



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Débora Cristina Joaquina Rosa

**Imaginário coletivo de enfermeiros em relação ao paciente com
diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária à Saúde**

UBERLÂNDIA

2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Débora Cristina Joaquina Rosa

Imaginário coletivo de enfermeiros em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária à Saúde

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**UBERLÂNDIA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R788i
2018 Rosa, Débora Cristina Joaquina, 1989-
Imaginário coletivo de enfermeiros em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Débora Cristina Joaquina Rosa. - 2018.

Orientador: Rodrigo Sanches Peres.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.5>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Psicologia. 2. Saúde mental. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Enfermeiros. 5. Esquizofrenia. 6. Imaginário. I. Peres, Rodrigo Sanches, 1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Débora Cristina Joaquina Rosa

Imaginário coletivo de enfermeiros em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária à Saúde

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora

Uberlândia, 18 de dezembro de 2018

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Miriam Tachibana

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Lilian Miranda

Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro, RJ

UBERLÂNDIA

2018

Resumo: O trabalho do enfermeiro pode ser considerado imprescindível para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária. Contudo, há desafios a serem superados para que seu potencial venha a ser aproveitado ao máximo neste sentido. Um deles se refere à desconstrução de antigos preconceitos relativos à “loucura” que ainda se revelam presentes em diversos segmentos da sociedade, inclusive entre a categoria profissional em questão. Paradoxalmente, também compete ao enfermeiro combater tais preconceitos. O presente estudo parte do princípio de que o conceito de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, é capaz de auxiliar a circunscrever preconceitos em geral, em especial por meio da identificação de crenças, imagens e emoções não-conscientes. Assim, buscou-se como objetivo compreender o imaginário coletivo em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia por parte de um grupo de enfermeiros que atuam na Atenção Primária. O presente estudo pode ser enquadrado como uma pesquisa qualitativa com método psicanalítico e teve como participantes 15 enfermeiros que atuam na Atenção Primária em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. O instrumento utilizado foi o Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T). A coleta de dados ocorreu de forma coletiva, sendo que os participantes foram solicitados a desenhar um paciente com diagnóstico de esquizofrenia sendo atendido por um enfermeiro na Atenção Primária e a redigir uma história sobre seu desenho, dando-lhe um título. Os dados coletados foram submetidos à interpretação psicanalítica buscando-se a captação dos campos de sentido que sustentam o imaginário coletivo dos participantes. Foram delimitados três campos de sentido. O primeiro campo, intitulado “*Atendo, não nego, encaminho quando puder*”, revela que, no imaginário coletivo da maioria dos participantes, parece ocupar lugar central a crença de que o acompanhamento do paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária é responsabilidade exclusiva dos profissionais e/ou serviços de saúde supostamente especializados em saúde mental. O segundo campo de sentido, denominado A “*super-equipe*” de saúde, se organizou a partir da crença de que a equipe de saúde – na qual a maioria dos participantes não se inseriu em suas histórias – representa uma espécie de entidade poderosa, capaz de empreender o adequado manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. “O paciente-problema”, o terceiro e último campo de sentido, se organizou ao redor da imagem negativa com base na qual o paciente com diagnóstico de esquizofrenia, de modo preponderante, é representado no imaginário coletivo dos participantes. Tal paciente é visto como alguém que cria problemas devido à sua agitação, agressividade e imprevisibilidade. Portanto, o presente estudo subsidia, especificamente no que diz respeito aos participantes, a demarcação do substrato ideativo-emocional das condutas concernentes ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia e à assistência em saúde mental oferecida ao mesmo na Atenção Primária.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção primária; Enfermeiro; Esquizofrenia; Imaginário coletivo.

Abstract: The nurse's work can be considered essential for the consolidation of the principles of the Brazilian Psychiatric Reform based on the articulation between mental health and Primary Health Care. There are challenges to be overcome though for its potential will be maximized in this regard. One challenge is the deconstruction of ancient prejudices about "madness" that are still present in various segments of society, including the professional category in question. Paradoxically, it is also up to the nurse to fight these prejudices. This study assumes that the concept of collective imaginary, in its psychoanalytic sense, is capable of helping to circumscribe prejudices in general, especially through the identification of non-conscious beliefs, images and emotions. Thus, the objective was to understand the collective imaginary about the patient diagnosed with schizophrenia by a group of nurses who work in Primary Health Care. This research can be classified as qualitative using the psychoanalytic method. The participants were 15 nurses who work in Primary Health Care in a city in the interior of the State of Minas Gerais. The instrument used was the Thematic Drawing-and-Story Telling Procedure. The data collection took place collectively. The participants were asked to draw a patient with a diagnosis of schizophrenia being attended by a nurse in Primary Health Care and to write a story about their drawing, giving a title. The collected data were submitted to psychoanalytic interpretation, aiming to capture the fields of meaning that support the participants' collective imaginary. Three fields of meaning were delimited. The first field, titled "*I assist, I do not deny care, I forward when I can*", reveals that, in most participants' collective imaginary, the belief that the diagnosis of schizophrenia in Primary Health Care seems to be the sole responsibility of the professionals and/or health services purportedly specialized in mental health has a central role. The second field of meaning, called *The "super-healthcare team"*, was organized based on the belief that the health team – in which most participants did not include themselves in their stories – represents a kind of powerful entity capable of undertaking the appropriate management of patients diagnosed with schizophrenia. "*The problem patient*", the third and final field of meaning, organized around the negative image on the basis of which the patient diagnosed with schizophrenia is preponderantly represented in the participants' collective imaginary. That patient is seen as someone who creates problems due to agitation, aggressiveness and unpredictability. Therefore, this study supports, specifically with respect to the participants, the outlines of the conceptual-emotional substrate of the behaviors concerning patients diagnosed with schizophrenia and the mental health care they are offered in Primary Health Care.

Key words: Mental health; Primary health care; Nurse; Schizophrenia; Collective imaginary.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela família, pelo amor, pelo cuidado comigo em cada momento da minha história, pela saúde e inteligência, pelas oportunidades que me fizeram chegar até aqui. Que a cada dia eu compreenda minha missão por aqui e tenha condições de cumpri-la.

Aos meus pais, Sidney e Maria de Lourdes, materialização do cuidado de Deus comigo! Obrigada, obrigada, obrigada! Não há palavras no mundo que descrevam minha gratidão por tudo que fizeram e ainda fazem por mim.

Ao meu companheiro na jornada do amor, Silas, obrigada por me devotar amor, tempo, dedicação, paciência. Você me incentiva a cada dia a ser melhor, a buscar mais, a sonhar e a desejar que nossa família seja especial!

Ao meu irmão, Junior, e a toda minha família, vovó Maria, tias, tios, primos. É muito bom compartilhar uma história em comum com vocês e saber que tem gente que “fecha” comigo, independentemente de qualquer circunstância.

À Daiane, pela honra de vivenciar tantas coisas juntas, por tornar esta caminhada mais leve, por tornar viva a cada dia a riqueza da amizade, e a todos os meus amigos, que ainda compartilham suas rotinas comigo e àqueles que estão distantes, vocês são muito especiais!

Ao Rodrigo, muito obrigada pelo conhecimento e sabedoria compartilhados. Te admiro muito e espero que nossa parceria continue sendo fecunda. Aos demais professores, membros da banca, funcionários do Instituto e alunos de Psicologia da UFU, é uma honra para mim fazer parte deste grupo.

Às pessoas com as quais convivo profissionalmente todos os dias, sejam colegas de trabalho ou pacientes, usuários dos serviços nos quais atuo, os quais me questionam, me instigam, me fazem buscar o conhecimento, o aprimoramento! Que Deus me conceda a cada dia o privilégio de estar junto com cada um de vocês!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Do Movimento Sanitário ao Sistema Único de Saúde: um breve resgate histórico.....	11
1.2. A Atenção Primária no Brasil e a dupla dimensão do trabalho do enfermeiro.....	15
1.3 A saúde mental e o paradigma da esquizofrenia: alguns apontamentos.....	20
1.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as contribuições do enfermeiro no campo da saúde mental.....	25
2. MARCO TEÓRICO	35
3. OBJETIVOS	48
3.1 Objetivo geral.....	48
3.2 Objetivos específicos.....	48
4. MÉTODO	49
4.1 Participantes.....	49
4.2 Instrumento.....	50
4.3 Coleta de dados.....	52
4.4 Análise de dados.....	53
4.5 Aspectos éticos.....	54
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 “Atendo, não nego, encaminho quando puder”.....	57

5.2 A “super-equipe” de saúde.....	71
5.3 O paciente-problema.....	81
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE.....	109

APRESENTAÇÃO

“Saúde mental” e “esquizofrenia” são temas que me remetem para experiências muito anteriores às acadêmicas. Minha mente volta-se para meu tio “Nino”, que, na minha infância, morava em um “barracão” no fundo da casa da minha avó, no qual não tínhamos permissão para entrar, porque ele era “doido”, não gostava de ser incomodado e poderia ser perigoso. Medo e mistério rondavam aquela casinha para mim. Conforme crescia, fui me dando conta das limitações que eram impostas a ele devido à sua condição, tais como não conseguir tomar banho ou comer sozinho, além do cerceamento de sua liberdade, da vigilância constante, da rotina totalmente empobrecida, em função da qual ele permanecia deitado o dia todo na cama, esperando a próxima refeição, a hora do banho ou de ir ao banheiro. Raras exceções ocorriam nas festas de família, quando alguém o colocava numa cadeira no meio de todo mundo e lhe dava uma sanfona. Nessas ocasiões, ele dedilhava com brilhantismo o instrumento e, junto com seus irmãos, cantava as “modas” que traziam da terra e da infância deles. Ele ria um riso solto, de liberdade, de expressão, de pertencimento.

Quando iniciei o curso de graduação em Psicologia, passei por algumas disciplinas, até chegar à disciplina de Psicopatologia, por meio da qual fui apresentada aos transtornos mentais graves e à esquizofrenia, com suas subdivisões e sintomas. Um dia, ao ver uma receita de medicação do meu tio, li o diagnóstico dele, “esquizofrenia”, e tive minha primeira aula prática de Psicopatologia. Quis conhecer a origem da “doença” dele, comecei a entrevistar minhas tias, queria saber do primeiro surto, dos tratamentos usados na época, das internações, das medicações, mas a questão latente na verdade era – o que percebo somente agora, ao me voltar para este momento – compreender por que ele tinha ficado tão debilitado, restrito a uma redoma tão pequena.

Esta questão foi adormecida pelas demandas da minha formação, como estágios e pesquisas, e inserção no mercado de trabalho, até que me vi trabalhando em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), me inteirando sobre as leis, as orientações técnicas, a rede de atendimento e os transtornos mentais. E lá estava ela de novo, a esquizofrenia. Agora, em um contexto no qual recebo pacientes encaminhados do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após períodos de crise, que convivem com os sintomas há pouco tempo ou desde a adolescência, vindos do primeiro surto ou da vigésima internação. E preciso conhecer códigos de transtornos mentais, medicações, todo o aparato do Sistema Único de Saúde (SUS), realizar discussão de casos com médicos, enfermeiros, etc.

No meio de todo este imbróglio, me lembrei do tio “Nino”, pensando agora nas estratégias terapêuticas que foram oferecidas a ele, no que poderia ter sido diferente se houvesse uma assistência em saúde mental de acordo com as leis atuais e as técnicas que estão disponíveis hoje. Comecei a pensar sobre os recursos e atores envolvidos no acompanhamento destes pacientes e percebi que, durante minha formação, uma grande atenção foi dada ao cuidado dos mesmos no CAPS, no momento de crise, e pouco, ou nada, se falou sobre o que pode ser feito na Atenção Primária.

Movida por esta constatação, quando ingressei no Mestrado em Psicologia, os enfermeiros, especificamente, chamaram minha atenção, por seu papel estratégico na Atenção Primária, estando na coordenação das unidades de saúde, direcionando as ações dos demais profissionais da equipe, e em contato direto com os pacientes, no acolhimento e encaminhamento de suas demandas. Também tenho percebido que, apesar de seus discursos contemplarem os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a lida diária com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ainda desperta temores, evitações e delegação de responsabilidades para os profissionais especializados. E o conceito de imaginário coletivo, que será devidamente definido adiante, tem me ajudado a refletir sobre esse cenário.

O presente estudo, assim, contempla, justamente, o imaginário coletivo de enfermeiros da Atenção Primária em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Para introduzir tal temática, inicialmente serão demarcados os fatos históricos que antecederam a instituição do SUS, como o surgimento do Movimento Sanitário e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em um segundo momento, será abordada a importância da Atenção Primária para a reestruturação da rede de saúde no país com a criação do Programa Saúde da Família (PSF).

Será destacado o papel do enfermeiro neste contexto, em que o mesmo desempenha um trabalho que comporta uma dimensão gerencial e uma dimensão assistencial. Na sequência, serão sintetizadas informações acerca da esquizofrenia, inclusive sobre seu quadro clínico e critérios diagnósticos, por um lado, e sobre o impacto ocasionado por tal transtorno mental tanto para o paciente quanto para sua família. O último tópico da seção de Introdução versará sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a importância do enfermeiro para a articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária.

