construir novas práticas sobre o tema da Saúde Mental. Isso porque, de acordo com Vasconcelos (2004), a educação popular busca

trabalhar os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, promovendo assim o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É, portanto, uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Igualmente enfatizando a possibilidade de um trabalho de prevenção e de promoção de saúde alicerçado no processo educativo, Figueiró e colaboradores (2005, p. 120) colocam que

Os ingredientes do stress e da má saúde mental são uma combinação dos eventos da vida com a incapacidade de lidar com as exigências. A maior parte das pessoas que sofre de stress ou tem problemas emocionais não está doente do ponto de vista da medicina. O que acontece é que essas pessoas incorporaram padrões de comportamento autodestrutivo e estratégias vitais ineficazes. Da mesma maneira que aprendemos a pensar e agir de modo a provocar stress, podemos reeducar-nos a aprender novos comportamentos e modos de pensar. Certas maneiras de pensar e agir levam a uma boa saúde mental e à realização pessoal, da mesma forma que outras predisõem ao stress e à infelicidade.

Sendo assim, é imprescindível a adoção de novos caminhos na área da saúde pública, principalmente no sentido de promover uma educação para a saúde mental, capacitando o indivíduo a lidar com todas as pressões e complexidades de era moderna sem adoecer psiquicamente.

Para tal, é preciso investir na implementação de ações já idealizadas por algumas diretrizes públicas, a exemplo da Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96, a qual estabelece o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e ressalta e atenção integral à saúde. De acordo com essa norma, uma das possíveis atuações estratégicas na área da saúde tem como base a comunicação social e a educação em saúde.

Também já existe uma diretriz pública geral voltada à promoção de saúde por meio da melhoria da qualidade de vida da população, conforme ensinam Moretti e colaboradores (2009, p. 349):

Embasado em diversos documentos nacionais e nas seguintes diretrizes: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade, o Ministério da Saúde brasileiro divulga, em 2006, uma Política Nacional de Promoção da Saúde com o intuito de organizar, facilitar o planejamento, realização, análise e avaliação do trabalho em saúde. O objetivo é *"promover a qualidade de vida e reduzir*

vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais" e prevê o desenvolvimento de ações ligadas às seguintes áreas: alimentação saudável, prática corporal/ atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

Sobre qualidade de vida, Minayo e colaboradores (2000, p. 15) esclarecem que

[...] o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de *promoção da saúde* seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, *qualidade de vida em saúde* coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los.

Portanto, políticas públicas destinadas a promover qualidade de vida devem necessariamente considerar a multidimensionalidade da existência humana, que se expressa na interação dinâmica entre o subjetivo e o social.

Nesse contexto, a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde implica a compreensão da complexidade relativa ao processo saúde-doença, identificando situações de fragilidade social e fatores prejudiciais à saúde, a fim de propor soluções capazes de minimizar ou extinguir essas situações e fatores potencialmente ameaçadores.

Embora não seja um programa específico da área de saúde mental, o Programa Saúde da Família (PSF) – cujo objetivo é atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, a cultura hospitalocêntrica – desenvolve um papel importante na área de saúde mental, pois funciona como a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde. Logo, o PSF é responsável pelo atendimento inicial em casos de transtorno mental e também por ações e estratégias de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Atuando de forma complementar ao PSF, há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse programa é constituído por equipes multiprofissionais e divide-se em 09 áreas estratégicas, sendo uma delas a área de saúde mental.

Recentemente, também foi lançado o Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, que tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Ao facilitar a prática de exercícios físicos, as políticas públicas diretivas desse programa confirmam a atenção integral à saúde e promovem melhorias na qualidade de vida das pessoas, o que, ainda que indiretamente, é um dos tantos modos de se atuar na promoção de saúde.

Portanto, a existência de diretrizes legais que incentivam ações de saúde voltadas à melhoria da qualidade de vida e calcadas em estratégias de educação evidencia a possibilidade de novas direções no sistema de saúde, tradicionalmente marcado pelo foco na doença e no tratamento.

Uma nova visão voltada para a saúde, para o atendimento integral do indivíduo e para ações de prevenção e promoção começa a se desenhar.

Nessa nova cultura, o processo educativo é extremamente apropriado, haja vista que a complexidade da saúde mental requer ações contínuas de informação e esclarecimento, que propiciem aos indivíduos o aprendizado sobre fatores protetores e fomentadores de saúde psíquica. A forma como se estruturará esse processo de educação em saúde ainda está em aberto. As possibilidades são muitas. E os resultados, promissores.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM MANFRINÓPOLIS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Nesta parte do trabalho são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, obtidos por meio do levantamento de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde e da investigação realizada através do questionário aplicado aos gestores e profissionais da área de saúde.

A partir dos dados colhidos, traçou-se um panorama geral do sistema público de saúde local e fez-se uma análise das relações existentes entre as Representações Sociais sobre saúde mental dos profissionais e gestores da área de saúde, suas práticas profissionais e as políticas públicas implementadas no município.

3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM MANFRINÓPOLIS E O ACESSO DOS USUÁRIOS

O serviço público de saúde local está organizado de acordo com as diretrizes das Políticas Públicas federais e estaduais de saúde, integrando o SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o município é o principal responsável pela saúde pública de sua população, de modo que o gestor municipal responde pela plena gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

O sistema público de saúde funciona de forma referenciada: quando o sistema local do SUS não dispõe do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece esse serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde podem ser pactuados entre municípios.

No caso de Manfrinópolis, os atendimentos locais em saúde restringem-se à atenção básica, de modo que as demandas de média e alta complexidade são atendidas em outros municípios.

No território do município, o atendimento em saúde é ofertado em 4 unidades, sendo: 1 Unidade Básica de Saúde (UBS) e 1 Centro de Saúde localizados na sede do município, e outras 2 UBS situadas em comunidades do interior (Barra Grande e Santa Terezinha). O município conta também com 2 equipes de PSF.

Nas unidades básicas são realizados procedimentos básicos, consultas, atendimento odontológico e psicológico, vacinas, exames ginecológicos, reuniões de orientação a portadores de doenças específicas (hipertensos, diabéticos, portadores de transtornos mentais), distribuição de remédios de uso contínuo e atendimento pré-natal.

Já no Centro de Saúde são ofertados os serviços de fisioterapia, psiquiatria, fonoaudiologia, pediatria, odontologia, psicologia, ginecologia e obstetrícia.

A equipe de saúde do município é gerida por 1 Secretário Municipal e é formada por 2 médicos generalistas, 1 psiquiatra, 2 enfermeiras, 1 fonoaudióloga, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga, 2 odontólogos, 10 agentes comunitárias de saúde, 5 técnicas de enfermagem, 3 auxiliares odontológicos, 1 secretária, 3 zeladoras e 5 motoristas.

Nas demandas de média e alta complexidade, ocorre o encaminhamento para o Centro Regional de Especialidades (CRE) – estrutura resultante de uma espécie de consórcio intermunicipal entre 27 municípios da região e que oferece atendimento nas mais variadas especialidades (ortopedia, otorrinolaringologia, neurologia entre outros). O CRE está localizado na cidade de Francisco Beltrão, a 30 km de Manfrinópolis, e o transporte dos usuários é feito pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em alguns casos específicos de alta complexidade, o atendimento é feito na capital do estado (Curitiba), sendo que o transporte também é disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Não há hospital no município, de modo que as demandas são encaminhadas para 2 hospitais públicos localizados em Francisco Beltrão.

O atendimento local a usuários do serviço de saúde mental é realizado pelos médicos generalistas (em geral responsáveis pela avaliação inicial e posterior encaminhamento a atendimento especializado), pelas enfermeiras (geralmente responsáveis pela identificação da necessidade de atendimento), pela psicóloga e pelo psiquiatra (contratado recentemente).

Merece destaque também o trabalho realizado pelas agentes comunitárias de saúde, pois, frequentemente, são elas que fazem a ponte entre o usuário e o serviço público por meio da identificação da demanda, do encaminhamento e agendamento do atendimento.

Portanto, o itinerário terapêutico do usuário do sistema público local que necessita de assistência em saúde mental inicia através do seu contato com as agentes comunitárias de saúde, com as técnicas de enfermagem ou com as enfermeiras. Além do pedido de atendimento por parte do usuário, pode acontecer dessas profissionais identificarem a necessidade de uma avaliação psíquica independentemente da solicitação do usuário. Identificada a demanda por

atendimento na área de saúde mental, faz-se o encaminhamento para avaliação psicológica ou psiquiátrica, dependendo do caso.

A partir dessa avaliação realizada pelo psiquiatra ou pelo psicólogo, caso se identifique a necessidade de tratamento medicamentoso, atendimento psicoterápico ou algum outro procedimento, faz-se o encaminhamento para os serviços competentes, referenciados no próprio município ou nos serviços de média e alta complexidade localizados na região.