O marco teórico adotado será, então, explicitado. Para tanto, será definido o conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica. Além disso, será apresentado um mapeamento das pesquisas norteadas pelo emprego de tal conceito. Os objetivos do presente estudo serão detalhados adiante, assim como os participantes, os procedimentos referentes à coleta e à análise de dados, bem como os cuidados éticos. Os resultados obtidos serão veiculados e discutidos a seguir. Fechando o presente estudo, serão demarcados seus limites e suas principais contribuições.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Do Movimento Sanitário ao Sistema Único de Saúde: um breve resgate histórico

Nas décadas de 1970 e 1980, a sociedade brasileira vivenciou profundas transformações motivadas por acontecimentos nos setores social, político e econômico. Em tal período, o regime militar, com seu autoritarismo, foi enfraquecido pelo crescente endividamento externo e pelos questionamentos oriundos dos movimentos sociais, os quais buscavam melhores condições de vida para a população em geral. Estes questionamentos se voltaram para a área da saúde e geraram o chamado Movimento Sanitário, que passou a denunciar, dentre outras coisas, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os elevados índices de desemprego, o perfil epidemiológico marcado por alarmantes taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infectocontagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho (Dimenstein, 1998).

Dâmaso (1989) afirma que o Movimento Sanitário foi liderado por intelectuais progressistas do setor da saúde, colocando-se como um saber contra-hegemônico que criticava o modelo dominante de atenção à saúde e, assim, buscava produzir reformas nas políticas e práticas que vigoravam no Brasil de modo a torná-las mais efetivas para toda a população, especialmente no sentido de fortalecer o vínculo entre tal setor e a sociedade e desenvolver uma consciência sanitária. Desta forma, seria possível a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, tendo como princípio, para tanto, a tática de ocupação dos espaços institucionais e a participação ativa da sociedade no processo de formulação e implementação das políticas de saúde.

A partir destas questões iniciais, podem ser observadas algumas propostas de mudança na rede de assistência à saúde no país. Ainda em 1979, o Ministério da Saúde e Previdência Social criou Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), apresentando como princípios a regionalização da assistência, a hierarquização dos serviços e dos

profissionais, a máxima padronização dos procedimentos, com a simplificação do cuidado médico, e a participação comunitária. Estas ideias foram muito bem aceitas pelos progressistas alinhados ao Movimento Sanitário, porém, foram rejeitadas pelos representantes do setor privado, e não tiveram aplicação efetiva (Queiroz & Vianna, 1992).

Em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) criou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, buscando estabelecer normas mais adequadas para a assistência em saúde, para a alocação de recursos financeiros e para a implementação de medidas de avaliação e controle. Deu-se início, então, a um processo de mudança na lógica assistencialista, conferindo prioridade às ações básicas de saúde, através da Atenção Primária e do atendimento ambulatorial, e à utilização da capacidade ociosa do setor público, em detrimento da contratação do setor privado, o qual passou a ter caráter complementar, constituindo-se, assim, uma política de descentralização, regionalização e hierarquização da rede assistencial, de forma unificada (Rosa & Labate, 2005).

Este Movimento culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual propiciou ainda um espaço para problematização do conceito de saúde. Neste processo, questionou-se a centralidade dos aspectos biológicos da saúde e buscou-se a formulação de uma concepção ampliada, a qual veio a considerar a saúde como produto social resultante da ação de diversos determinantes, como acesso a lazer, educação, saneamento básico, trabalho e, inclusive, serviços de saúde, dentre outros. Como se lê no Relatório Final de tal evento:

“... as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde,

constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária” (Brasil, 1986, p. 10).

Desta forma, com a VIII Conferência Nacional de Saúde ficaram definidas as bases do projeto que veio a ser chamado de Reforma Sanitária Brasileira. O eixo de tal projeto foi fixado em alguns pontos fundamentais, como a concepção ampliada de saúde, que articula políticas sociais e econômicas, e o enquadramento da saúde como direito de todos e dever do Estado. Como consequência, levou à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, por um lado, e a participação popular e o controle social dos serviços públicos de saúde, por outro.

Tais princípios foram incluídos na Constituição do Brasil, em 1988, especificamente no capítulo da Seguridade Social, e inscritos entre os direitos sociais, mas foram efetivados dois anos depois, por meio da Lei Orgânica nº 8080/1990. E a referida Lei estabeleceu, ainda, a organização da saúde em níveis de atenção, ao preconizar, em seu 8º artigo, que “as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. Sendo assim, assumiu-se como diretriz a superação da lógica clínico-assistencial tradicional mediante a prática do acolhimento integral, o qual deve levar em conta as relações sociais, culturais, ambientais e econômicas (Alves, 2014).

Esta diretriz alinha-se aos pressupostos internacionalmente estabelecidos por meio da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, resultantes, respectivamente, da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada em 1976, e da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1978. Destaca-se, da Declaração de Alma-Ata, a centralidade dos cuidados primários, enquadrados como cuidados

essenciais de saúde, baseados em métodos e técnicas práticas, com fundamentação científica, e acessíveis de forma universal pela população. Além disso, o referido documento definiu que os cuidados desta natureza, constituindo o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde, devem ser disponibilizados próximos aos lugares onde as pessoas vivem e convivem, como parte inicial de um processo continuado de cuidados em saúde (Organização Mundial da Saúde, 2002a).

Vale destacar ainda que os princípios da Declaração de Alma-Ata foram agregados às políticas públicas dos 134 países participantes, sendo que a proposta conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” se colocou como meta a ser atingida por todos eles a partir do emprego de tecnologias simples e de serviços de saúde locais, de maior cobertura territorial (Organização Mundial da Saúde, 2002a). Já a Carta de Ottawa versou sobre a reorientação dos serviços, necessidade que exigiria investimentos de pesquisa em saúde e mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área, buscando focalizar as necessidades globais do indivíduo, a ser visto de forma integral. Por outro lado, a importância da participação e colaboração de outros setores da sociedade e da própria comunidade em prol da saúde igualmente foi enfatizada neste documento (Organização Mundial da Saúde, 2002b).

Em suma, como defendem Guimarães e Medeiros (2001), com o advento do SUS teve início uma transição entre dois modelos de atenção em saúde no Brasil. Buscou-se a superação de um modelo com enfoque individual, curativo, discriminador e excludente, para um outro modelo, centrado no coletivo, que busca a promoção da saúde e a prevenção de agravos, de forma inclusiva e tolerante, a partir da valorização da Atenção Primária, em consonância com a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa. Neste segundo modelo, os usuários¹ devem ser capacitados para operar como agentes da própria saúde e, em um sentido mais amplo, da saúde

1 Ao longo do texto, os termos “usuário” e “paciente” foram usados como equivalentes. O primeiro tem sido frequente em legislações sobre Saúde Pública, e o segundo é mais empregado em textos científicos.

da comunidade que integram, o que implica em desafios que demandaram a formulação de políticas de saúde mais específicas. Porém, é preciso salientar que, na atualidade, ainda coexistem práticas representativas dos dois modelos, o que revela a necessidade de um debate permanente sobre qual seria a maneira mais apropriada de organizar o sistema de saúde no país.

1.2 A Atenção Primária no Brasil e a dupla dimensão do trabalho do enfermeiro

Como parte de uma iniciativa de estruturação da rede de saúde a partir da Atenção Primária no Brasil, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), segundo o qual os profissionais dos centros de saúde passaram a se organizar em equipes de referência atuando dentro de um determinado território e atendendo os usuários conforme sua abrangência, tanto nos centros de saúde propriamente ditos quanto nas residências das famílias. Cada equipe, em sua configuração mínima, era composta, inicialmente, por um médico generalista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde (ACSs). Em um momento posterior, foi estabelecida a possibilidade de uma configuração ampliada, incluindo nas equipes outros profissionais de saúde, tais como dentistas, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos (Brasil, 1994).

Mas apenas em 2006 foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo que este nível de atenção deve ser constituído pela reunião de ações em saúde que visam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Além disso, a PNAB estabeleceu que a Atenção Básica – ou Atenção Primária² – deve ser desenvolvida através do trabalho em equipe, de práticas

2 A partir de uma extensa pesquisa bibliográfica, Gil (2006) constatou que os termos Atenção Básica e Atenção Primária comumente são utilizados na literatura científica e nos documentos oficiais brasileiros como sinônimos. No presente estudo, optou-se por utilizar o termo Atenção Primária, por ser anterior e mais difundido a nível internacional. Mas é interessante mencionar que, conforme Mata e Morosini (2008), o termo Atenção Básica se propagou no Brasil como uma forma de enfatizar a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira à estratégia de organização da atenção à saúde, já adotada em diversos países, centrada em cuidados essenciais de saúde prestados a indivíduos e comunidades de forma regionalizada.

gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em territórios bem definidos, considerando sua dinamicidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, com foco nos problemas de saúde de maior frequência e relevância local (Brasil, 2006). Dessa forma, a PNAB forneceu elementos de grande relevância para a operacionalização da Atenção Primária no Brasil.

Posteriormente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabeleceu a revisão de alguns destes elementos, além de que considerou a possibilidade de determinadas UBSs desenvolverem ações de Atenção Primária a despeito de não adotarem o PSF, desde que ofereçam assistência a uma população adstrita de até 18.000 habitantes – nos grandes centros urbanos – e se localizem dentro do território pelo qual possuem responsabilidade sanitária (Brasil, 2011). Contudo, o PSF não deixou de ser considerado uma ferramenta essencial para a reorientação do sistema de saúde, tendo passado, inclusive, a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Esta mudança na nomenclatura sinaliza, na realidade, o reconhecimento da necessidade de ampliação de seu escopo.

Neste sentido, a Portaria nº 2.488 sustenta que a ESF auxilia na consolidação dos princípios do SUS por

“favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (Brasil, 2011).

Para que tal capacidade possa ser efetivada, o enfermeiro, conforme Backes, Backes, Erdmann e Büscher (2012), tem um importante papel a desempenhar, funcionando como

³ A alteração da nomenclatura, de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família, aponta a centralidade da Atenção Primária no SUS. Contudo, como ressaltou Silva (2012), desde sua criação o PSF já apresentava características diferentes dos demais programas do Ministério da Saúde, não se tratando de uma ação a ser desenvolvida de forma paralela pelo sistema de saúde, mas, sim, de uma iniciativa de reorganização da assistência.

“interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF, que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidades” (p. 227). Ocorre que, para os autores, em sua formação, o enfermeiro é capacitado para ocupar diferentes espaços sociais e executar variadas atividades, tais como a atenção direta ao paciente, a gestão, o ensino, a pesquisa e a direção de ações educativas voltadas à promoção de saúde, dentre outras. Logo, o enfermeiro deve atuar de forma proativa na identificação das necessidades de cuidado das pessoas do território em que se encontra lotado, promovendo a relação entre os sujeitos, especialmente em prol da articulação entre os usuários e os profissionais de saúde.

A própria Portaria nº 2.488 reconhece que o enfermeiro tem condições de realizar tarefas diversificadas. Afinal, estabelece que, em linhas gerais, cabe a este profissional de saúde atuar junto a indivíduos cadastrados nas equipes ou oriundos de espaços comunitários: a) desenvolvendo consultas de Enfermagem, b) executando atividades em grupo; c) solicitando exames complementares e d) empreendendo tanto ações programadas quanto ações direcionadas à demanda espontânea. Além disso, em parceria com os demais membros da equipe, o enfermeiro coordena o trabalho dos ACSs, realiza atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) participa do gerenciamento de insumos necessários para o funcionamento do serviço de saúde ao qual está vinculado (Brasil, 2011).

Sousa (2000) observa que, para que se possa compreender de modo contextualizado o papel do enfermeiro na Atenção Primária, é preciso realizar uma retomada histórica da profissão. Como consequência, destaca que, até o século XIX, o trabalho do enfermeiro centrava-se no cuidado de famílias que não possuíam recursos para as demandas de seus doentes, e, desvinculado do saber médico, apresentava um cunho comunitário ou até mesmo religioso. Isso se deve ao fato de a Enfermagem e a Medicina possuírem origens e terem apresentado percursos

separados até a difusão da prática de internação de pacientes para tratamento e assistência nos hospitais, ocasionando, como consequência, a institucionalização da Enfermagem Hospitalar.

Tal prática se colocou, então, como modelo hegemônico para o tratamento das doenças, impondo-se, para além da Enfermagem, aos profissionais da área da saúde como um todo. Novaes (1990), porém, defende que este modelo, sendo caro, desumano e pouco resolutivo, estimulou o culto à doença, e não à saúde, e a devoção à tecnologia no desenvolvimento de atividades científicas e assistenciais em saúde. Almeida, Mello e Neves (1991) acrescentam que, a despeito disso, a partir do século XIX, na Inglaterra, a Enfermagem emerge como uma prática que vem a higienizar e disciplinar o espaço hospitalar, tomando o corpo doente como objeto de trabalho na perspectiva de um projeto de recuperação individual.

Deste momento em diante, com a adoção de um modelo clínico do qual o médico é o principal agente, recorta-se a doença como objeto de trabalho. Outros profissionais de saúde gradativamente aderem a este modelo clínico devido à necessidade de se garantir uma infraestrutura institucional mais adequada. Entretanto, o trabalho em saúde é dividido em momentos mais intelectuais e momentos mais manuais, sendo que o médico se apropriou dos primeiros e restou ao enfermeiro os segundos. Logo, o médico se encarregou do diagnóstico e da terapêutica, e o enfermeiro da ação de “cuidar” do corpo doente, incluindo, por exemplo, a observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, os procedimentos técnicos e de comunicação e integração entre pacientes e demais profissionais (Sousa, 2000).

Porém, como ressaltam Matumoto, Fortuna, Kawata, Mishima e Pereira (2011), o processo de implantação do SUS permitiu, em certa medida, uma resignificação do trabalho do enfermeiro, em especial no âmbito da Atenção Primária no país, o que foi reforçado a partir da criação da ESF, que, como mencionado, definiu como atribuições deste profissional, além do trabalho de administração e organização do serviço de saúde, a realização de ações clínicas de atenção. Neste cenário, se tornou evidente a importância de a Enfermagem incorporar

gradualmente às suas práticas as chamadas “tecnologias leves”, como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, inclusive para lidar com demandas incertas, imprevistas⁴. Portanto, é possível apreender do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária duas dimensões, sendo uma dimensão gerencial, relativa à articulação dos diversos saberes e responsabilidades dos diferentes profissionais de saúde neste nível de atenção, e uma dimensão assistencial, composta por um conjunto de ações diretas com os usuários de saúde.

Em um estudo que buscou caracterizar e compreender as práticas de enfermeiros em UBSs, Silva, Nozawa, Silva e Carmona (2001) afirmam que estes profissionais têm encontrado espaço para o desenvolvimento de atribuições importantes, propondo atividades, estabelecendo como o próprio trabalho será realizado e mantendo autonomia em suas ações, apesar de limitações relativas à organização do sistema de saúde. Isso se torna possível na medida em que o enfermeiro pode construir linhas de escape no contexto de limitações para modificar realidades, empregando uma visão com enfoque social, e não apenas biológico, no entendimento da determinação do processo saúde-doença, tendo o seu trabalho, então, um diferencial importante.

Tal entendimento social do processo saúde-doença por parte do enfermeiro é enfatizado por Tanaka e Ribeiro (2009), que afirmam ter havido, nas últimas décadas, uma mudança de foco no campo da saúde, por meio da qual têm obtido mais aceitação concepções relacionadas à qualidade de vida, sendo que tal condição poderia ser compreendida genericamente como um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individualmente ou coletivamente”. E este paradigma também vem influenciando as teorias sobre a causalidade das doenças, pois a concepção unicausal, anteriormente preponderante, tem perdido força à medida em que ganha destaque a concepção multicausal, que reconhece a importância dos estilos de

4 Obviamente tal incorporação depende de múltiplos fatores, como as condições de trabalho em cada território da ESF e a execução de ações de EPS.

vida, do meio ambiente e do sistema de saúde no processo saúde-doença e, assim, modifica gradativamente as propostas de práticas de cuidado, incorporando a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática.

É válido ainda salientar que, no estudo já citado de Silva et al. (2001), foram enquadradas como próprias do enfermeiro, nas UBSs, atividades gerenciais, de coordenação e de atenção, sendo estas de caráter tanto individual quanto coletivo. Notificações de doenças, pedidos de materiais, agendamento de consultas e elaboração de relatórios seriam exemplos de atividades gerenciais, ao passo que a organização, o treinamento e o controle do trabalho de Enfermagem, abrangendo registros em folha-ponto, registros de faltas, organização de escalas e supervisão das equipes para a realização de curativos, acolhimento e aplicação de vacinas se constituiriam atividades de coordenação. Dentre as atividades de atenção de caráter individual, pode-se citar o acolhimento, as visitas domiciliares, as consultas de Enfermagem em programas específicos, a realização de testes do “pezinho”, coletas de material citopatológico, exames clínicos de mamas e curativos cirúrgicos, a instalação de sondas vesicais e nebulização, a verificação de pressão arterial e glicemia capilar, a solicitação de exames, a avaliação de exames laboratoriais solicitados pelos médicos, o desenvolvimento de entrevista de avaliação com casais para procedimento de vasectomia e a distribuição de medicamentos. Por fim, as atividades de atenção de caráter coletivo contemplariam grupos voltados ao planejamento familiar ou controle de doenças em públicos específicos, como tabagistas, diabéticos e asmáticos.

1.3 A saúde mental e o paradigma da esquizofrenia: alguns apontamentos

Conforme observou Silva (2015), os questionamentos relacionados à saúde pública do Brasil vigentes nos anos 1980 e as mudanças deles decorrentes que foram operacionalizadas nos anos 1990 se estenderam, em proporção significativa, para o campo da saúde mental. Dessa

forma, é possível estabelecer uma interlocução entre a Reforma Sanitária Brasileira e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em que pese o fato de que tais movimentos não podem ser reduzidos um ao outro. Além disso, a reformulação das políticas de saúde passou a preconizar o desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária (Almeida, 2010). Logo, o tema passou a ser mais debatido no país.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental⁵, basicamente, como um estado de bem-estar no qual o indivíduo pode lidar com as pressões rotineiras do dia a dia, com controle de suas atitudes, sendo produtivo e participando do cotidiano de sua comunidade (Organização Mundial da Saúde, 2001). Paiva (2015) observa que se trata de um estado influenciado por diversos fatores, inclusive biológicos, socioeconômicos e ambientais, de modo que faz parte de uma grande área de conhecimento que envolve ações de caráter transdisciplinar e intersetorial. A autora, por outro lado, defende que o sofrimento – entendido como a vivência de ameaça/ruptura da unidade/identidade da pessoa resultante da interação entre o impacto emocional de determinado fato, sua condição social, temperamento, história de vida e rede de apoio – é perturbador da saúde mental e pode, assim, desencadear um transtorno mental.

Vale destacar que a prevalência de transtornos mentais na população em geral é significativa e configura um problema de saúde pública a nível global na atualidade. Segundo uma definição amplamente aceita na atualidade, os transtornos mentais podem ser compreendidos como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” (Organização Mundial da Saúde, 2005). E estima-se que

5 Cabe salientar que esta definição de saúde mental foi cunhada a partir da definição geral de saúde, a qual, também segundo a OMS, diz respeito a um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas à ausência de doenças ou enfermidades” (Organização Mundial da Saúde, 1946). Porém, diversos autores criticam esta definição de saúde, considerando-a excessivamente abrangente, bem como utópica e normativa. Lunardi (1999), por exemplo, adverte que a definição de saúde é individual, subjetiva, alheia à padronização e determinação pré-estabelecida. A autora também questiona a noção de “completo bem-estar”, afirmando trata-se de algo inexistente na realidade.

tais condições correspondam a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade no mundo (Santos & Siqueira, 2010).

No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, cerca de 3% da população sofre das chamadas “doenças mentais severas” ou “doenças mentais persistentes”, 6% apresenta transtornos mentais graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Porém, estudos de prevalência indicam que, na realidade, as “doenças mentais severas” e as “doenças mentais persistentes” afetariam, respectivamente, 6,0% e 3,1% das pessoas. Portanto, estima-se que mais de 10 milhões de brasileiros demandariam atenção psiquiátrica especializada (Mari et al., 2007).

A esquizofrenia é um dos transtornos mentais mais frequentes nos dias de hoje⁶, pois acomete aproximadamente 1% da população geral. Trata-se da mais comum das psicoses e, logo, de uma espécie de paradigma das DMSs, por abranger sintomas típicos de outras condições psicopatológicas, reunindo-as em um mesmo quadro clínico, como será detalhado adiante. Como destaca Almeida (2010), a esquizofrenia provoca consequências psicológicas e sociais devastadoras, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, por seu início geralmente precoce – adolescência ou idade adulta jovem – e comprometimento dos anos de vida mais produtivos. Além disso, implica na desorganização de diversos processos mentais, de forma que, embora se manifeste em crises agudas, é incapacitante na maioria dos casos e apresenta evolução usualmente crônica, razão pela qual exige seguimento e tratamento por toda a vida a partir da conjugação de tratamentos medicamentosos e abordagens psicossociais.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (Associação Psiquiátrica Americana, 2000), em sua quarta edição (DSM-IV), classificou a esquizofrenia como uma

⁶ O termo “esquizofrenia” foi cunhado pelo psiquiatra alemão Eugen Bleuler, em 1911, para aludir à cisão das funções mentais que observava em muitos pacientes. Ocorre que as palavras de origem grega “esquizo” e “frenia”, significam, respectivamente, “divisão” e “espírito” ou “mente”.

perturbação com duração mínima de um mês da fase ativa, na qual devem ser apresentados dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, pensamento e discurso desorganizados e comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal. Já a *Classificação Internacional de Doenças* (Organização Mundial da Saúde, 1993), em sua 10ª edição (CID-10), estabeleceu uma distribuição dos sintomas em oito grupos, sendo que os quatro primeiros abarcam delírios, alucinações, irradiação de pensamento e comportamentos culturalmente inapropriados, baseados na crença em poderes e capacidades sobre-humanas. Já os quatro últimos grupos de sintomas englobam alucinações persistentes, neologismos, interpolação no curso do pensamento resultando em incoerência ou fala irrelevante, comportamento catatônico, apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento e diminuição do desempenho social⁷.

Desta forma, os principais sintomas da esquizofrenia comumente são classificados em positivos e negativos, conforme Almeida (2010). Dentre os sintomas positivos, estariam os delírios e as alucinações. Os sintomas negativos, por outro lado, seriam constituídos por retraimento social, perda ou diminuição da vontade e do contato com outras pessoas. Outros sintomas, como depressão e euforia, podendo ser acompanhados por delírios de grandeza, são qualificados como afetivos. E há ainda os déficits cognitivos, incluindo diminuição da atenção e deterioração gradativa do intelecto.

O quadro clínico da esquizofrenia, portanto, se encontra bem estabelecido. Apesar disso, como observou Sousa (2016), o cuidado em saúde que muitos pacientes – e também seus familiares – recebem é insuficiente, o que os conduz a certo ostracismo social. Neste cenário,

⁷ É importante salientar que os sistemas de classificação citados adotam uma racionalidade diagnóstica em função da qual aspectos objetivos são enfatizados em detrimento de aspectos subjetivos dos quadros clínicos enquadrados como transtornos mentais. Dunker (2014) critica tal racionalidade diagnóstica afirmando que a mesma favorece um processo social de alienação e mercantilização do sofrimento psíquico. A propósito da esquizofrenia, especificamente, diferentes correntes teóricas preconizam compreensões mais amplas. Detalhar tais compreensões foge ao escopo do presente estudo. Contudo, uma sugestão de leitura acerca do tema é o trabalho de Nobre (2011), em que é apresentada uma leitura psicanalítica das manifestações sintomáticas da esquizofrenia.

o suicídio se afigura como uma das principais causas de mortalidade entre tal público. Justamente por essa razão campanhas têm sido promovidas para combater a estigmatização da esquizofrenia, fenômeno cuja compreensão demanda algumas observações pontuais sobre a história da “loucura”. Afinal, o modo como o ser humano se posicionou sobre o assunto se deu de maneiras diversas ao longo do tempo.

Conforme Holmes (1997), ao longo da história da humanidade a “loucura” assumiu diversos significados. Ocorre que os povos gregos, egípcios, mesopotâmios e hebreus acreditavam que a possessão por deuses irados, demônios e espíritos maus era responsável pelos comportamentos anormais, havendo registro deste entendimento em papiros e escritos. Por outro lado, na Grécia Antiga a “loucura” era vista como uma espécie de privilégio associado a um dom divino, e na Antiguidade Clássica, como uma condição fantástica e inumana. Na Idade Média, comumente se considerava o “louco” um agente do demônio e, assim, um perigo para a sociedade, o que lhe determinava uma clara delimitação física de espaço.

Castro (2014) pontua que o século XVII representa um período de transição, pois a loucura começou a ser vista como doença. O asilo tornou-se, então, o lugar do “louco”, para curar sua desrazão e, se possível, torná-lo um sujeito de direitos. Estes princípios foram adotados na maior parte do mundo ocidental, porém acabaram sendo desvirtuados, de maneira que o asilo se converteu em um violento espaço de exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades (Amarante, 1995). Para Almeida (2010), apenas na segunda metade do século XVIII o tratamento da “loucura” se consolidou como atribuição da Medicina. Porém, seu objetivo, essencialmente, era a reeducação e a mudança de hábitos supostamente amorais em face dos padrões éticos vigentes.

No Brasil, o Hospício Dom Pedro II, apesar de criado em 1814, foi inaugurado apenas em 1852, sendo que, pouco tempo após sua abertura, atingiu sua capacidade de lotação, o que justificou a construção de mais hospitais psiquiátricos. Tal instituição foi a primeira no país

dedicada especificamente ao tratamento da “loucura”. Vale destacar que, em 1903, seu diretor à época elaborou e conseguiu a aprovação da primeira “lei dos alienados”. Segundo esta legislação, o hospício seria o estabelecimento oficial de tratamento do “louco”. Além disso, ficou definido que sua “reclusão” poderia ser solicitada por “autoridade pública” ou “particular” e seria determinada por atestado médico comprovando “moléstia mental” (Barros & Egry, 2001).

A partir de 1950, teve início um lento processo de esvaziamento dos hospitais psiquiátricos em diversos países e, conseqüentemente, foram empreendidas as primeiras práticas terapêuticas com preocupação ressocializante e protetora de fato. No tocante ao tratamento de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, especificamente, o surgimento da clorpromazina foi importante para reforçar a possibilidade de acompanhamento domiciliar (Teixeira, Mello, Grando, & Fraiman, 1997). No Brasil, entretanto, muitos hospitais psiquiátricos se mantiveram superlotados pelos anos subsequentes. Houve, inclusive, um aumento do número de leitos. E a maioria dos pacientes que havia obtido alta não conseguia atingir uma efetiva reinserção social, até mesmo porque a medicalização, mesmo fora do espaço físico dos hospitais psiquiátricos, se afigurava como a única proposta de cuidado (Almeida, 2010).