O serviço público local abrange ainda a distribuição gratuita de medicação de uso contínuo para portadores de transtornos mentais, sendo disponibilizados os seguintes remédios: Amitriptilina 25 mg, Diazepam 5 mg, Clonazepam 2,5 mg, Fenobarbital 100 mg, Carbamazepina 200mg, Carbonato de Lítio 300 mg, Clorpromazina 100 mg, Fenitoina 100 mg, Biperideno 2 mg, Fenobarbital 40 mg, Haloperidol 5mg, Fluoxetina 20 mg, Ácido Valpróico 500 mg, Ácido Valopróico 250 mg, Valproato de Sódio 250 mg, Clomipramina 25 mg, Lamotrigina 100mg, Gabapentina 300mg, Codeína 30 mg, Risperidona 2 mg, Leflunomida 20 mg, Donepezila 10 mg (alguns remédios são custeados pelo próprio município e outros pelo Estado do Paraná). (MANFRINÓPOLIS, 2013)

Por conta de sua dimensão territorial reduzida, o município não possui um CAPS próprio, de modo que o seu acesso a essa estrutura é através do consórcio intermunicipal de saúde, o qual mantém um CAPS II localizado na cidade de Francisco Beltrão para atendimento dos usuários de 27 municípios.

Diante da crescente demanda na área de saúde mental e do número de municípios partícipes do consórcio, é fácil perceber a desproporção entre a necessidade e a disponibilidade do serviço. O Ministério da Saúde (2013) estabelece como parâmetro populacional para a implantação de CAPS II que o município tenha entre 70.000 a 200.000 habitantes; porém, no caso em questão, um único CAPS atende uma população total de 333.967 habitantes. Outro dado evidencia a desproporção: a capacidade de atendimento do CAPS II é de 220 usuários; no entanto, atualmente são atendidas 365 pessoas.

Além disso, como o CAPS prevê atendimento contínuo e de longa duração, o acesso de novos usuários é bastante restrito. Por conta de todos esses fatores, o município de Manfrinópolis tem apenas um usuário sendo atendido atualmente pelo CAPS, enquanto que sua demanda seria por pelo menos mais 4 vagas, conforme estimativa da Secretaria Municipal de Saúde.

Atenta a essa realidade, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná está incentivando os municípios paranaenses a se unirem com municípios limítrofes para instalar CAPS em seus territórios. A exigência é que os municípios menores, juntos, totalizem pelo menos 15 mil habitantes. No caso de Manfrinópolis, está sendo estudada a possibilidade de agregação com Salgado Filho e Flor da Serra do Sul, com 4.403 e 4.726 habitantes, respectivamente. Caso a parceria seja firmada, será instalado um CAPS I na cidade de Salgado Filho, a fim de atender a população dos 3 municípios. Dentre as objeções apontadas, destacam-se a o valor de manutenção da estrutura e a viabilização do atendimento, haja vista a necessidade de articulação de transporte para os municípios de Flor da Serra e Manfrinópolis. E, embora exista previsão de custeio por parte do Governo Federal, a parte cabível aos municípios ainda é elevada, se considerada a dimensão territorial dos municípios envolvidos. Por outro lado, a instalação do CAPS I certamente atenderá de forma mais adequada à atual demanda na área de saúde mental. Contudo, essa possibilidade encontra-se, ainda, em discussão e, por essa razão, nenhuma decisão definitiva foi tomada.

O município de Manfrinópolis conta ainda com uma iniciativa da Secretaria Municipal de Assistência Social concernente à saúde mental. Os profissionais do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) realizam, mensalmente, reuniões destinadas aos portadores de transtornos mentais, seus familiares e interessados. O objetivo desse trabalho é fornecer informações acerca de saúde psíquica, doenças mentais e tratamentos, numa tentativa de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Considerando que as políticas públicas de saúde mental devem fundamentar-se na ação multidisciplinar, entende-se que boa parte das ações realizadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social, com o intuito de promover melhoria na qualidade de vida da população, também contribui para a promoção de saúde mental. Como exemplo, têm-se as oficinas de violão, capoeira e dança destinadas a crianças, adolescentes, idosos e usuários de psicotrópicos. Há ainda o acompanhamento realizado com as famílias usuárias do Programa Bolsa Família e/ou em situação de vulnerabilidade social, cujo objetivo é promover o empoderamento e o fortalecimento de vínculos sociais – fatores imprescindíveis à saúde psíquica.

O CRAS realiza ainda encontros mensais com as mães do PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família) e com idosos, nos quais são realizadas palestras e atividades que visam ao empoderamento e à formação de vínculos. A participação nessas reuniões é uma das condicionalidades exigidas para que a família continue participando do Programa Bolsa Família, de forma que há um controle da frequência. Os assuntos são escolhidos de acordo com a demanda social e sempre tem por meta transmitir conhecimentos e informações que possam, de alguma forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Essas iniciativas refletem uma visão mais focada na prevenção e na promoção de saúde mental, com base no trabalho multidisciplinar (aqui compreendido como trabalho realizado por profissionais com formações acadêmicas diversas). A ideia compartilhada pelos profissionais do CRAS é de que é possível investir na melhoria da qualidade de vida – e consequentemente na promoção de saúde mental – com ações simples e de baixo custo, viabilizadas por meio de parcerias com Universidades existentes na região.

Assim, já foram realizadas parcerias com os cursos de Nutrição, Educação Física, Odontologia, Direito, Economia Doméstica, Farmácia, Enfermagem. Os assuntos são escolhidos de acordo com a demanda das famílias atendidas pelo CRAS. A título de exemplo, já foram abordadas questões relativas ao orçamento doméstico, doenças bucais, sexualidade feminina, autoestima, qualidade de vida, saúde mental, depressão, reaproveitamento de alimentos, medicação, atividade física, alimentação saudável, direitos do consumidor; assim como já foram realizadas oficinas de artesanato e culinária. O CRAS também investe em atividades de fortalecimento de vínculos, por meio por meio de confraternizações em datas comemorativas.

Todas essas ações do CRAS fundamentam-se no entendimento, por parte dos profissionais locais, de que é possível – por meio de palestras informativas, oficinas e atividades de confraternização – promover, ainda que timidamente, o empoderamento dos usuários das políticas de assistência social e, ainda que indiretamente, atuar na prevenção de agravos e na promoção de saúde mental.

Essas ações obviamente não suprem todas as demandas locais da área de saúde mental e não abarcam toda a complexidade da questão, porém representam iniciativas simples e viáveis, capazes de fomentar a autonomia dos indivíduos e promover qualidade de vida – questões imprescindíveis quando se trata de saúde

mental. Nesse contexto, a autonomia é compreendida como a capacidade do indivíduo de ter iniciativas destinadas ao seu próprio cuidado e de sua família.

Quanto ao acesso dos usuários que necessitam de atendimento em saúde mental, nota-se que não há, no município, um protocolo único, o que significa que o primeiro acesso nos casos de saúde mental se dá por diferentes meios: através da indicação das agentes comunitárias de saúde, dos profissionais do CRAS, dos médicos generalistas, das enfermeiras ou ainda por meio de encaminhamentos realizados por profissionais da saúde dos serviços de média e alta complexidade.

Identificada a demanda, faz-se o agendamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Após a avaliação inicial, o profissional faz os encaminhamentos necessários, que podem consistir em psicoterapia, tratamento medicamentoso, demais especialidades médicas, inserção em oficinas ou grupos oferecidos pelo CRAS.

Nota-se, portanto, que o acesso do usuário é bastante facilitado tanto pela inexistência de uma sistematização rígida de atendimento – o que permite que a via de entrada seja múltipla – quanto pelo número de profissionais do serviço local. Considerando o local, quando se trata de atendimento psicológico, o acesso do usuário também é facilitado pelo fato da psicóloga se deslocar até as UBS localizadas nas comunidades de Barra Grande e Santa Terezinha.

Dadas as dimensões do município, observa-se que a quantidade de profissionais disponíveis é maior do que a média nas demais regiões brasileiras: há 1 psiquiatra e 1 psicólogo para 3.075 habitantes, enquanto que, de acordo com publicação da OMS, a proporção é de 0,4 médicos psiquiatras e 0,3 psicólogos para cada cem mil habitantes no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Sob o enfoque quantitativo e comparativamente a outros locais, entende-se que a situação do sistema público de saúde mental no município de Manfrinópolis é favorecida, haja vista a existência de equipe multiprofissional, a facilidade do acesso do usuário aos serviços locais, a disponibilização de transporte para atendimentos referenciados em outras localidades e também o fornecimento de medicação gratuita.

E mais, segundo estimativas, as UBS têm como objetivo atender até 80% dos problemas de saúde da população sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais (BRASIL, 2013). Sendo assim, a maior parcela dos atendimentos em saúde tem resolutividade no próprio município, facilitando sobremaneira o acesso.

E ainda com relação ao acesso de usuários, é importante mencionar que a inclusão nas atividades desenvolvidas pelo CRAS (oficinas, palestras do PAIF e Grupo de Saúde Mental) ocorre de forma diferenciada.