1.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as contribuições do enfermeiro no campo da saúde mental

Somando-se ao surgimento dos primeiros psicofármacos, em diversos países a sociedade passou a adotar uma nova postura em relação aos portadores de transtornos mentais – e, em sentido mais amplo, às pessoas em sofrimento psíquico como um todo – ao se deparar com recorrentes constatações de maus-tratos nos hospitais psiquiátricos. Neste sentido, Zusman (2002) identifica o período que se seguiu à II Guerra Mundial como o berço dos projetos de

Reforma Psiquiátrica, ou seja, de reestruturação da assistência em saúde mental que, até então, se mostrava excludente e segregadora. Uma série de experiências foram empreendidas com tal intuito. Uma delas foi decisiva para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e por isso será abordada aqui: a Psiquiatria Democrática Italiana. Seu principal expoente foi o médico psiquiatra Franco Basaglia, o qual, sem negar a existência dos transtornos mentais, propôs uma maneira mais ampla de lidar com os mesmos, compreendendo a “loucura” como uma condição na qual o sujeito se refugia para se ver livre de uma realidade social com a qual encontra dificuldades acentuadas.

A Psiquiatria Democrática Italiana teve início na década de 1960, quando Basaglia assumiu a direção de um hospital psiquiátrico no interior do país, e se intensificou a partir de 1971, quando ele passou a gerenciar o Hospital Psiquiátrico de Trieste. Tal movimento centrou sua luta no enfraquecimento dos manicômios e na revisão jurídica-normativa que sustentava a assistência em saúde mental, buscando a recuperação da cidadania dos portadores de transtornos mentais. A mudança na condição legal e civil era essencial para a desconstrução das práticas anteriores, sendo que a aprovação da Lei nº 180/1978 representou uma avanço neste sentido, pois propiciou medidas inéditas na legislação internacional. Dentre elas, a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos e consequente substituição por serviços abertos, bem como a eliminação da custódia do “louco”, o que lhe assegurou a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto (Yasui, 2011).

Tratar o “louco” como “doente mental” contribuiria para que ele viesse a perder suas referências sociais, profissionais e relacionais, dentre outras. Logo, o hospital psiquiátrico, na realidade, constituiria um instrumento de tratamento bastante inadequado (Amarante, 1995). Estes posicionamentos foram centrais para a Psiquiatria Democrática Italiana e, sendo colocados em ação, ensejaram profundas mudanças no campo da saúde mental. Afinal, iniciaram a desconstrução do estigma do “louco” como alguém perigoso e incapaz, bem como

possibilitaram a difusão de práticas terapêuticas em liberdade, através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos inseridos no território do usuário e respaldados em um conjunto heterogêneo de saberes.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, por sua vez, começou a se delinear no fim da década de 1970, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, mas se distinguiu das demais manifestações político-sociais que caracterizaram este momento do país pela crítica direcionada especificamente às instituições psiquiátricas. Além disso, Petronilho (2016) realça que o movimento foi capitaneado pelos membros do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e por familiares de pacientes, os quais denunciaram tanto a mercantilização da “loucura” vigente nos hospitais psiquiátricos quanto situações de violência, agressão e, inclusive, mortes cujas causas não foram devidamente esclarecidas. Tais denúncias, como aponta Braz (2016), qualificavam o trabalho desenvolvido em muitos hospitais psiquiátricos como violação de direitos humanos, nos termos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas em 1948, por sua natureza cruel e degradante.

Em 1987, com a realização do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o qual representa uma importante bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 2001). Por meio deste evento, se preconizou a ruptura com os princípios conceituais e as estratégias políticas que predominavam até então no campo da saúde mental, e como consequência, a abertura a novas possibilidades em termos éticos, sociais, institucionais e jurídicos, como observou Petronilho (2016). Mas a Reforma Psiquiátrica Brasileira também foi influenciada por diretrizes estabelecidas em eventos internacionais, como a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, que, foi convocada pela Organização Mundial da Saúde em 1990 e resultou na Declaração de Caracas.

Tal documento sublinhou que a assistência psiquiátrica vigente até o momento não se alinhava aos princípios da Atenção Primária, pois não privilegiava ações comunitárias, descentralizadas, participativas, contínuas e preventivas. Ademais, enfatizou que o modelo hospitalocêntrico cerceia os direitos humanos (Dias, 2007). Silva (2015) destaca que o Brasil, como signatário da Declaração de Caracas, assumiu compromissos que deram início ao processo legal de reestruturação da assistência em saúde mental no país, especialmente no que tange à demanda de articulação com a Atenção Primária para salvaguardar a dignidade pessoal dos portadores de transtornos mentais e das pessoas em sofrimento psíquico. Logo, foi estimulada a estruturação de serviços substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos como meio para viabilizar a reabilitação social deste público, bem como a capacitação de recursos humanos para o trabalho em saúde mental.

Foi a partir de então que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para Tanaka e Ribeiro (2009), passou a alterar conceitos e práticas relativos à saúde mental no país, com foco na desinstitucionalização por meio da progressiva redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e da organização de uma rede de serviços substitutivos na comunidade. E há uma série de documentos que ilustram iniciativas nesta direção. A Portaria nº 189/ 1991, por exemplo, definiu que todos os estabelecimentos de saúde que prestavam atendimento em saúde mental no contexto do SUS deveriam ser submetidos à supervisão, controle e avaliação periódicos (Brasil, 1991). E a Portaria nº 224/ 1992 estabeleceu a prerrogativa da humanização do cuidado em saúde mental, de modo que proibiu internações psiquiátricas em espaços restritivos (Brasil, 1992).

Ainda em 1992, cabe destacar a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a mobilização de milhares de pessoas e teve como eixos centrais a constituição da rede de atenção em saúde mental, a transformação e o cumprimento das leis relativas à temática e o direito à cidadania por parte dos portadores de transtornos mentais e das pessoas

em sofrimento psíquico (Brasil, 1994). Por fim, no mesmo ano também se deu a aprovação da Lei nº 9716/1992, responsável por estabelecer a Reforma Psiquiátrica especificamente no Estado do Rio Grande do Sul (Brasil, 1992). A proibição da privação de liberdade foi um dos avanços da referida legislação, que também vetou a construção de hospitais psiquiátricos no Estado em questão, a prática de internações prolongadas e segregação social de tal público.

Não obstante, somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e tendo sido realizadas várias mudanças em seu texto-base, o chamado “Projeto de Lei Paulo Delgado” foi sancionado sob a forma de Lei nº 10216/2001 e, assim, institui-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dispondo sobre a proteção dos direitos dos portadores de transtornos mentais e das pessoas em sofrimento psíquico e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental em prol do acesso universal e do tratamento em serviços de saúde de base comunitária, esta Lei definiu que a internação psiquiátrica deveria ocorrer apenas quando os meios extra-hospitalares se mostrassem insuficientes, a fim de superar a institucionalização e promover a reinserção social deste público. Sendo assim, como salienta Braz (2016), colocou-se em relevo a importância da Atenção Primária no que diz respeito à saúde mental.

Por essa razão, desde 2001 o Ministério da Saúde tem elaborado, até mesmo como forma de consolidar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, diversos documentos que tratam da articulação entre saúde mental e Atenção Primária. Um dos mais relevantes, para Braz (2016), é o Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2001). Ressalte-se que os documentos dessa natureza são respaldados em diretrizes estabelecidas por órgãos internacionais que, como a Organização Mundial da Saúde, defendem que a Atenção Primária tem potencial para desenvolver, em especial, dois tipos principais de ações em saúde mental: a detecção de queixas relativas ao sofrimento psíquico e a escuta qualificada das mesmas. Todavia, a partir dessas ações, tanto

pode se dar o encaminhamento a serviços especializados quanto pode ocorrer o acompanhamento na própria Atenção Primária (Tanaka & Ribeiro, 2009).

Vale destacar também que um evento, com o título “Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, foi realizado em 2004 pela Coordenação Geral de Saúde Mental e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica, tendo resultado na definição de uma série de estratégias importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2004). A articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária, segundo Braz (2016), se beneficiou significativamente desta iniciativa, o que, para o autor, possibilitou uma aproximação com a população a ponto de evidenciar que a superação da institucionalização da “loucura” típica do modelo hospitalocêntrico seria viável. E isso ocorreu, sobretudo, porque a organização da Atenção Primária é pautada na lógica da territorialidade e, assim, estende a cobertura do direito à saúde a um maior número de pessoas.

Particularmente no Brasil, a Atenção Primária, em especial a partir do advento do PSF, possui o mérito de trabalhar também com a promoção da saúde. Com isso, conforme Amarante (2001), vem politizando as ações de saúde e fomentando iniciativas intersetoriais que fortalecem a cidadania. A territorialidade preconizada pela Atenção Primária tem permitido a construção de uma rede ampliada dos serviços de saúde, principalmente ao ensejar o diálogo entre as UBSs e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) (Braz, 2016). E este diálogo foi regulamentado com a aprovação da Portaria nº 3088/ 2011, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abrangendo tanto pessoas em sofrimento psíquico quanto com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e portadores de transtornos mentais (Brasil, 2011). Tal legislação enfatiza a importância da qualificação do cuidado para a promoção da autonomia e da liberdade deste público, bem como para o combate a estigmas e preconceitos relativos ao mesmo, de modo que claramente se alinha aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Também com o intuito básico de qualificar o cuidado, em 2004 o Ministério da Saúde adotou o matriciamento, ou apoio matricial, como ferramenta para facilitar o direcionamento do fluxo de usuários na rede de saúde, especificamente entre os CAPSs e as UBSs (Maciel et al., 2017). Trata-se de um novo arranjo organizacional, por meio do qual os chamados “matriciadores”, ou seja, profissionais especialistas em saúde mental, geralmente psicólogos e médicos psiquiatras, oferecem apoio técnico às equipes de referência da Atenção Primária para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e portadores de transtornos mentais, favorecendo a corresponsabilidade, a interdisciplinaridade e a diversidade de ofertas terapêuticas.

O matriciamento visa dar suporte às equipes de referência, que, segundo Dimenstein et al. (2009), comumente se sentem sem recursos para lidar com as demandas de usuários que vão até às UBSs em busca de atendimento para questões relativas à saúde mental, em especial nos casos de maior gravidade. Desta forma, o matriciamento se desenvolve por meio da realização de discussões compartilhadas de casos e de atendimentos conjuntos, bem como através do planejamento de atividades que buscam ampliar a capacidade resolutiva das equipes de referência, a potencialização das ações no território e a capilarização dos saberes. Logo, o matriciamento aposta no trabalho colaborativo para superar a antiga lógica dos encaminhamentos indiscriminados que dificulta a consecução dos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para auxiliar na difusão do matriciamento e, ao mesmo tempo, fortalecer a Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que vieram a ser regulamentados com a Portaria nº 2488/2011 (Brasil, 2011). Os NASFs se afiguram como equipes multiprofissionais compostas por médico pediatra, médico psiquiatra, médico acupunturista, médico ginecologista, médico homeopata, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e

terapeuta ocupacional. Tais profissionais devem atuar conjuntamente com aqueles vinculados diretamente à ESF, em prol de ações direcionadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

Garla (2016) ressalta que o desenvolvimento de ações de saúde mental demanda, por parte dos profissionais de saúde, um olhar totalizante, para que o usuário possa ser considerado suas facetas biológica, psicológica e social. Neste sentido, como observam Vieira e Neves (2017), as novas legislações sobre o assunto não conduzem a mudanças imediatas das práticas, pois devem ser acompanhadas de um gradativo processo de transformação cultural voltado à retirada da “loucura” do lugar social de desvalor que a mesma tem ocupado ao longo dos tempos e, sobretudo, à abertura a modos de vida singulares que se forjam no território. Logo, parece razoável propor que o protagonismo de tal processo cabe os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária, dentre os quais, vale reforçar, o enfermeiro possui um diferencial importante.

Porém, em estudo que procurou conhecer os recursos dos quais enfermeiros se utilizam para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico na ESF, Amarante, Lepre, Gomes, Pereira e Dutra (2011) verificaram que tais profissionais, ao se depararem com demandas concernentes à saúde mental, tendem ao encaminhamento para profissionais ou serviços especializados, desacreditando a autonomia do usuário e a lógica do território. Em tal estudo, de natureza descritiva, os autores coletaram dados por meio de entrevistas abertas conduzidas junto a vinte enfermeiros da ESF a partir da seguinte pergunta norteadora: “Qual a estratégia adotada pelo enfermeiro da ESF ao “paciente” portador de sofrimento psíquico?”. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, realizando-se a identificação de temas e o agrupamento dos dados em categorias temáticas.

O estudo de Nascimento e Braga (2004), realizado com sete enfermeiros e cinco médicos de um mesmo município a partir da realização de entrevistas e observações, também

ressalta que as ações de saúde mental desenvolvidas por tais profissionais na Atenção Primária seguem a lógica da programação em saúde e visam ao cumprimento do protocolo previsto. Com isso, surgem dificuldades para lidar adequadamente com as demandas individuais e as ações são orientadas pela prática da Psiquiatria tradicional, em que a medicalização e o encaminhamento são os instrumentos de escolha. Logo, muitas vezes ocorrem encaminhamentos automáticos, que não se beneficiam dos recursos disponíveis na comunidade, e possuem um caráter exclusivamente curativo, pois são organizados apenas a partir das queixas clínicas dos usuários. Para os autores, a reversão deste cenário – incompatível com as contribuições que o enfermeiro tem a oferecer na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira – passa pelo aprofundamento de seus conhecimentos sobre saúde mental, bem como depende de maturidade e compromisso ético de sua parte.

Neves, Lucchese e Munari (2010), por fim, abordam em um ensaio teórico um outro aspecto desta questão ao afirmar que a formação profissional do enfermeiro ainda possui um viés tecnicista marcante, o que causa um descompasso entre seu trabalho e o necessário desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária, nomeadamente a partir da implementação da ESF. Os autores observam que as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira são contempladas teoricamente por meio de disciplinas voltadas à saúde mental, mas as atividades práticas nelas fundamentadas poucas vezes priorizam o cuidado no território. Além disso, defendem que o atendimento de portadores de transtornos mentais no âmbito da ESF, pela complexidade que lhe é inerente, exige do enfermeiro saberes advindos tanto da sua formação profissional quanto de suas vivências sociais.

Em suma, o trabalho do enfermeiro, especialmente por comportar as dimensões gerencial e assistencial já referidas, pode ser considerado imprescindível para a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir da articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária. Contudo, há desafios a serem superados para que seu potencial venha a ser

aproveitado ao máximo neste sentido. Um deles se refere à desconstrução de antigos preconceitos relativos à “loucura” que ainda se revelam presentes em diversos segmentos da sociedade, inclusive entre a categoria profissional em questão. Paradoxalmente, também compete ao enfermeiro combatê-los. O presente estudo parte do princípio de que o conceito de imaginário coletivo, em sua acepção psicanalítica, é capaz de auxiliar a circunscrever tais preconceitos, em especial por meio da identificação de seu substrato ideativo-emocional.

2. MARCO TEÓRICO

O conceito de imaginário coletivo, considerado especificamente em sua acepção psicanalítica, surgiu em função de estudos desenvolvidos ou orientados pela psicanalista brasileira Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, professora da Universidade de São Paulo e atualmente também da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, os quais buscavam compreender as motivações de indivíduos e coletivos que sustentam práticas estereotipadas frente a certos públicos ou fenômenos⁸. Tais estudos, por sua vez, decorreram do fato de que a autora constatou, em seu trabalho didático na disciplina de Psicopatologia, que, para além da transmissão de conhecimentos teóricos e clínicos, deveria fomentar a transformação das concepções de seus alunos sobre a “loucura” (Aiello-Vaisberg, 1999).

Sendo assim, o imaginário coletivo pode ser psicanaliticamente definido como o conjunto de crenças, imagens e emoções que um determinado grupo social produz acerca de um fenômeno ou público em particular e que, de modo não-consciente, influencia suas ações em relação ao mesmo (Pontes, Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010). Neste sentido, Corbett, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014) defendem que o imaginário coletivo se destaca como um ambiente humano no qual se mesclam dimensões históricas, sociais, culturais e emocionais que geram manifestações simbólicas de subjetividades grupais. Logo, o imaginário coletivo constitui o substrato ideativo-emocional, ao mesmo tempo individual e social, das mais variadas condutas, independentemente da área em que as mesmas ocorrem (Russo, Couto & Aiello-Vaisberg, 2009).

É preciso esclarecer que o conceito de imaginário coletivo remete à noção de conduta especificamente como compreendida pelo psiquiatra e psicanalista argentino José Bleger. Para o autor, a conduta engloba as manifestações humanas como um todo, sendo que podem se

⁸ Ressalte-se que outros autores trabalham com conceitos semelhantes, em maior ou menor grau. Espig (2004), inclusive, desenvolveu uma interessante reflexão teórica em torno do conceito de imaginário, a qual demonstrou que o mesmo se difunde por diferentes áreas do conhecimento.

expressar na mente, no corpo ou no mundo externo. Uma única conduta, inclusive, pode se expressar nestas três áreas, mas como predomínio de uma sobre a outra em certo momento (Bleger, 1963/1989). Assim, o imaginário coletivo não se reduz a uma atividade imaginativa concernente à produção de imagens psíquicas, pois também pode se referir a práticas e ações que geram produtos mais concretos ao determinarem costumes e valores socialmente compartilhados que podem ensejar preconceitos e estigmas (Simões, 2012).

O conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica tem sido empregado em diversas pesquisas qualitativas nacionais nos últimos anos. A fim de estabelecer um mapeamento destas pesquisas, foi realizado um levantamento bibliográfico junto às bases de dados Scientific Electronic Library Online – Brasil (SciELO–Brasil) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic). Tal levantamento bibliográfico se deu mediante consultas executadas a partir da aplicação do descritor “imaginário coletivo” na opção de busca “todos os índices”, sem limite de tempo. Foram localizadas 17 referências, as quais foram submetidas a uma avaliação baseada na leitura dos textos completos e norteada em função de quatro dimensões básicas: (1) objetivos, (2) participantes, (3) procedimentos para coleta de dados e (4) principais resultados. As Tabelas 1 e 2 sintetizam os achados referentes a esta avaliação.

Tabela 1. Distribuição das referências selecionadas por objetivos, participantes e procedimentos para coleta de dados

Referências	Objetivos	Participantes	Procedimentos para coleta de dados
Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008)	Compreender o imaginário coletivo de professores do ensino superior sobre a inclusão escolar	12 professores dos cursos de Letras e Pedagogia	Entrevista grupal norteada pela utilização do PDE-T
Pontes, Cabrera, Ferreira e Aiello-Vaisberg (2008)	Compreender o imaginário coletivo de professores sobre a criança adotada	20 professores do Ensino Fundamental, com idades entre 25 e 55 anos, sendo que 10 atuavam em escola pública e 10 em escola particular	Entrevista individual norteada pela utilização do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas pelas pesquisadoras
Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia em formação clínica sobre a primeira entrevista diagnóstica	19 estudantes do curso de Psicologia, sendo 13 mulheres e seis homens, com idades entre 21 e 23 anos	Entrevista grupal norteada pela utilização do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas pelas pesquisadoras
Russo, Couto e Aiello-Vaisberg (2009)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre pessoas com deficiência	30 estudantes do curso de Educação Física	Abordagem coletiva norteada pelo PDE-T

Barreto e Aiello-Vaisberg (2010)	Compreender o imaginário coletivo de adolescentes interioranos sobre a fase da vida em que se encontram e a saída da casa paterna	Seis adolescentes interioranos de classe média, com idades entre 15 e 21 anos	Consultas terapêuticas coletivas norteadas pela utilização do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas pelas pesquisadoras
Pontes, Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2010)	Compreender o imaginário coletivo de adolescentes sobre a gravidez precoce	13 adolescentes, do último ano do Ensino Fundamental ao último ano do Ensino Médio	Abordagem coletiva norteada pela utilização do PDE-T
Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011)	Compreender o imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno	14 profissionais do setor de Enfermagem Obstétrica de um hospital universitário	Entrevista individual norteada pela complementação, pelas participantes, de uma história fictícia sobre conflitos relativos à maternidade, previamente elaborada pelas pesquisadoras
Montezi, Zia, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011)	Compreender o imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo	Seis professores do Ensino Médio de uma escola particular	Entrevista grupal norteada pela aplicação do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas, pelas pesquisadoras
Miranda, Serafini e Baracat (2012)	Compreender o imaginário coletivo de médicos no exercício da reprodução	22 médicos que atuavam com reprodução assistida em hospitais e clínicas privadas e particulares	Entrevista individual norteada pela utilização do PDE-T

	assistida sobre situações de difícil manejo		
Gallo-Belluzzo, Corbett e Aiello-Vaisberg (2013)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia em formação clínica sobre o primeiro atendimento clínico	52 estudantes do sétimo semestre do curso de Psicologia	Entrevista grupal norteada pela aplicação do PDE-T
Cambuí e Neme (2014)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia acerca do sofrimento psíquico contemporâneo	17 estudantes do curso de Psicologia, sendo 10 do primeiro ano e sete do quinto ano	Entrevista grupal norteada pela aplicação do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas, pelas pesquisadoras
Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Psicologia sobre dificuldades sexuais	47 estudantes, do quinto ao sétimo semestre, do curso de Psicologia, sendo oito homens e 39 mulheres, com idade média de 26 anos	Entrevista grupal norteada pela aplicação do PDE-T
Fialho, Montezi, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2014)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes de Educação Física sobre vida saudável	27 estudantes do curso de Educação Física, sendo 14 mulheres e 13 homens	Entrevista grupal norteada pela utilização do PDE-T

Simões, Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2014)	Compreender o imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento	17 profissionais de saúde (médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros e nutricionistas), sendo 11 mulheres e seis homens, com idades entre 28 e 60 anos	Entrevista individual norteada pela apresentação de 10 fotos de pessoas de diferentes faixas etárias e expressões fisionômicas em variadas situações cotidianas
Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014)	Compreender o imaginário coletivo de enfermeiras sobre a mulher cuja gravidez foi interrompida	Profissionais de uma equipe de Enfermagem Obstétrica (quatro enfermeiras, 10 técnicas de enfermagem e quatro assistentes de enfermagem), todas do sexo feminino	Entrevista individual norteada pela utilização do PDE-T e redação de narrativas psicanalíticas, pelas pesquisadoras
Granato e Aiello-Vaisberg (2016)	Compreender o imaginário coletivo de estudantes universitários sobre a maternidade	58 estudantes universitários, sendo 25 do curso de Pedagogia, com idades entre 18 e 58 anos e 33 do curso de Psicologia sem idade especificadas, do sexo feminino	Abordagem coletiva norteada pela complementação, pelos participantes, de uma história fictícia sobre a maternidade, previamente elaborada pelas pesquisadoras

Silva e Peres (2016)	Compreender o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental	Seis agentes comunitárias de saúde, com idades entre 43 e 57 anos	Grupo psicanalítico de discussão desenvolvido ao longo de quatro encontros
----------------------	---	---	--

Os objetivos das referências revelam, conforme a Tabela 1, que fenômenos diversificados – a inclusão escolar, a adoção infantil, a formação universitária e o cuidado materno, dentre outros – vêm sendo explorados a partir do conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica, o que ressalta sua aplicabilidade em variados contextos. É importante apontar também o fato de que um mesmo grupo social foi contemplado em mais de uma referência, como enfermeiras obstétricas a propósito da investigação do imaginário coletivo acerca da gravidez interrompida e do cuidado materno, por exemplo.

Já com relação aos participantes, igualmente como se vê na Tabela 1, constatou-se que as referências abarcaram uma gama de profissionais e estudantes. Em alguns casos, os participantes vivenciavam diretamente o fenômeno contemplado, como nas referências dedicadas ao imaginário coletivo de alunos de Psicologia sobre a própria formação profissional e de jovens interioranos sobre a saída da casa paterna. Em contrapartida, certas referências foram desenvolvidas junto a participantes envolvidos, de diferentes formas, com determinados públicos, a exemplo daquelas que focalizaram o imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar e sobre a criança adotada.

Os procedimentos para coleta de dados empregados nas referências, ainda em consonância com a Tabela 1, tornam claro que a exploração do imaginário coletivo pode ser operacionalizada de diferentes maneiras, quer seja individualmente ou no âmbito de grupos com formatos distintos. Porém, notou-se a predominância do recurso ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T), estratégia que será detalhada mais adiante, posto que também foi adotada no presente estudo. E cabe esclarecer que, invariavelmente, a interpretação psicanalítica foi o procedimento selecionado para a análise de dados, como seria esperado a julgar pelo embasamento psicanalítico das referências.