As oficinas de dança são destinadas a todos os idosos e participantes do Grupo de Saúde Mental, sendo oferecidas em 2 comunidades do interior e na sede do município. Já as oficinas de capoeira e violão destinam-se a todas as crianças e adolescentes interessados e são realizadas na sede e em uma comunidade do interior. As reuniões do PAIF, embora destinadas às mães inseridas no Programa Bolsa Família, também são abertas ao público em geral e acontecem na sede e em mais 2 comunidades. No caso do Grupo de Saúde Mental, a reunião acontece apenas na sede e o público-alvo são os portadores de transtornos mentais, seus familiares e demais interessados.

3.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Partindo do princípio de que RS são ideias e crenças que as pessoas constroem sobre um determinado fato, conceito ou objeto a partir de sua vivência social, entende-se que as representações sobre saúde mental não são elaboradas ou definidas de forma isolada, a partir apenas de constructos subjetivos. Pelo contrário, a ideia de saúde mental está presente no ambiente, sendo histórica e socialmente construída.

Daí a importância de se considerar as peculiaridades do contexto sociocultural no qual os participantes estão inseridos quando da análise das representações sociais. Na pesquisa em tela, os participantes apresentam profissão, experiência laboral e formação acadêmica bastante diversificada, porém, compartilham o mesmo ambiente de trabalho e enfrentam, no cotidiano, problemas semelhantes – quando não os mesmos, apenas sob óticas diferentes.

Além disso, os pesquisados estão imersos em um território que contém características sociais, culturais e econômicas específicas, conferindo uma espécie de identidade social ao grupo.

Quando questionados sobre o que entendem por saúde mental, 8 dos 27 sujeitos, mencionaram a palavra equilíbrio. Alguns se referiram ao equilíbrio emocional para administrar a própria vida, para lidar com as adversidades, com as exigências da vida e também com os sentimentos. Outros mencionaram o equilíbrio consigo mesmo, com as pessoas e com seu meio social (ambiente). Há ainda referência à estabilidade emocional, à qualidade de vida e ao equilíbrio entre corpo físico e a mente.

Um participante se referiu à saúde mental como um dos itens principais para se viver bem. Outro identificou a saúde mental como a capacidade de raciocinar, tomar decisões, sonhar, planejar, lutar, sem a necessidade de usar medicamentos. E outro mencionou que a saúde mental é um processo social-ambiental de interação do indivíduo com suas relações diretas.

Dentre os participantes, 6 fizeram referência ao bem-estar: 4 no sentido de bem-estar consigo mesmo e com os outros (meio social e família); e outros 2 mencionaram bem-estar da mente e bem-estar psicológico. Outros 9 participantes responderam à pergunta sobre o que é saúde mental mencionando algum tipo de doença, descontrole ou situação em que é preciso pedir ajuda; enquanto 1 fez referência à baixa autoestima, falta de ânimo próprio, falta de vontade de viver, gostar de viver isolado de todos e de tudo.

O gráfico 1 a seguir apresenta os resultados:

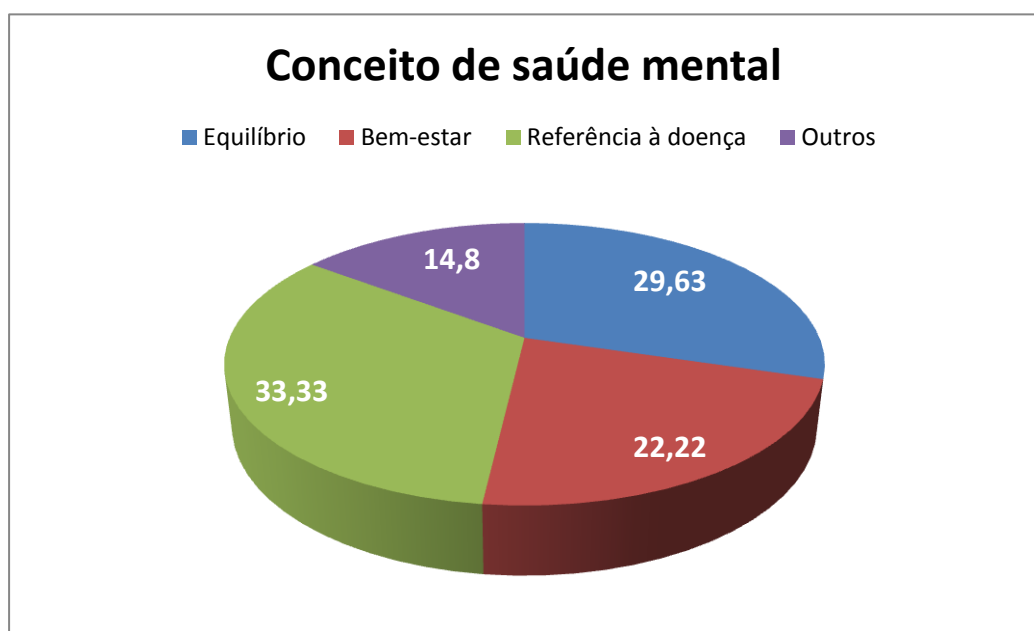


Gráfico 1: Conceito de saúde mental

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando que o serviço público local envolve uma estruturação material (composta por de elementos objetivos e observáveis) e um sustentáculo incorpóreo (formado pelas crenças e ideias compartilhadas pelo grupo), o conhecimento das RS sobre saúde mental do grupo de trabalhadores e gestores desse serviço permite apontamentos importantes.

Em primeiro lugar, deve-se considerar que as ações e práticas que permeiam os serviços de saúde pública em um determinado local estão intimamente relacionadas ao conjunto de valores, ideias e crenças compartilhadas pelo grupo social.

Por conseguinte, se uma parcela significativa dos participantes compreende a saúde mental relacionando-a a doença, descontrole ou desajuste, é fácil perceber que as práticas profissionais estarão de alguma forma, calcadas numa visão curativa e relacionadas ao tratamento.

Para as pessoas que compartilham desse entendimento, os profissionais e serviços de referência possivelmente serão os que atuam no enfrentamento à doença, assim como as melhorias serão no sentido de aumentar/ melhorar a estrutura de atendimento dos portadores de transtornos mentais. Essa questão será mais bem discutida adiante.

Infere-se também que essa concepção da saúde está fortemente vinculada ao modelo biomédico: unidimensional, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica. Nesse modelo, a doença é vista como um processo biológico/ corporal, sendo desconsiderados os seus componentes psicobiológicos e socioculturais.

E mais, as práticas profissionais orientadas pelo entendimento biomédico parecem incompatíveis com a multidimensionalidade da saúde mental e também com as políticas de prevenção e promoção, uma vez que seu foco está na doença.

Importante ainda esclarecer que, embora as representações sociais sejam reconhecidas como um "senso comum" (socialmente construído e partilhado) diverso do conhecimento científico (reificado e fundamentalmente cognitivo) entende-se que elas são igualmente importantes na determinação de condutas e ações (MOSCOVICI, 2003).

Dessa forma, constata-se que o fato de a representação social sobre saúde mental desses profissionais estar relacionada à doença, distúrbios e desajustes,

reflete uma visão biomédica ainda prevalente, embora atualmente já bastante questionada por novas teorias que privilegiam o enfoque biopsicossociocultural do processo saúde.

Ao lado dessa visão focada na doença, também há participantes que comungam de uma concepção centrada na saúde enquanto processo resultante da interação entre o corporal, o mental e o social. Para estes, saúde mental está relacionada ao bem-estar e ao equilíbrio entre os mais diversos aspectos da vida: seu próprio “eu”, outras pessoas, adversidades, exigências, sentimentos, meio social.

Esse entendimento já está mais alinhado à ideia contemporânea da saúde enquanto processo resultante da interação entre as várias facetas da existência humana: psíquica, biológica, social, cultural e ambiental. Sob essa ótica, os serviços de saúde mental não estariam restritos às ações pontuais da área de saúde, mas sim disseminados por outros serviços públicos.

Dessa forma, ao reconhecer a importância de fatores sociais e culturais na determinação da saúde, essa concepção contém implicitamente a ideia de que a responsabilidade pela saúde psíquica não é apenas individual, mas também, e, principalmente, uma atribuição do Poder Público enquanto gestor da organização social.

Sob essa ótica, é possível entender que políticas públicas de outros setores que não a saúde – por exemplo, a Assistência Social – também desempenham um papel fundamental na promoção de saúde mental ao fomentar o empoderamento e o fortalecimento de vínculos.

E ainda, a compreensão da saúde enquanto um processo interacional entre as múltiplas dimensões humanas facilita o entendimento de que políticas de saneamento, lazer, renda e educação também estão intimamente relacionadas à saúde mental.

Por fim, infere-se que essa última concepção está mais próxima do recente modelo biopsicossocial de assistência à saúde, pois contempla o indivíduo em toda a sua complexidade e volta-se às políticas de prevenção e promoção de saúde.