Tabela 2. Distribuição das referências selecionadas por principais resultados

Referências	Principais resultados
Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008)	Foram captados quatro campos de sentido: 1) (In)capacidades: o estudante portador de necessidades especiais é definido de acordo com suas limitações e pensado em termos de capacidades; 2) A dor e a delícia: o estudante portador de necessidades especiais é concebido como um indivíduo em sofrimento emocional; 3) Onde está Wally?: os professores encontram dificuldade para delimitar qual lugar deveria ser ocupado pelo estudante portador de necessidades especiais; 4) O menino de sua mãe: a relação com o estudante portador de necessidades especiais é concebida como possível apenas através da intermediação materna
Pontes, Cabrera, Ferreira e Aiello-Vaisberg (2008)	Foram captados dois campos de sentido: 1) Infertilidade: a principal motivação para a adoção como alternativa última para a realização do desejo de ter filho seria a infertilidade do casal; 2) Abandono: foi recorrente a fantasia de deparar-se com uma criança desamparada que, ao ser adotada, seria salva
Ribeiro, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008)	Foram captados quatro campos de sentido: 1) O paciente ideal: referente a queixas sobre pacientes pouco participativos e que causam frustração, em contraponto ao paciente que seria ideal; 2) O expert terapeuta: crença de que haveria um terapeuta ideal, pelo qual pacientes gostariam de ser atendidos; 3) A possibilidade de rejeição: abrange o medo de ser reprovado pelo paciente nas primeiras entrevistas clínicas; 4) O encontro com o outro: produções relativas à expectativa de estabelecer uma conexão significativa e profunda com o paciente
Russo, Couto e Aiello-Vaisberg (2009)	Foram captados dois campos de sentido: 1) Deficiência como sofrimento humano: sentimentos de tristeza, rejeição, desespero e angústia, mas evidenciando a possibilidade de posturas sensíveis; 2) Deficiência como problema técnico: preocupação com a resolução de questões ligadas ao espaço físico, mostrando uma visão defensiva que nega a importância da dimensão afetiva-emocional ligada ao sofrimento

Barreto e Aiello-Vaisberg (2010)	Foram captados dois campos de sentido: 1) Fusões e confusões: experiências emocionais fusionadas e confusas, com presença de contrastes, confusão de sentimentos em relação à saída da casa paterna; 2) Um mundo paralelo: a adolescência é concebida como um lugar concreto, 3) Visão negativa do futuro: concepção da vida adulta como inevitavelmente problemática e frustrante; 4) As escolhas: presença de dúvidas e inseguranças quanto às próprias ações
Pontes, Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2010)	Foi captado um campo de sentido, intitulado Crime e Castigo: crença de que a gestação corresponderia a uma punição para a menina por ter cedido à relação sexual, que é vista como uma transgressão
Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011)	Foi captado um campo de sentido, intitulado Final Feliz: crença em um destino comum a todas as gestantes, que seria marcado pelo nascimento de uma criança saudável, com o apoio do marido e da equipe do hospital, de forma que não seria aceitável uma eventual rejeição materna
Montezi, Zia, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011)	Foram captados três campos de sentido: 1) Mundo vegetativo: crença que ser adolescente é ser vazio, superficial e sem grandes realizações; 2) Separando o joio do trigo: o adolescente é visto como incapaz de fazer escolhas com discernimento, precisando ser guiado para distinguir o bom ou ruim; 3) Criança feliz: adolescente é compreendido como infeliz, sob a identificação de uma equivalência entre adolecer e sofrer
Miranda, Serafini e Baracat (2012)	Para médicos no exercício da reprodução assistida, o resultado negativo do teste de gravidez de uma paciente é emblemático de uma situação de difícil manejo, devido ao contato com o sofrimento emocional alheio
Gallo-Belluzzo, Corbett e Aiello-Vaisberg (2013)	Foram captados quatro campos de sentido: 1) Vim, vi e venci: crença de que o valor do atendimento clínico se reduz à realização pessoal do aluno; 2) Sei que (não) sei: entendimento de que o aluno não está devidamente preparado para realizar um atendimento clínico; 3) Sobrevivi e salvarei: ser psicólogo é concebido como uma missão; 4) Sou e faço: crença de que o psicólogo é capaz de curar qualquer paciente

Cambuí e Neme (2014)	Foram captados seis campos de sentido: 1) Solidão: o sofrimento psíquico atual articula-se à vivência de solidão decorrente da fluidez do mundo contemporâneo; 2) Agonias do não-ser: crença de que o sofrimento decorre de angústias impensáveis e experiências aflitivas; 3) Encontro humano como sofrimento: refere-se à possibilidade de contato amadurecido com o sofrimento por parte de indivíduos que adquiriram capacidade de preocupar-se com o outro; 4) Fuga: a grande defesa: o contato com o sofrimento é concebido como algo extremamente perturbador; 5) Não-vivido: o sofrimento é equiparado a uma representação falseada da realidade; 6) Sofrimento multifacetado: o sofrimento é compreendido como reflexo das atuais configurações sociais, mas também inerente à condição humana
Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo e Aiello-Vaisberg (2014)	Foram captados quatro campos de sentido: 1) Falha mecânica: problemas sexuais associados a prejuízo no funcionamento corporal por questões orgânicas ou psicológicas, descartando-se a referência ao prazer; 2) Até que a morte nos separe: problemas sexuais ligados à ausência de afeto nas relações; 3) Quem sou eu?: problemas sexuais compreendidos como resultantes de dúvidas sobre si próprio; 4) Rejeição: crença que problemas sexuais decorreriam do fato de a sociedade não compreender manifestações sexuais diferentes daquelas próprias da heterossexualidade
Fialho, Montezi, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2014)	Foi captado um campo de sentido, intitulado Responsabilidade individual: valorização da prática de exercícios físicos e hábitos alimentares saudáveis, entendidos como iniciativas que competem às pessoas, de forma que a saúde seria um estado que dependeria daquilo que, cada um, como agente individual, consegue realizar
Simões, Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2014)	Foram captados dois campos de sentido: 1) Sofrimento e solidão: crença de que a velhice traria consigo intenso sofrimento emocional, perdas e isolamento; 2) A idade não importa: concepção em consonância com a qual idosos conseguiriam ter uma vida saudável e prazerosa, com possibilidade de manutenção de vínculos afetivos significativos e gratificação erótica

Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014)	Foram captados três campos de sentido: 1) Fim do mundo: interrupção da gestação é representada como um evento de caráter apocalíptico, no sentido de que a morte do bebê colocaria em risco a própria existência do mundo; 2) Enlouquecimento: crença de que a interrupção espontânea da gravidez provoca na mulher uma agonia enlouquecedora; 3) Monstruosidade: concepção de que a interrupção espontânea da gravidez constitui um ato hediondo, perpetuado por uma mulher de caráter insensível e cruel
Granato e Aiello-Vaisberg (2016)	Foi captado um campo de sentido, intitulado Final feliz: expectativas de uma mãe idealizada, que aceita incondicionalmente seu filho, apesar dos sacrifícios necessários e de seus próprios sentimentos, ao lado de um pai forte e protetor
Silva e Peres (2016)	Foram captados dois campos de sentido: 1) Entre o dó e o medo: coexistência de sentimentos de receio e comiseração em relação a usuários de saúde mental; 2) Ser ou não ser medicado: enquadramento de psicofármacos como únicos recursos no tratamento

Tendo sido, na maioria dos casos, organizados em campos de sentido, os principais resultados reportados nas referências, sumarizados na Tabela 2, demonstram que a exploração psicanalítica do imaginário coletivo é capaz de trazer à tona elementos que constituem a subjetividade grupal acerca de fenômenos distintos e em variados públicos. As referências relativas à parentalidade, por exemplo, ilustraram que o imaginário coletivo sobre as figuras materna e paterna é atravessado por diferentes formas de idealização. Já as referências que trataram de processos de inclusão evidenciaram preconceitos ancorados em posturas defensivas ou narcisistas. As referências que tiveram como participantes estudantes de Psicologia realçaram a complexidade inerente à formação e à atuação no contexto clínico. As demais referências igualmente geraram informações importantes, como a persistência de visões preconceituosas em relação aos “loucos” e à “loucura”, para mencionar apenas uma delas.

Em suma: as referências possibilitaram a identificação de um amplo leque de crenças, imagens e sentimentos que, de forma não-consciente, podem levar a práticas estereotipadas. Sendo assim, evidenciou-se que o conceito de imaginário psicanalítico, em sua acepção psicanalítica, possui uma notável plasticidade. Justamente por essa razão, tal conceito ocupa lugar central no objetivo do presente estudo, o qual, vale destacar, foi definido, como se verá adiante, de modo a possibilitar a abordagem de um fenômeno e de um público que ainda não foram explorados diretamente nas pesquisas atualmente disponíveis sobre o imaginário coletivo. O presente estudo, assim, parte de caminhos já trilhados, mas visa a proporcionar novas contribuições à literatura especializada.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia por parte de um grupo de enfermeiros que atuam na Atenção Primária.

3.2 Objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivos específicos compreender o substrato ideativo-emocional das condutas relativas ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia na população em questão, bem como suas crenças, imagens e emoções acerca da articulação entre a saúde mental e a Atenção Primária, especialmente no que concerne ao trabalho do enfermeiro.

4. MÉTODO

O presente estudo, assim como os demais dedicados ao imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica, pode ser enquadrado como uma pesquisa qualitativa com método psicanalítico. Tal modalidade investigativa, conforme Aiello-Fernandes, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2012), se caracteriza pelo emprego do método psicanalítico – dentro ou fora de *settings* de atendimento – e pela ênfase na interpretação da experiência humana a partir de um modelo intersubjetivo. E tal utilização da Psicanálise, vale destacar, encontra respaldo no próprio Freud (1923[1922]/1996), segundo o qual sua criação poderia ser definida como um método para a exploração de processos mentais de difícil acesso por meio de outras estratégias, como uma terapêutica particularmente destinada ao tratamento de distúrbios neuróticos, e como uma teoria resultante do conjunto de informações psicológicas oriundas do recurso a tal método e a tal terapêutica.

4.1 Participantes

Participaram do presente estudo 15 enfermeiros que atuam na Atenção Primária em um dos distritos sanitários de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais⁹. Como se vê na Tabela 3, a maioria era do sexo feminino. A faixa etária dos participantes variou dos 28 aos 60 anos e a experiência como enfermeiro variou de 1 a 16 anos. Porém, é preciso esclarecer que dois participantes não informaram a idade.

9 A cidade foi dividida, pela Secretaria de Saúde, em quatro distritos sanitários: Leste, Oeste, Central-Norte e Sul. O distrito sanitário contemplado no presente estudo conta com 21 equipes da ESF, três UBSs e duas unidades de atendimento mistas, as quais comportam serviço de urgência e emergência, bem como atendimento ambulatorial.

Tabela 3. Caracterização dos participantes em termos de sexo, idade e tempo de experiência como enfermeiro

Participantes	Sexo	Idade	Tempo de experiência
Participante 1	Feminino	Não informada	6 anos
Participante 2	Feminino	38 anos	16 anos
Participante 3	Feminino	29 anos	3 anos
Participante 4	Feminino	36 anos	6 anos
Participante 5	Feminino	38 anos	10 anos
Participante 6	Feminino	Não informada	3 anos
Participante 7	Masculino	28 anos	4 anos
Participante 8	Feminino	60 anos	1 ano
Participante 9	Feminino	33 anos	4 anos
Participante 10	Feminino	32 anos	9 anos
Participante 11	Feminino	35 anos	10 anos
Participante 12	Feminino	47 anos	8 anos
Participante 13	Feminino	36 anos	4 anos
Participante 14	Feminino	35 anos	12 anos
Participante 15	Feminino	31 anos	7 anos

4.2 Instrumento

O instrumento utilizado no presente estudo foi o Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T), o qual vem sendo recorrentemente empregado em pesquisas sobre o imaginário coletivo desenvolvidas junto a diferentes públicos, tais como aquelas de autoria de Ávila, Tachibana e Aiello Vaisberg (2008), Pontes, Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2010) e Fialho, Montezi, Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2014). Trata-se, conforme Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2013), de uma estratégia de natureza lúdica cujo objetivo é facilitar a comunicação emocional de indivíduos ou coletivos, inclusive no que se refere a seus elementos não-conscientes. Assim, o PDE-T pode ser adotado tanto em intervenções como em pesquisas no sentido de viabilizar a constituição de um campo relacional capaz de proporcionar a expressão

de conteúdos que são essencialmente intraindividuais, mas também intersubjetivos, como esclarecem as autoras. A tarefa proposta consiste em solicitar ao participante um desenho com um tema previamente definido em função da finalidade específica para a qual o instrumento foi selecionado e, na sequência, a criação de uma estória sobre o desenho. Por fim, tipicamente, é solicitada ainda a criação de um título para a estória.

O PDE-T deriva diretamente do Procedimento Desenhos-Estórias (PDE), concebido originalmente por Trinca (1972) como um instrumento auxiliar para o diagnóstico psicológico que poderia ser situado entre os testes projetivos gráficos e temáticos e as entrevistas semiestruturadas. Porém, com o passar dos anos, Trinca (1997) constatou que o PDE favorece a captação de movimentos emocionais por promover fenômenos de natureza transferencial e contratransferencial e valorizar as particularidades expressivas do sujeito, de modo que se presta a finalidades investigativas e interventivas. Quando da aplicação do PDE, o participante/paciente é solicitado a realizar uma série de cinco desenhos livres, criando uma estória para cada um deles e, então, um título para cada estória. Por essa razão, em comparação com o PDE-T, tende a contemplar conteúdos psíquicos mais abrangentes.

Vale destacar que, para Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2013), o PDE-T também deriva, ainda que de modo mais indireto, de um recurso criado por Winnicott (1971/1984) para estimular a espontaneidade e a criatividade de seus pacientes, o qual foi chamado de Jogo do Rabisco. Quando da utilização deste recurso, terapeuta e paciente, em enquadres clínicos diferenciados, simplesmente desenharam juntos a partir de rabiscos com lápis em um papel, sem regras previamente definidas, para que, a partir do brincar, possa emergir um mundo transicional no qual sentimentos e pensamentos possam ser exteriorizados com mais naturalidade, ainda que não estejam situados no plano consciente do paciente.

Diante do exposto, conclui-se que, como observaram Ávila, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2008), o PDE-T se apoia em um paradigma científico que privilegia o encontro inter-

humano entre pesquisador e participante/paciente. Além disso, é importante destacar que se trata de um instrumento de fácil aplicação e que pode ser utilizado junto a populações variadas, apresentando, assim, grande versatilidade, inclusive no que se refere ao desenvolvimento de pesquisas (Russo, Couto & Aiello-Vaisberg, 2009). Martão (2013), a propósito, realizou um levantamento das pesquisas nas quais o PDE-T foi empregado na coleta de dados. Abarcando o período compreendido entre 1990 a 2012, a autora localizou 126 publicações, no formato de livros, capítulos de livros, artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, teses de doutorado, teses de livre-docência e trabalhos apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais.

4.3 Coleta de dados

A rede municipal de saúde na cidade em questão é regionalizada em quatro setores sanitários. Optou-se por realizar a coleta de dados junto aos enfermeiros que atuam na Atenção Primária em um dos setores sanitários, o qual foi selecionado em função de contatos pessoais da pesquisadora. O PDE-T foi utilizado individualmente, porém em um contexto coletivo, durante uma reunião na qual enfermeiros em questão estavam presentes, em um momento destinado especificamente para tanto. Ou seja, cada participante realizou a atividade proposta de maneira separada dentro do grupo, em consonância com a estratégia utilizada por Russo, Couto e Aiello-Vaisberg (2009) e Pontes, Barcelos, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2010). As instruções foram apresentadas àqueles que estavam presentes na reunião e se dispuseram a participar¹⁰. Solicitou-se que cada um desenhasse um paciente com diagnóstico de esquizofrenia sendo atendido por um enfermeiro na Atenção Primária, redigisse uma pequena história sobre seu desenho, dando-lhe um título, bem como informasse sexo, idade e tempo de experiência como enfermeiro.

¹⁰ Houve seis recusas.

4.4. Análise de dados

Os dados coletados foram analisados buscando-se a captação dos campos de sentido que sustentam o imaginário coletivo dos participantes. Os campos de sentido, vale destacar, correspondem aos “motivos emocionais subjacentes às manifestações de conduta, motivos que são primariamente intraindividuais, mas intersubjetivos, segundo uma perspectiva que não concebe o inconsciente como algo que ocorre na interioridade subjetiva individual, e sim como dimensão habitada por indivíduos e coletivos” (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013, p. 285). E, para viabilizar a captação dos campos de sentido, recorreu-se à interpretação psicanalítica, operacionalizada em consonância com os procedimentos descritos por Herrmann (1979).

Este autor desmembra a interpretação em três etapas, assim denominadas: (1) “Deixar que surja”, (2) “Tomar em consideração” e (3) “Completar o desenho”. Na primeira delas, o pesquisador/psicanalista se deixa afetar pelo material apresentado pelo participante/paciente. Para tanto, deve se apoiar na atenção flutuante, eximindo-se de pré-julgamentos e não imputando atenção especial a conteúdos selecionados *a priori*. Já na segunda etapa, o pesquisador/psicanalista associa livremente sobre este material. Por fim, a terceira etapa se refere à busca das bases simbólicas não-conscientes do material.

Tais procedimentos foram aplicados ao conjunto dos dados separadamente pela pesquisadora e pelo orientador do presente estudo. Os resultados produzidos a partir deste expediente foram então discutidos até que se chegasse a um consenso entre ambos. Posteriormente, os resultados consensuais foram discutidos e validados durante uma reunião do respectivo grupo de pesquisa, acompanhando uma estratégia recorrentemente utilizada em pesquisas sobre o imaginário coletivo.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo obteve parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde da cidade em questão e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 2.496.299), sendo que, em seu desenvolvimento, os cuidados éticos referentes às pesquisas com seres humanos foram devidamente observados. Todos os participantes receberam as informações necessárias sobre o presente estudo, assim como foi-lhes assegurado o compromisso com a manutenção do sigilo quanto às suas identidades e o direito de declinar da participação a qualquer momento sem nenhuma espécie de prejuízo. Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), oficializando, assim, a concordância com as atividades do presente estudo, sendo que receberam uma via idêntica de tal documento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de apresentar e discutir os resultados obtidos em termos dos campos de sentido configurados, é interessante tecer algumas considerações sobre acontecimentos acerca da coleta de dados, os quais, em última instância, também podem ser enquadrados como achados relevantes do presente estudo. Sendo assim, cabe esclarecer, inicialmente, que uma sondagem preliminar foi realizada junto à articuladora do setor sanitário em questão, que se comprometeu a viabilizar a coleta de dados durante uma das reuniões realizadas periodicamente com os enfermeiros. Acordou-se que, ao menos, uma hora seria reservada para tal finalidade. Após as devidas autorizações institucionais, buscou-se agendar a coleta de dados, mas houve dificuldades nesse sentido. Ocorreu uma mudança no cargo de articuladora, sendo que o profissional que o assumiu somente respondeu após três semanas de tentativas de contato por telefone e aplicativo de mensagens. Ao fazê-lo, o mesmo informou que não seria mais possível dispor sequer de uma hora para a coleta de dados, a qual, inclusive, deveria ser realizada já na reunião subsequente.

Na data programada, a pesquisadora, acompanhada de uma auxiliar de pesquisa, compareceu à reunião, na qual estavam presentes a nova articuladora do setor e um grupo de enfermeiros. A pesquisadora foi avisada de que os enfermeiros não haviam sido informados sobre o presente estudo, também contrariando o que havia sido combinado previamente. A pesquisadora, então, deveria apresentar o estudo, convidá-los a participar e realizar a coleta de dados propriamente dita junto àqueles que estivessem de acordo, durante o intervalo da reunião. E assim foi feito. Mas deve-se reconhecer que a ideia inicial era empregar o PDE-T no contexto de uma entrevista coletiva, como é mais frequente em pesquisas sobre o imaginário coletivo, a fim de favorecer a discussão do tema entre os participantes. Porém, devido ao tempo restrito que acabou sendo disponibilizado, recorreu-se, como já mencionado, a uma utilização individual em contexto coletivo. Logo, embora a coleta de dados não tenha sido empreendida

exatamente como fora planejada, adotou-se uma estratégia já empregada em estudos prévios, preservando-se o contexto coletivo.

Ressalte-se que foi observado que os participantes já se encontravam visivelmente tensos e ficaram mais agitados com a tarefa proposta. A maioria, inclusive, iniciou a atividade de imediato, assim que recebeu a folha de papel, utilizando caneta ao invés do lápis que seria distribuído na sequência. Para além da natureza propriamente dita da tarefa proposta, portanto, parece razoável cogitar que a “pressa” dos participantes, ao menos em parte, também se deva à forma como se deu o processo de entrada em campo da pesquisadora, pois inviabilizou a execução de um “aquecimento” prévio. Esse “aquecimento” seria relevante na medida em que desenhar é algo que a maioria dos adultos não costuma fazer no dia-a-dia. Ademais, há que se levar em conta que talvez os participantes tenham se sentido pressionados pelo tempo, tendo em vista que, como mencionado, os mesmos se encontravam no intervalo da reunião.

Faz-se necessário sublinhar ainda que, quando da entrega das folhas de papel, alguns participantes fizeram comentários sobre a situação a ser contemplada no desenho. Um deles afirmou: “Não sei o que fazer. Chama o bombeiro”. Outro comentou: “Chama o psicólogo”. Após tal comentário, outro participante, em tom de brincadeira, disse o seguinte, dirigindo-se à pesquisadora e à auxiliar de pesquisa: “Esse desenho tinha que ser feito por vocês, que são psicólogas. Essa é a área de vocês”. Cumpre assinalar também que alguns participantes afirmaram que não sabiam desenhar. Mas todos aqueles que haviam se disposto inicialmente finalizaram a atividade após serem informados que poderiam desenhar como quisessem e que nenhuma habilidade artística era necessária. O tempo empregado pelos participantes para a conclusão da tarefa propriamente dita – ou seja, sem considerar o período destinado para a apresentação das instruções – variou de dois a vinte minutos. Por fim, é interessante apontar que um participante, ao entregar a folha de papel com seu desenho e sua estória, afirmou que havia se inspirado em um paciente em específico, que sempre comparece à unidade de saúde e,

de forma jocosa, sublinhou a suposta inadequação dos comportamentos do mesmo.

Posto isso, cabe agora informar que a análise de dados viabilizou a captação de três campos de sentido, os quais foram assim denominados: (1) “Atendo, não nego, encaminho quando puder”; (2) A “super-equipe” de saúde e (3) O paciente-problema. A seguir serão explicitadas as crenças, imagens e emoções ao redor das quais tais campos aparentemente estão organizados.

5.1 “Atendo, não nego, encaminho quando puder”

O título do primeiro campo, obviamente alusivo ao ditado popular “Devo, não nego, pago quando puder”, se justifica na medida em que, no imaginário coletivo dos participantes, parece ocupar lugar central a crença de que o acompanhamento do paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária é responsabilidade exclusiva dos profissionais e/ou serviços de saúde especializados em saúde mental. Sendo assim, supostamente prevalece, entre os participantes, a tradicional lógica do encaminhamento. O enfermeiro, portanto, deveria apenas realizar um atendimento de tal paciente em um momento inicial e então redirecioná-lo, o quanto antes, preferencialmente para os níveis de atenção em saúde subsequentes. O excerto da estória do participante 8 é representativo neste sentido:

“[...] logo depois que passar pelo enfermeiro, [o paciente com diagnóstico de esquizofrenia] é passado para psicóloga. Se ela não se encontrar, já deixamos ele agendado para outro dia. E o próprio enfermeiro, juntamente com a assistente social, conversam com ele para acalmá-lo e resolver a situação até no dia da consulta”.

É preciso salientar que a noção de acolhimento, de acordo com a compreensão de muitos profissionais de saúde, tradicionalmente desmembra-se em duas concepções distintas. Uma delas enfatiza a dimensão espacial, ressaltando a importância de um ambiente favorável e de uma recepção administrativa. Outra concepção parece enquadrar o acolhimento como uma ação

de triagem administrativa e posterior repasse para serviços especializados. Ambas, contudo, se afiguram como ações isoladas, limitadas no tempo e sem vinculação e responsabilização pelo indivíduo e sua demanda (Brasil, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, entretanto, não se pode restringir o acolhimento à recepção da “demanda espontânea” do paciente, pois a mesma apenas tem sentido se vista como uma iniciativa em prol da construção de alianças éticas com a produção da vida, buscando a co-responsabilização e a construção de redes de autonomia e compartilhamento. É interessante mencionar que o dicionário Aurélio define a palavra acolhimento como o ato de dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (Ferreira, 1997). Portanto, expressa uma ação de aproximação, inclusão, de “estar com” ou “estar perto de”, pressupondo uma relação com algo ou alguém, justamente na mesma linha do que estabelece o Ministério da Saúde.

Dessa forma, o acolhimento diferencia-se da triagem na medida em que não se restringe a um local ou a um profissional específico, mas, sim, implica na possibilidade de compartilhar saberes, angústias e invenções, em um processo de responsabilização pelo outro e suas demandas. Logo, o acolhimento se afigura como um instrumento a ser utilizado pelas equipes de saúde e pode ser definido como “uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (Brasil, 2010, p. 18).

Para que consigam se responsabilizar pelo outro e suas demandas, os profissionais de saúde precisam, conforme preconizaram Miranda, Serafini e Baracat (2012), de espaços facilitadores da expressão emocional, capazes de promoverem a continência do sofrimento humano e a ocorrência de experiências reflexivo-vivenciais transformadoras do real. Os autores chegaram a essa conclusão em um estudo sobre o imaginário coletivo de médicos no exercício

da reprodução assistida sobre situações de difícil manejo, tendo, para tanto, utilizado o PDE-T na coleta de dados. Verificou-se que os participantes consideraram que o resultado negativo do teste de gravidez de uma paciente é emblemático de uma situação de difícil manejo, devido ao contato com o sofrimento emocional alheio.

Já Magalhães (2012), em um estudo realizado com profissionais de saúde no contexto da Atenção Primária, identificou que as principais ações de saúde mental se estruturam a partir do acolhimento e do vínculo com os pacientes e suas famílias, sendo essas ações consideradas tecnologias importantes para o conhecimento do território e das demandas e necessidades de cuidado. A autora destaca, porém, que muitas vezes se confunde acolhimento e vínculo com o processo de recepção, primeiro atendimento e triagem, sendo que o acolhimento deveria estar presente em todas as passagens do usuário pelo serviço, em um movimento constante de investigar/elaborar/negociar as demandas que podem ser supridas pelo serviço de saúde.

Sucigan, Toledo e Garcia (2008) também destacaram algumas diferenças entre o acolher e o encaminhar. Para os autores, o acolher promove a inversão da lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde, ao deslocar o eixo central do médico para a equipe multiprofissional, qualificando a relação trabalhador-usuário e garantindo o acesso universal ao serviço e o cuidado integral. Já o encaminhamento seleciona um número limitado de pessoas para agendamentos médicos, submetendo as demais a longas filas à espera de vagas e não solucionando suas questões de saúde. Porém, o estudo em questão revelou que o encaminhamento foi o recurso mais utilizado por um grupo de enfermeiros ao atenderem pessoas com demandas de saúde mental. Fica claro, assim, que os mesmos se limitavam a escutar a queixa e avaliar a necessidade do paciente ser atendido pelo médico da unidade ou pela equipe de saúde mental, não conseguindo assumir uma função mais relevante na equipe multiprofissional, pois se desresponsabilizavam em relação a tal público.