Por conseguinte, constata-se que, no serviço público de saúde de Manfrinópolis, a análise das RS sobre saúde mental de profissionais e gestores permite inferir que há 2 visões predominantes: uma calcada no modelo biomédico (cujo foco é a doença e o tratamento) e outra baseada numa visão

biopsicossociocultural (que focaliza o indivíduo a partir de suas multidimensões e compreende a doença como um processo resultante da interação de múltiplas variáveis).

Logo, esses 2 modelos influenciam as ideias e crenças sobre saúde mental compartilhadas por profissionais e gestores do serviço local. E são essas ideias e crenças que sustentam as práticas profissionais locais, como se verá no decorrer do trabalho.

À questão sobre a importância da saúde mental na vida das pessoas, houve 17 respostas no sentido de que a saúde mental é importante para o bem-estar, para ter equilíbrio, qualidade de vida e domínio próprio. Nesse grupo, alguns usaram a expressão viver bem consigo mesmo e com as outras pessoas; outros relacionaram sua importância com uma vida feliz; um participante mencionou que a importância relaciona-se à integração e interação socioambiental afetiva que pode auxiliar pessoas a satisfazer suas necessidades de forma saudável; outro mencionou ainda que a saúde mental é importante para haja controle nas situações adversas; três pesquisados enfatizaram a importância da saúde psíquica utilizando a palavra tudo para tentar abordar a sua amplitude na vida do indivíduo.

Três participantes destacaram a importância da saúde mental para o crescimento, desenvolvimento, realização e sucesso do indivíduo. Outro participante mencionou que a saúde mental é fundamental para se lidar com os obstáculos dos dia a dia e outro ainda destacou que a saúde da alma é tão importante quando a saúde do corpo.

Cinco participantes parecem ter relacionado a saúde mental a serviços, profissionais e forma de atendimento. Sendo assim, como resposta à pergunta sobre a importância da saúde mental na vida das pessoas, um cita reuniões e acompanhamentos; outro menciona que a falta de profissionais da área de saúde mental deixaria as pessoas desassistidas; um faz referência à saúde mental como a faculdade de ter o mesmo direito das outras pessoas e não ser rejeitado na comunidade e na família; outro declara que a importância é ser ajudado a sentir-se bem e valorizado, sem ser criticado; e outro menciona que se deve ter maior cuidado e atenção com as pessoas que tem distúrbios mentais.

O gráfico 2 apresenta os dados:

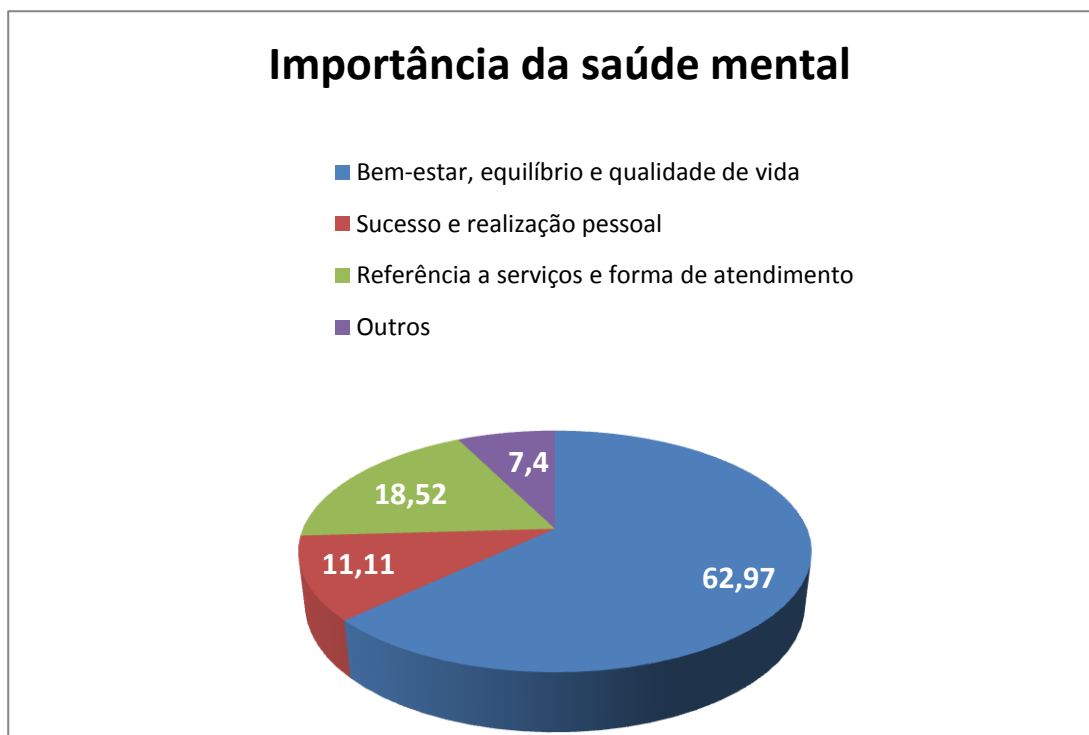


Gráfico 2: Importância da saúde mental

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se, portanto, que a grande maioria dos participantes reconhece a importância da saúde mental na vida das pessoas, destacando sua imprescindibilidade para o bem-estar, a qualidade de vida, o equilíbrio, o desenvolvimento, a realização pessoal e a boa convivência social.

Sob essa ótica, entende-se que a saúde mental é fundamental do ponto de vista humano e social, lançando seus efeitos sobre toda a existência do indivíduo.

Quanto aos participantes que relacionaram saúde mental com atendimento ou estruturação do serviço, infere-se que eles se referem à importância da saúde mental sob a ótica dos portadores de transtorno mental.

Dessa forma, as indicações feitas por esses participantes parecem expressar a importância ou o resultado esperado de ações específicas na atenção aos doentes mentais. E mais, essa questão novamente parece evidenciar que a saúde mental ainda é compreendida por muitos a partir de sua interligação com o conceito de doença ou distúrbio, de forma que toda referência à saúde psíquica acaba desencadeando conteúdos relacionados à doença e ao portador de transtorno mental.

Ademais, interessante observar que, ao relacionar a importância da saúde mental com ações desejadas no manejo com os doentes mentais, essa classe de participantes restringe a área da saúde mental como de interesse apenas dos portadores de algum tipo de distúrbio ou desajuste.

Por fim, entende-se também que essa vinculação saúde-doença é herança do modelo biomédico de assistência à saúde, cujas ações de saúde estão, de alguma forma, focadas na doença e no tratamento.

Quando perguntamos aos sujeitos da pesquisa sobre o conhecimento de políticas públicas na área de Saúde Mental, suas respostas revelam que a maioria dos profissionais e gestores entende políticas públicas como ações e programas desenvolvidos no município, pois citam serviços ofertados localmente.

Entre os 27 participantes, alguns fizeram referência a mais de um serviço. Houve 15 referências a reuniões, palestras, atendimentos com psiquiatra e psicólogo e entrega de medicamentos como sendo as políticas que conhecem; 10 menções ao CAPS; 2 citações referentes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Programa Agente Comunitário, Programa Nacional de Imunizações e o Sistema de Informação da Atenção Básica. Houve ainda 2 referências à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); 1 referência à Política Nacional de Saúde Mental e aos serviços residenciais terapêuticos. Um profissional respondeu desconhecer políticas públicas na área de saúde mental e outro citou a integração, acolhimento, valorização e estimulação do indivíduo.

Nota-se que os profissionais de saúde com formação acadêmica superior ou com formação específica na área de saúde (a exemplo das técnicas de enfermagem) geralmente citam o nome da política pública, enquanto que os demais profissionais e os gestores referenciam as ações e serviços desenvolvidos no serviço público local.

Esse fato encontra uma possível explicação no contexto sociocultural, haja vista que os participantes com formação técnica e superior têm um embasamento teórico que proporciona conhecimentos específicos, enquanto que os demais profissionais e gestores desenvolvem seu conhecimento basicamente a partir da experiência profissional.

Uma das questões inquiria quais serviços e atendimentos na área de saúde mental são ofertados no município. As respostas foram abrangentes e múltiplas: há

19 indicações de atendimento psicológico e 13 de atendimento psiquiátrico. Há 9 menções a palestras, 5 apontamentos de reuniões mensais realizadas por equipe multiprofissional para grupos específicos, 1 indicação de reunião para doentes mentais e outra para reunião de saúde mental. A distribuição de medicação foi apontada por 8 participantes. Um profissional citou a APAE. Foi indicado também atendimento médico, grupo de apoio, consultas clínicas e assistência de enfermagem para o indivíduo e sua família. O acompanhamento de agentes comunitárias de saúde e o encaminhamento para o Posto de Saúde foi indicado por 3 participantes. Também houve a menção a encaminhamento para profissionais de saúde.

As respostas indicam que o município dispõe de diversos serviços e atendimentos na área de saúde mental, abrangendo consultas médicas, atendimento com profissionais específicos (psiquiatra e psicólogo), reuniões, distribuição de remédios, assistência de enfermagem.

Infere-se a partir das respostas que há a citação de nomenclaturas diferentes para os mesmos serviços, pois as palestras, reuniões mensais realizadas por equipe multiprofissional para grupos específicos, reunião para doentes mentais e reunião de saúde mental referem-se basicamente a 2 tipos de serviço: reuniões realizadas pelas enfermeiras para usuários de medicação controlada e reuniões do grupo de Saúde Mental – realizadas pelos profissionais do CRAS e destinadas a portadores de transtornos mentais, familiares e interessados.

Houve ainda a indicação de aulas de dança (uma das oficinas oferecidas pelo CRAS) como um dos serviços da área de saúde mental. Essa indicação – por parte do profissional de Assistência Social – demonstra uma visão bastante ampla da saúde mental, focada principalmente na prevenção e na promoção de saúde, uma vez que essas aulas foram disponibilizadas para idosos e participantes do grupo de Saúde Mental (formado por portadores de transtornos mentais, familiares e demais pessoas interessadas). Demonstra ainda que as políticas atuais de assistência social estão estreitamente relacionadas à promoção de bem-estar, qualidade de vida e empoderamento – questões importantíssimas para a saúde psíquica.

Nessa pergunta sobre serviços e atendimentos na área de saúde mental ofertados no município, alguns profissionais também entendem que o acompanhamento realizado pelas agentes comunitárias de saúde já constitui um serviço de saúde mental, assim como os encaminhamentos realizados ao Posto de

Saúde. Essa concepção evidencia que alguns profissionais compartilham a ideia de que o atendimento, na área de saúde, inicia já a partir do contato inicial do usuário com qualquer dos profissionais pertencentes à equipe.

Essa concepção está em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (2013), as quais estabelecem que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (hoje considerado parte da Saúde da Família) estabelece vínculo com a população e que sua atuação ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.

Portanto, há uma aparente falta de sistematização dos serviços oferecidos pelo sistema público de saúde local, pois os mesmos serviços e atendimentos são referenciados de forma diferente.

É interessante observar que essa situação – embora aparentemente não influencie na qualidade dos atendimentos e serviços – demonstra uma possível necessidade de informações e esclarecimentos sobre a estruturação do serviço de saúde mental local, pois se não há um conhecimento claro da estrutura de atendimento pelos próprios profissionais e gestores ligados à área de saúde, é muito provável que esse desconhecimento seja compartilhado pelos usuários e demais cidadãos do município.

Importante mencionar que essa situação de desconhecimento pode dificultar o acesso dos usuários ao atendimento, sendo, de certa forma, tão prejudicial quanto a ausência de serviços e profissionais.

Dessa forma, entende-se a eficácia do serviço público de saúde está ligada não somente à disponibilização de programas e serviços, mas também, e principalmente, ao conhecimento da população sobre a sua existência.

Confirmando essa ideia, Santos e colaboradores (2011, p. 11) afirmam que “sem a necessária e suficiente informação, acredita-se ser difícil o usuário se sentir capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, dificultando, assim, o exercício pleno de sua autonomia”.

Na questão que investigava quais serviços e/ou profissionais são referência no município, na área de saúde mental, um dos participantes evidenciou amplidão da área de saúde mental ao citar serviços e profissionais de saúde (médicos clínicos gerais, serviço de psicologia, referência e contrarreferência para serviço

especializado) e também grupos de apoio (creches, clubes sociais, reunião de terceira idade).

Houve 2 participantes que mencionaram conjuntamente os seguintes profissionais: psicóloga, psiquiatra, médico generalista, assistente social, enfermeira e técnico de enfermagem. Houve 3 apontamentos do CRAS como serviço de referência e 1 menção ao CAPS. O Posto de Saúde também foi mencionado por 2 participantes.

O serviço de enfermagem (abrangendo enfermeiras e técnicas) foi indicado em conjunto com os serviços de psiquiatria e psicologia por 8 participantes.

O serviço de psiquiatra foi apontado em conjunto com outros profissionais e serviços por 15 participantes. A assistente social e as agentes comunitárias de saúde também foram apontadas como referência por 2 participantes. O serviço de psicologia/ psicóloga foi mencionado como referência por 27 participantes (5 vezes como referência exclusiva e 22 como um dos serviços/ profissionais disponíveis no município).

Essa questão demonstra que, apesar das dimensões municipais reduzidas, há vários serviços e profissionais que são considerados referência na área de saúde mental.

E ainda, embora haja menção à multidimensionalidade da saúde mental quando do apontamento de grupos de apoio também como referência, constatou-se que todos os participantes da pesquisa mencionam profissionais e serviços da área de saúde mental como referência. Nas 3 respostas que mencionam o CRAS, há também a indicação conjunta de outro serviço ou profissional ligado ao setor de saúde.

Por fim, nota-se que as respostas a essa pergunta demonstram a existência de múltiplas formas iniciais de atendimento em saúde mental – situação evidenciada também quando do questionamento sobre o itinerário terapêutico.

Uma das questões inquiria sobre o procedimento adotado quando se identifica que um usuário do sistema público local necessita de atendimento na área de saúde mental, revelando o itinerário terapêutico – aqui entendido como o caminho percorrido pelo indivíduo que apresenta uma demanda na área de saúde mental e busca cuidados terapêuticos.

Identificou-se que, no serviço público de saúde local, não há um protocolo de atendimento que estabeleça um caminho único a ser seguido pelo usuário, pois

como procedimento inicial há a indicação da Unidade Básica de Saúde, dos profissionais de saúde, do clínico geral, do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), do Posto de Saúde, psicóloga, enfermeira, atendimento especializado, profissionais da área, técnicos de enfermagem.

Logo, as possibilidades são variadas: o usuário demandante de atendimento em saúde mental pode ser encaminhado inicialmente para uma avaliação com o clínico geral, com a psicóloga ou com o serviço de enfermagem (técnicas e enfermeiras). Caso um desses profissionais detecte a necessidade de atendimento especializado, faz-se o encaminhamento para atendimento com psiquiatra (existente no próprio município) ou demais especialidades médicas disponíveis no CRE.

Esse dado aponta um fato interessante: a inexistência de um atendimento inicial padrão seguido por todos os profissionais e gestores da área de saúde. Essa variação pode ser explicada pelas dimensões territoriais reduzidas, as quais implicam a existência de apenas 3 UBS e acabam por facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os possíveis encaminhamentos.

Logo, o atendimento inicial na área de saúde mental pode se dar através de diferentes profissionais. Se, de um lado, essa possibilidade parece uma falta de sistematização do serviço local; por outro, dadas as peculiaridades sociais e territoriais do município, pode facilitar a avaliação inicial do usuário e agilizar o seu tratamento.

Uma resposta extremamente interessante à questão sobre o itinerário terapêutico foi dada por uma agente comunitária de saúde, a qual afirmou que o procedimento inicia com a tentativa de uma agente de tentar ajudar e convencer o usuário a procurar ajuda com um psicólogo.

Essa fala expressa uma visão abrangente do problema da saúde mental, pois menciona que o procedimento adotado inicia com a persuasão do usuário, a fim de convencê-lo a procurar ajuda. Esse entendimento é muito importante na área de saúde pública, pois evidencia um fato importantíssimo: a existência de políticas públicas, por si só, é insuficiente para fazer frente a uma demanda. Isso significa que não basta a institucionalização de ações, programas e serviços; é necessário, também, que o usuário busque o atendimento quando houver necessidade.

Ademais, a resposta da participante revela uma especificidade da área de saúde mental: os portadores de algum tipo de transtorno mental, por vezes, tem sua autonomia e iniciativa reduzida por conta da própria doença. Daí a importância de

profissionais conhecedores das dificuldades geradas pela doença mental e capacitados para responder de forma adequada à demanda.

Outra questão investigava a participação dos profissionais e gestores em cursos e capacitações voltados para a área de saúde mental: obteve-se 23 respostas negativas e 4 positivas.

Dentre os profissionais que confirmaram a participação em curso ou capacitação, 1 cita estágios em clínicas psiquiátricas, oficinas de atenção à saúde mental e treinamentos diversos diretamente com o paciente; 1 cita que recebeu formação durante o curso técnico, 2 profissionais citam a participação em uma capacitação regional sobre saúde mental.

As respostas a essa questão evidenciam o fato de que os treinamentos e capacitações na área de saúde mental são bastante escassos. Essa escassez ressalta também que a questão da saúde psíquica é uma demanda social mais recente, ainda com pouca visibilidade no setor público de saúde.

Pode-se inferir ainda que a ausência de capacitação profissional provavelmente comprometa a qualidade do atendimento e dos serviços públicos locais, pois a área de saúde mental – por ser extremamente vasta, complexa e multidimensional – demanda conhecimentos específicos, que não se limitam a ações estanques e pontuais.

Também foi investigado junto aos profissionais e gestores o que poderia ser feito para melhorar os serviços de saúde mental no município.

As respostas foram extremamente variadas, abrangendo indicações de ações específicas, menção a investimentos de forma bastante ampla e também a concepção de que o atendimento local está adequado à demanda.

Três participantes responderam que os serviços são bons e suficientes para a demanda, não fazendo indicações de melhoria.

Outros 2 participantes indicaram a necessidade de contratação de mais profissionais para atender a demanda. Houve ainda 1 indicação de maiores investimentos e de motivação profissional, da necessidade de estratégias de prevenção e promoção e da implantação de políticas públicas como formas de melhorar o serviço local.

Foi feita a indicação – por 9 participantes – da necessidade de cursos de capacitação e educação continuada para os profissionais, com objetivos variados: facilitar a compreensão sobre saúde mental e a identificação de transtornos, orientar

sobre a conduta mais adequada em cada caso e apresentar os programas existentes.

Sete participantes indicaram como possível melhoria a realização de reuniões e palestras nas escolas, com usuários de medicação controlada, com idosos e com grupos específicos. Nesse grupo, 3 salientaram a necessidade de que as palestras e reuniões sejam realizadas também nas comunidades do interior.

Um profissional indicou como melhoria o aumento dos grupos extra-saúde de acolhimento, integração e inclusão desta população; assim como a diminuição da severa dependência de fármacos.

Outros 2 participantes indicaram atividades lúdicas e oficinas para os usuários. Ocorreu uma indicação de incentivo na participação do CAPS e outra de visitas nas casas das agentes de saúde e conversa com as famílias. Contudo, esses sujeitos não especificaram melhor os significados de suas indicações.

Por último, houve 2 indicações semelhantes referentes a lazer e entretenimento: sugeriu-se a criação de meios de entretenimento e de praça ou lago com pista de caminhada, assim como a realização de atividades dinamizadas como teatro, passeios ciclísticos, caminhadas ecológicas.

É importante observar que essa questão aborda de forma clara o que poderia ser feito para melhorar os serviços de saúde mental no município; porém, implicitamente, ela também contém um juízo valorativo, pois, para que haja a indicação de melhorias, o participante precisa, primeiramente, avaliar o *status quo* dos serviços prestados no município.

Sendo assim, constatou-se que a avaliação dos serviços ofertados pelo município diverge bastante entre os pesquisados, pois uns consideram o estado atual como satisfatório, alguns sugerem apenas a ampliação dos serviços já ofertados (realização de palestras e reuniões para outros públicos e em outros locais) e outros ainda entendem haver carência de profissionais, falta de capacitação e necessidade de mais atividades – daí a sugestão de contratação, de realização de cursos e de ações diferenciadas – a exemplo das oficinas e práticas de lazer.

A partir da pesquisa realizada com os profissionais e também a partir dos dados coletados junto à Secretaria Municipal, percebe-se que as indicações são muito apropriadas.

A sugestão de grupos extra-saúde é bastante interessante, pois introduz uma perspectiva multidisciplinar e afasta a monopolização da saúde mental pelo setor de

saúde, ressaltando a possibilidade de intervenções preventivas e promotoras de saúde por parte de outros setores públicos.

Nesse sentido, entende-se que as ações da Assistência Social anteriormente descritas já constituem um tipo de trabalho “extra-saúde”, necessitando, porém, de melhoramentos e expansão.

De fato, as reuniões mensais do Grupo de Saúde Mental concentram-se apenas na sede do município, o que acaba dificultando o acesso da população residente no interior por conta da distância e da ausência de transporte no período da tarde em algumas comunidades. E ainda, embora sejam abertas ao público, essas reuniões ainda são pouco conhecidas pela população em geral.

Quanto à indicação de outros públicos (idosos e escolas), entende-se que essa visão denota uma compreensão mais ampla da saúde mental, não restrita apenas ao tratamento e à doença mental. Além disso, evidencia que a questão da saúde psíquica não está limitada a públicos ou faixas etárias específicas.

Considerando as sugestões relativas ao entretenimento, entende-se que são extremamente legítimas, haja vista a inexistência, no município, de locais públicos destinados a atividades físicas e ao lazer, e também devido ao alinhamento dessas iniciativas com as políticas públicas de prevenção e promoção de saúde.

Com relação às indicações de oficinas e atividades lúdicas para usuários, entende-se que elas realmente são necessárias, tanto pela já apontada inexistência de espaços coletivos de lazer, como pelo importante papel que desempenham na terapêutica dos transtornos mentais.

E ainda, apesar de inespecífica, a indicação de políticas de prevenção e tratamento demonstra uma visão diferente da tradicional – ainda centrada basicamente na doença e no tratamento.

Nota-se também que a indicação de cursos e capacitação para os profissionais é extremamente apropriada por conta de 2 fatores em especial: a ausência de um conhecimento claro e inequívoco sobre a estruturação do serviço local por parte de profissionais e gestores, e, principalmente, a complexidade e multidimensionalidade das questões relativas à saúde mental.

Ademais, compreende-se que a melhoria dos serviços de saúde mental realmente abrange a capacitação dos profissionais e gestores, pois o embasamento teórico é fundamental na compreensão de problemáticas tão vastas e complexas como a saúde mental. E ainda, entende-se que profissionais qualificados têm

melhores condições de atuar e de propor soluções criativas e inovadoras – imprescindíveis diante da complexidade da saúde mental.

Por último, a referência à necessidade de diminuição da severa dependência de fármacos é igualmente importante, pois chama a atenção para um problema atual da saúde pública: a medicalização excessiva.

Nesse sentido, Guarido (2007, p. 159) destaca a crescente medicalização dos indivíduos na sociedade contemporânea, afirmando que “o consumo em larga escala dos medicamentos e o crescimento exponencial da indústria farmacêutica tornam-se elementos indissociáveis do exercício do poder médico apoiado em um saber consolidado ao longo do século XX”.

Sendo assim, entende-se que a capacitação dos profissionais será relevante também para propiciar conhecimento e orientação sobre o uso adequado da medicação, evitando a medicalização do sofrimento psíquico. Quanto aos usuários, palestras informativas também podem contribuir para uma melhor compreensão acerca do sofrimento como um aspecto inerente à natureza humana e que nem sempre demanda medicalização.

Portanto, entende-se que a diversidade na indicação de melhorias demonstra a existência de visões multifacetadas da problemática relativa à saúde mental, evidenciando que, embora haja crenças e conhecimentos compartilhados pelo grupo, também há especificidades subjetivas, especialmente ligadas à vivência profissional particular de cada participante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encantada. Essa é a melhor expressão para descrever a sensação de ter realizado uma pesquisa sobre representações sociais na área de saúde pública. Inicialmente relutante, minha inexperiência em pesquisa acadêmica impedia a compreensão acerca da importância de um estudo sobre representações. Porém, ao longo da pesquisa, a cada questão analisada, o mundo das representações sociais foi se desvendando sob meus olhos. E fui percebendo a sua riqueza, sua importância na sustentação de práticas profissionais e, principalmente, seu valor em uma pesquisa qualitativa.

Assim, as contribuições foram muitas, tanto do ponto de vista pessoal, quanto acadêmico e profissional. A pesquisa gerou desafios e inquietações; mas também satisfação, crescimento e aprimoramento profissional.

O trabalho permitiu um conhecimento aprofundado sobre o sistema público de saúde de Manfrinópolis, tanto por viabilizar a investigação sobre sua estruturação e forma de atendimento ao usuário, quanto pelo acesso às ideias e crenças que sustentam as práticas profissionais locais.

Ademais, o trabalho evidenciou que a saúde mental é uma problemática extremamente atual e cuja amplitude afeta o indivíduo em sua condição de ser humano, independentemente de suas especificidades culturais e geográficas.

Logo, a saúde psíquica é um problema de saúde pública encontrado tanto nas grandes metrópoles, como nas áreas rurais. Isso significa dizer que as preocupações e estimativas da Organização Mundial de Saúde, assim como do Ministério da Saúde em termos de Brasil, também representam os anseios do serviço público local. Os efeitos nocivos do capitalismo sobre o indivíduo, a pressão social pelo ter, o ritmo acelerado das mudanças sociais, a medicalização excessiva, o crescente aumento do adoecimento psíquico, a importância da autonomia individual no cuidado com a saúde, são questões que também fazem parte do serviço municipal de saúde.

Dessa forma, o estudo em Manfrinópolis, ainda que de proporções reduzidas e bastante limitado por questões de ordem humana e cronológica, evidencia que as angústias do sujeito moderno não obedecem a limites geográficos ou demográficos; antes, são inerentes à condição humana.

A pesquisa ainda evidenciou que a saúde, embora seja elencada como dos direitos sociais que devem ser assegurados pelo poder público, não pode ser encarada apenas como uma responsabilidade estatal. A saúde – enquanto um complexo processo resultante da interação entre fatores psicológicos, biológicos, sociais, culturais e econômicos – também é de responsabilidade de cada sujeito, o que equivale dizer que, dentro de determinados limites e possibilidades, há uma esfera de ação particular sobre o processo saúde-doença.

Sendo assim, as ações estatais se mesclam aos cuidados individuais, numa interação ampla, mútua e intrincada, com intensa influência sobre o bem-estar humano. Dessa forma, ao mesmo tempo em que o poder público deve zelar pela saúde e fomentar políticas públicas destinadas a promover qualidade de vida e bem-estar, deve também incentivar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, a fim de capacitá-los a ações autônomas favoráveis à própria saúde.

Quanto às representações sociais sobre saúde mental de gestores e profissionais de saúde, constatou-se que há basicamente 2 grupos. A noção de saúde mental do primeiro grupo está ligada ao modelo biomédico de assistência à saúde, que compreende a doença como um evento isolado deflagrado por determinantes biológicos. Já a concepção de saúde psíquica do segundo grupo está mais relacionada ao modelo biopsicossocial, que considera a doença como um processo resultante de múltiplas variáveis (biológicas, psíquicas, sociais, culturais).

Essas duas concepções predominantes derivam do conhecimento científico e evidenciam a existência de relações muito próximas entre o senso comum e o saber oficial, de modo que os dois se mesclam e se influenciam mutuamente. Logo, representação social é o ponto de intersecção entre as formações ideológicas dominantes e a experiência concreta individual.

E ainda, entende-se que as concepções sobre saúde mental determinam as práticas profissionais, pois a compreensão que se tem acerca de um determinado fato ou objeto determina o seu manejo.

Assim, o entendimento da saúde mental a partir de um modelo calcado na biologização da doença tende a fundamentar técnicas curativas e de tratamento, com forte recurso à medicalização. Já a compreensão da saúde mental através de um viés biopsicossociocultural gera uma visão mais abrangente da sua problemática, que considera suas multidimensões e entende que as ações de enfrentamento no campo da saúde psíquica extrapolam o setor da saúde e

alcançam as demais políticas públicas de educação, geração de renda, lazer, saneamento.

E mais, a pesquisa sobre a forma como o serviço público local está estruturado, equipe profissional e formas de acesso revela que, apesar de ser um município pequeno e interiorano, sob o ponto de vista numérico, Manfrinópolis tem um sistema de saúde favorecido, se comparado a outras localidades brasileiras.

A existência de equipe multiprofissional (médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, pediatra, psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e odontólogos) e o deslocamento de alguns desses profissionais até as UBS localizadas no interior facilitam o acesso do usuário dos serviços locais.

Ademais, partindo do princípio de que 80% dos atendimentos em saúde são resolvidos nas UBS que ofertam atendimento de baixa complexidade, infere-se que a maior parcela da população tem sua demanda em saúde atendida no próprio município. Assim, apenas os atendimentos de média e alta complexidade são realizados em outras cidades – situação que torna o acesso um pouco mais demorado e dificultoso por conta da própria localização, embora a Secretaria Municipal de Saúde disponibilize o transporte.

Desta feita, nota-se que, em termos quantitativos de profissionais e formas de acesso, o sistema de saúde local está adequado às demandas de saúde.

Entretanto, é preciso atentar para o fato de que os serviços de saúde não podem ser avaliados apenas do ponto de vista físico e estrutural, pois não se afere a qualidade do atendimento apenas pela quantia de profissionais disponíveis ou pelo número de UBS existentes no território.

O atendimento de qualidade em saúde demanda, além dos imprescindíveis elementos físicos e estruturais, recursos humanos bem capacitados, assim como conhecimento e informação por parte dos usuários.

Sendo assim, o estudo da realidade do serviço público local permite inferir que, a fim de se melhorar a qualidade dos serviços e, por consequência, a saúde da população, seriam necessárias algumas mudanças e investimentos na área de saúde.

Em primeiro lugar, é preciso entender que a existência de profissionais e serviços, por si só, não asseguram o acesso do usuário, pois as pessoas só procuram atendimento quando tem conhecimento dele. Logo, uma medida altamente recomendada seria a publicização dos serviços de saúde existentes no

município, tanto os ofertados pelo setor de saúde, como os de iniciativa da área de Assistência Social – a exemplo do grupo de saúde mental e das oficinas de dança.

Ademais, a melhoria dos serviços em saúde passa necessariamente pela capacitação dos profissionais e gestores, pois somente o aprendizado sobre a complexidade e multidimensionalidade da saúde mental possibilitará a implementação de políticas públicas eficientes – realmente capazes de oferecer tratamento e atuar na prevenção e promoção de saúde mental.

Além disso, a capacitação profissional, além de oferecer recursos técnicos e teóricos, contribui para a desconstrução de ideologias e práticas profissionais calcadas numa visão puramente curativa – questão extremamente importante quando se reconhece o caráter multidimensional da saúde mental.

Assim, a educação continuada dos profissionais e gestores possibilitaria melhor conhecimento acerca da problemática da saúde mental, assim como forneceria subsídios para um atendimento condizente com a demanda dos usuários – nem sempre por medicação e tratamento curativo.

Desta forma, a capacitação possibilitaria a aquisição de novos conhecimentos e habilidades – fatores indispensáveis para a criação de estratégias alternativas de enfrentamento ao adoecimento psíquico.

Por conseguinte, a formação de gestores e profissionais para lidar com a crescente demanda é imprescindível também quando se pensa na melhoria do serviço público de saúde como um todo, haja vista que a questão da saúde psíquica é tão porosa e multifacetada que se reconhece impossível a realização de um único atendimento em saúde – seja ele odontológico, pediátrico ou fisioterápico – que não envolva questões relacionadas à subjetividade e ao bem-estar.

Pois bem, é preciso rever conceitos, repensar valores, dismantelar paradigmas – principalmente os relacionados à ideia de que a felicidade está necessariamente ligada ao poder de consumo e de que o sofrimento psíquico deve sempre ser medicalizado.

É preciso que a saúde seja desbiologizada e passe a ser concebida a partir de uma visão mais ampla e global, que reconheça a importância dos fatores biopsíquicos, sem desconsiderar os determinantes sociais, econômicos e culturais. Essa nova percepção da saúde implica em um complicado processo social de desconstrução, uma vez que o sistema atual de saúde ainda está embasado em saberes científicos fortemente vinculados ao modelo biomédico.

Logo, entende-se que a necessária desconstrução de ideologias e a formação de uma nova visão calcada na concepção biopsicossociocultural da saúde é um processo que passa decisivamente pelo social e abrange as concepções socialmente circulantes. Entende-se ainda que essa desconstrução não se faz necessária apenas entre os atores do setor de saúde, mas também, e, principalmente, em toda a sociedade.

E a fim de contribuir para o início desse processo de desconstrução, pretende-se utilizar os dados obtidos na presente pesquisa para a elaboração de 2 projetos relativos à Reabilitação Psicossocial e ao Fortalecimento do Protagonismo de usuários e Familiares da Rede de Atenção Psicossocial, a serem submetidos a um processo de seleção realizado pelo Ministério da Saúde.

Pretende-se ainda dar início à formação do Comitê Municipal Intersecretarial de Saúde Mental no município de Manfrinópolis, com o intuito de promover discussões acerca da problemática da saúde mental e articular ações multisetoriais.

São iniciativas incipientes, mas que podem trazer melhorias para o sistema público de saúde de Manfrinópolis e contribuir, ainda que indiretamente, para o desenvolvimento local e regional.

REFERÊNCIAS

ADAMOLI, Angélica Nickel and AZEVEDO, Mario Renato. **Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 243-251. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100030>.

ALBUQUERQUE, Carlos M. S.; OLIVEIRA, Cristina, P. F. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. **Millenium. Revista do ISPV**, n. 25, Janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm>. Acesso em 20 mai. 2013.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, nº 3, p. 713-737, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>>. Acesso em 30 out. 2012.

ALMEIDA, Leda Maria. Representações sociais e prática pedagógica no processo de construção identitária. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.). **Diálogos com a teoria da representação social**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005, p. 161-200. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=uBROp9313z8C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 01 nov. 2012.

ALVES BRASIL, Marco Antonio. **Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BALLARIN, Maria L. G. S.; FERIGATO, Sabrina H.; CARVALHO, Fábio B. Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. **Mundo saúde** (Impr.). São Paulo, out.-dez. 2008, 32(4): 511-518. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/13_Servicos_baixa.pdf>. Acesso em 01 jun. 2012.

BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em 30 jan. 2013.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

_____. **Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

BECK, U; GIDDENS; A; SCOTT, L. **Modernização Reflexiva**. São Paulo: UNESP, 1997.

BERCINI, Luciana O.; TOMANIK, Eduardo A. **Na teoria e na vida: saúde, ambiente e representações sociais**. Maringá, Eduem, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 jun. 2012.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 07 fev. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf> Acesso em 03 mar. 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/alternativatykanori.pdf>>. acesso em 01 jul. 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em 20 jun. 2012.

_____. **Portal Brasil.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude>>. Acesso em 01 jun. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em 02 jun. 2013.

_____. **Lei Nº 10.216**, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BURSZTYN, Marcel (org.). **Ciência, ética e sustentabilidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em 10 abril 2013.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2013.

CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A interface do empreendedorismo como Políticas Públicas de Saúde Mental e Promoção da Saúde. **Saude soc.** , São Paulo, v 18, n. 3, setembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2012

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. **Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2011.

CARNEIRO, Allan da Cunha et al . **Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência**. São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2011.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.4, pp. 1088-1095. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>. Acesso em 04 fev. 2013.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2012.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). -- Brasília, CFP, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas – Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas**. Brasília: CFP, 2011.

_____. **Informativo bimestral do Conselho Federal de Psicologia 8ª Região**. Ano 14. Edição nº 81. Mai/ Jun 2012.

DE MARCO, Mario Alfredo et al. **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FERREIRA, Sandra R. S.; BRUM, Jane L. R. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 20, n. esp. p. 5-14, 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23482/000290385.pdf?sequence=1>>. Acesso em 30 out. 2012.

FIGUEIRÓ, J.A.B; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C.A.M. **Dor e Saúde Mental**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Fundação Oswaldo

Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ipea/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al . Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2012.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Lilian. **Integralidade e Saúde Mental**. São Paulo: Editora Minelli, 2008.

GONCALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio social e saúde: contribuições das ciências sociais e humanas às intervenções em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.5, pp. 1117-1119. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500004&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em 03 jun. 2012.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2013.

GUIMARÃES, R. “A ética da sustentabilidade e a formulação de políticas de desenvolvimento.” In: VIANA, G; SILVA, Marina; DINIZ, N. (orgs). **O desafio da sustentabilidade: um debate socioambiental no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2001. (p. 43 a 68)

HANNIGAN, J. **A sociologia ambiental: a formação de uma perspectiva social**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al . **Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial**. Florianópolis, v. 18, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2011.

JODELET, Denise. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 17-44.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Soc. estado.**, Brasília, v. 24, n. 3, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922009000300004&script=sci_arttext>. Acesso em 01 nov. 2012.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 out. 2012.

LEFF, Enrique. **Racionalidade ambiental: a reapropriação social da natureza**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MANFRINÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

MÂNGIA, Elizabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n3/04.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2011.

MATOS, Margarida G. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. **Análise Psicológica** (2004), 3 (XXII): 449-462. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a03.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2013.

MINAYO, Maria C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, Maria C. S. Saúde e doença como expressão cultural. In AMÂNCIO FILHO, A., MOREIRA, M.C.G.B. (orgs). **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Disponível

em: <<http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787-04.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2013.

MINAYO, Maria C. S.; HARTZ, Zulmira M. A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 03 fev. 2013.

MORETTI, Andrezza C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 346-354. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200017&script=sci_arttext>. Acesso em 01 set. 2012.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro; Vieira, Marcos A. Moura, Andrade, Socorro de Maria R. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-42, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000158&pid=S0104-1290200800010000900018&lng=es>. Acesso em 20 mai. 2013.

OLIVEIRA, Gilson Batista. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Rev. FAE**, Curitiba, v.5, n.2, p.37-48, maio/ago. 2002. Disponível em: <http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/revista_da_fae/v5_n2_maio_agosto_2002/uma%20discussao%20sobre%20o%20conceito%20de%20desenvolvimento.pdf>. Acesso em 20 fev. 2013.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila L. M.. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.2,

pp. 473-481. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000200024>>. Acesso em 30 out. 2012.

Organização Mundial de Saúde. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Cuidar, sim - Excluir, não.** OMS, 2005.

ORRU, Sílvia Ester. Bases conceituais do enfoque histórico-cultural para a compreensão da linguagem. **Estud. pedagóg.** [online]. 2012, vol.38, n.2, pp. 337-353. ISSN 0718-0705. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/estped/v38n2/art21.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2013.

PARANÁ. **Secretaria Estadual de Saúde. SPP/DVSAM – Saúde Mental.** Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=589>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

_____. **IPARDES** (Instituto Paranaense de Desenvolvimento econômico e Social). Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85628&btOk=ok>>. Acesso em 01 nov. 2012.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.71-82, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2013.

PREBIANCHI, Helena Bazanelli; FALLEIROS, Gabriela Giacometti. Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v.16, n.1, Mar.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2012.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e gestão de políticas públicas.** 3ª ed. ver. E atual. Curitiba: Ibpex, 2011.

RAYNAUT, Claude. Meio ambiente e desenvolvimento: construindo um novo campo do saber a partir da perspectiva interdisciplinar. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, n. 10, p. 21-32, jul/dez. 2004.

RÊSES, Erlando S. Do conhecimento sociológico à teoria. **Sociedade e Cultura**, v.6, n. 2, Jul./Dez. 2003, p. 189-199. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9581/1/ARTIGO_ConhecimentoSociologicoTeoriaRepresentacao.pdf>. Acesso em 10 jun. 2013.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOS, Izabel C.; SCHRAIBER, Lilia, B. **humanização e humanidades em Medicina**. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2ª ed., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.

SACHS, Ignacy. Estratégias de transição para o século XXI. In **Cadernos de desenvolvimento e meio ambiente**. N° 1, Curitiba: Ed. UFPR, 1999.

SALLES, Alvaro Angelo. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. **Revista Bioética**, 2010; 18 (1): 49 – 60. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/535/521>. Acesso em 04 mar. 2013.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SANTOS, André et al. Representações Sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2005, 6(1), 57-67. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n1/v6n1a04.pdf>>. Acesso em 30 jun. 2013.

SANTOS, E.C.B. et al. Usuários dos serviços de saúde com diabetes mellitus: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar-abr 2011; 19(2): [08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_09.pdf>. Acesso em 01 de mai. 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jul. 2013.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 jun. 2012.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

TEIXEIRA, Edival Sebastião; ALGERI, Fernanda Luiza. Representações de Meio Ambiente e Educação Ambiental: um estudo com docentes de Casas Familiares Rurais. **Práxis educativa (UEPG. Impresso)**, v. 6, p. 193-205, 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/894/89420791005.pdf>>. Acesso em 17 set. 2012.

TOURAINÉ, Alain. **Crítica da Modernidade**. Petrópolis RJ: Vozes, 1994.

VIRGINIO, Alexandre Silva. Conhecimento e sociedade: diálogos impertinentes. **Sociologias**, Porto Alegre, n.15, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 maio 2013.

WANDERLEY, Maria de Nazareth. **A ruralidade no Brasil moderno**. Por un pacto social pelo desenvolvimento rural. En publicacion: ¿Una nueva ruralidad en América Latina?. Norma Giarracca.CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/desenvolvimento-agrario/texto-29-a-ruralidade-no-brasil-moderno.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2013.

ZURBA, Magda do Canto (organizadora). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011. Disponível em: <http://psicologia.paginas.ufsc.br/files/2012/06/Miolo_Psicologia-e-Saude.pdf>. Acesso em 10 fev. 2013.

APÊNDICE A: Questionário**Questionário sobre Saúde Mental**

Função:

Tempo de atuação profissional:

Tipo de vínculo profissional com o município:

() Concursado

() Contratado

1) Para você, o que é Saúde Mental?

2) Qual a importância da Saúde Mental na vida das pessoas?

3) Que políticas públicas na área de Saúde Mental você conhece?

4) Que serviços e atendimentos na área de saúde mental são ofertados no município?

5) Na área de saúde mental, quais serviços e/ou profissionais são referência no município?

6) Quando se identifica que um usuário necessita de atendimento na área de saúde mental, qual é o procedimento adotado?

7) Você já participou de algum tipo de curso ou capacitação voltado para a área de saúde mental? Em caso afirmativo, especifique.

8) O que poderia ser feito para melhorar os serviços de saúde mental no município?

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre “As relações existentes entre as representações sociais de saúde mental dos profissionais e gestores da área de saúde de Manfrinópolis – PR, suas práticas profissionais e as políticas públicas implementadas no município”, e gostaríamos de contar com a sua participação.

A Representação Social de Saúde Mental é o que você entende por saúde mental, da forma como você a compreende, com suas próprias palavras. Não se trata de uma avaliação de seu conhecimento.

É muito importante saber o que você sente e entende por saúde mental para podermos, com sua participação e contribuição, promover melhoras na área de saúde mental do sistema público de saúde de Manfrinópolis – PR.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Também não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação.

Caso você deseje informações adicionais sobre a pesquisa, ou não queira mais participar, pode informar sua decisão através do email alabacps@hotmail.com ou do telefone (46) 3562-1116. Você pode ainda encaminhar recurso ou reclamações para o seguinte endereço:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (CEP/UTFPR) – Reitoria: Av. Sete de Setembro, 3165, Rebouças, CEP 80230-901, Curitiba-PR, telefone: (41) 3310-4943, e-mail: coep@utfpr.edu.br.

Álaba Cristina Pereira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional UTFPR – Campus Pato Branco

Nome completo: _____

RG: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _ _____ CEP: _____

Eu concordo em participar da pesquisa sobre Representações Sociais de Saúde Mental em profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde do município de Manfrinópolis – PR.

Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Confirmo minha participação na data de: ___/___/___

Assinatura