É interessante retomar o excerto da estória do participante 8 apresentado anteriormente para destacar a utilização do verbo “resolver”, o qual dá a entender que a situação retratada na estória é vista como problemática por tal participante, pois demanda uma resposta célere e pontual. No excerto da estória do participante 5, por sua vez, o mesmo verbo também é veiculado, porém, a natureza problemática da situação é explicitada: “[...] *Ao receber um paciente [com diagnóstico de esquizofrenia], tentamos acolher e resolver o problema [...]*”. Sendo assim, a maioria dos participantes sinalizou que procura atender tal paciente e, referenciando-o, responsabiliza outros profissionais quanto o acompanhamento a longo prazo, como sumariza o excerto da estória da participante 2: “[...] *ouvir, apoiar e referenciar esse paciente*”. A “resolução do problema”, portanto, consistiria em atender a demanda e não se responsabilizar pelo acompanhamento longitudinal deste paciente.

Cumprе assinalar que um movimento semelhante também foi observado durante a coleta de dados. Ocorre que todos os presentes na referida reunião foram convidados a participar da pesquisa. A maioria deles aceitou o convite, como já informado. A pesquisadora então iniciou a apresentação das instruções referentes ao PDE-T, explicando que eles deveriam desenhar na folha de papel que estava sendo distribuída naquele momento, sendo que, para tanto, utilizariam um lápis que seria disponibilizado na sequência. Entretanto, apenas quatro participantes aguardaram a entrega do lápis para iniciar a atividade. Vale reforçar que os demais utilizaram canetas que já tinham em mãos, como se estivessem buscando “se livrar” rapidamente da atividade com a qual haviam consentido, sendo que poderiam tê-la recusado inicialmente ou então dela desistir mesmo após a anuência prévia¹¹.

Em suma, parece razoável cogitar que algo equivalente se passa no cotidiano do trabalho dos participantes, isto é, que talvez muitos deles, embora não se neguem a atender pacientes

11 Também sugerindo precipitação, os participantes não criaram títulos para as estórias, em contraste com o que havia sido solicitado.

com diagnóstico de esquizofrenia, o fazem procurando repassá-los o quanto antes para outros profissionais ou serviços de saúde. O excerto da estória do participante 8, citado anteriormente, também demonstra isso. No caso, o enfermeiro conta com a ajuda do assistente social. No excerto da estória do participante 9, por outro lado, quem auxilia é a psicóloga: “[...] *A mesma [enfermeira] acolhe o paciente [...] Enfermeira chama a psicóloga que acolhe o paciente e agenda as consultas subsequentes*”.

Mas a que se deveria a predominância da lógica do encaminhamento? Uma resposta a tal pergunta pode ser esboçada considerando-se que o acolhimento do paciente com esquizofrenia exige uma escuta qualificada, baseada em princípios de humanização solidariedade, respeito, compromisso, aceitação, liberdade e responsabilidade, em um processo no qual o trabalho e a instituição intervêm em uma dada realidade buscando a promoção da saúde. Sucigan, Toledo e Garcia (2012) defendem que a operacionalização de tal processo exige uma formação específica e que os cursos de Enfermagem, contudo, geralmente conferem pouca ênfase à temática de saúde mental, quer seja por meio da teoria ou da prática.

Assim, a dificuldade em compreender como a assistência ao usuário de saúde mental deve ser prestada faz com que o encaminhamento para serviços especializados seja uma ação quase automática. Para além disso, Sucigan, Toledo e Garcia (2012) identificam outra justificativa desta tendência. Segundo os autores, o acolhimento realizado pelo enfermeiro junto ao público em questão é visto como um procedimento a ser executado rapidamente, para que, dessa forma, seja possível atender a um número maior de casos. Entretanto, esses profissionais acreditam que as queixas dos usuários de saúde mental demandam um tempo maior para que sejam solucionadas, sendo, como consequência, mais conveniente encaminhá-los para a equipe de saúde mental.

Retornando para o presente estudo, os dados coletados sugerem também que, para a maioria dos participantes, o paciente com diagnóstico de esquizofrenia desperta certo temor

associado, principalmente, à sua suposta “agitação”, como será detalhado adiante. De forma semelhante, Silva (2015) destacou o fato de que atribuir uma suposta instabilidade aos usuários de saúde mental desperta medo de um eventual dano pessoal, ocasionando uma preocupação adicional nos atendimentos prestados por profissionais de saúde. A autora compreende que tal processo se deve ao desconhecimento técnico sobre questões relativas ao sofrimento psíquico e ocasiona a burocratização do cuidado ofertado a este público. Ou seja, reconhece-se a necessidade de acolhê-lo, mas crenças essencialmente negativas dificultam a tarefa (Silva, 2015).

O fato é que, ao lidar com as queixas do paciente com esquizofrenia, o profissional de Enfermagem depara-se com uma realidade mais complexa do que aquela mapeada pela teoria, o que tende a ocasionar sentimentos de medo e angústia, referidos como “nervoso”, “vergonha” ou “pena” (Sucigan, Toledo & Garcia, 2012). Este contexto exige mais do que habilidade técnica na prestação da assistência em saúde, fazendo-o entrar em contato com diversas questões relacionadas à sua própria organização psíquica. Faz-se necessário um preparo que não é ofertado nos cursos de graduação, nem nas capacitações teóricas de que o profissional de Enfermagem participa ao longo de sua trajetória de trabalho.

Vieira e Neves (2017) destacam a importância da construção de um plano comum de cuidados que integre os diferentes atores que atuam na Atenção Primária para que as transformações esperadas com a Reforma Psiquiátrica se efetivem. Ressaltam que as mudanças nos processos de produção de saúde exigem mudanças nos processos de subjetivação, de transformação cultural do lugar social reservado à loucura. Para tanto, torna-se urgente, segundo os autores, promover a ruptura de dicotomias como aquela que determina uma cisão entre “saúde” e “saúde mental”, o que ocasionaria uma operação de transversalização das práticas em saúde, ultrapassando as fronteiras dos diferentes núcleos de saber em um processo contínuo de fortalecimento das redes.

Magalhães (2012) ainda afirma que, para além da queixa do paciente, o acolhimento é importante para promover a escuta e o diálogo, funcionando como instrumento de integração, produção de boa convivência e estreitamento de laços. O acolhimento estimula também a confiança dos pacientes nas condutas prescritas pelos profissionais de saúde, sendo então, imprescindível que todos, e não somente aqueles que possuem formação específica em saúde mental, sejam capacitados para acolher (Merhy, 2002). Dessa forma, haveria uma mudança na produção do cuidado, possibilitando ações centradas no campo relacional estabelecido entre trabalhadores e usuários.

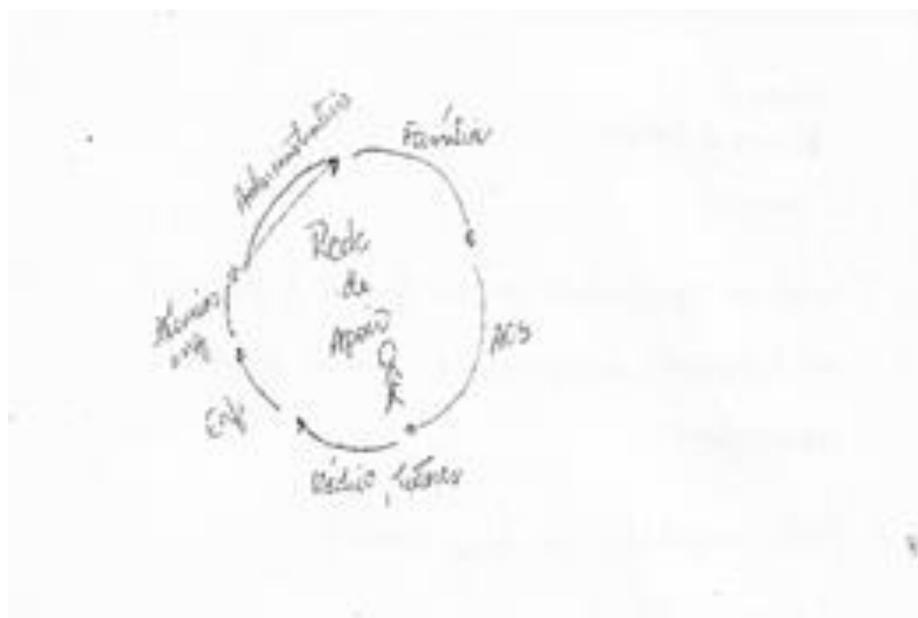
Neste mesmo sentido, Amarante (2007) propõe que a melhor estratégia de cuidado em saúde mental passa pelo relacionamento afetivo com os sujeitos em sofrimento psíquico, de forma que o profissional de saúde deveria se dirigir às pessoas, e não às doenças. Isso tornaria possível vislumbrar espaços terapêuticos que acolhem as angústias e as experiências vividas, permitindo a construção de subjetividades e sociabilidades. Competiria também ao profissional de saúde buscar uma nova “leitura” do que ouve, não limitando-se ao que está sendo dito pelo usuário de saúde mental, a fim de ocasionar a queda de sentidos fixos e a emergência de novos sentidos, os quais podem romper com o silêncio que produz o adoecimento (Conte, 2007).

A assistência em saúde mental preconiza a clínica no território, referenciando o paciente a este lugar e promovendo uma adstrição de clientela. Somente assim o usuário de saúde mental pode ser conhecido em seu cotidiano e em suas necessidades e podem ser considerados os múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença na construção de intervenções. Mas não poderia haver discriminação entre tal público e os demais usuários dos serviços de saúde (Lancetti & Amarante, 2009). Entretanto, diante de um paciente com esquizofrenia muitas vezes não é isso o que se verifica, devido aos estereótipos que pesam sobre ele. Esta situação faz com que o cuidado prestado seja mais técnico, destituído de espontaneidade. Os

profissionais de saúde, assim, seguem as regras dos manuais, mas não conseguem particularizar as relações.

Ilustrando como crenças inconscientes podem estar relacionadas a eventuais dificuldades no cuidado em saúde, Tachibana, Ambrosio, Beaune e Aiello-Vaisberg (2014) utilizaram o PDE-T junto a enfermeiras com foco no tema “mulher cuja gravidez foi interrompida”. As autoras observaram três campos de sentido, os quais permitiram compreender que a gravidez interrompida, entre as participantes, era associada a fantasias de aniquilamento, enlouquecimento e monstruosidade. E ressaltaram que as crenças tendem a dificultar o manejo junto a mulheres que perderam seus filhos porque o trabalho de Enfermagem com este público em específico envolve, além de cuidados técnicos, proximidade inter-humana dada a situação de fragilidade emocional vivenciada.

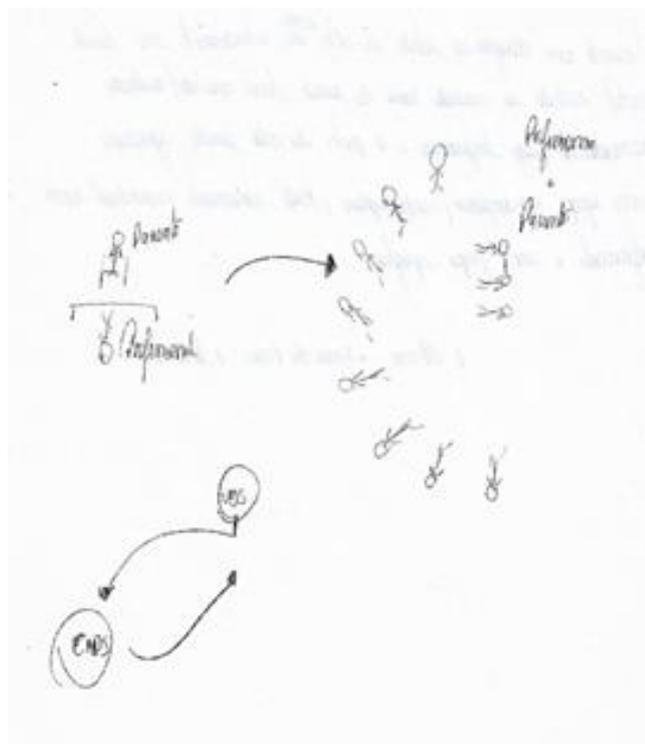
Quanto aos participantes do presente estudo, parece razoável propor que os mesmos, de modo geral, parecem se empenhar em seguir as diretrizes estabelecidas em manuais para a execução de ações em saúde mental e, conseqüentemente, tendem a não particularizar as relações que estabelecem com pacientes com esquizofrenia. Essa linha de raciocínio encontra respaldo nos desenhos dos participantes 13, 14 e 15, os quais remetem a fluxogramas e outras representações gráficas, presentes em manuais, que protocolizam o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. A mera obediência às referidas diretrizes, porém, contribui para a fragmentação do cuidado, como evidencia o excerto da estória do participante 14: “[...] *Na unidade, toda a equipe é envolvida no caso, e delegado funções a cada um no intuito de minimizar crises e descompensações*”.



Desenho elaborado pelo participante 13



Desenho elaborado pelo participante 14



Desenho elaborado pelo participante 15

Igualmente sugerindo protocolização, faz-se necessário sublinhar que as estórias de alguns participantes em muito se assemelham a anotações de Enfermagem em prontuários. Tal constatação se aplica, por exemplo, ao participante 7, que criou a seguinte estória: *“Paciente chega na UBSF com esquizofrenia, é atendida pelo enfermeiro em acolhimento, após avaliação é feita uma abordagem multiprofissional com psicólogo e médico, que definirá seu tratamento junto a rede sem desvincular da UBSF”*. O participante 4 procedeu de forma equivalente, diferenciando-se pela ênfase, em sua estória, na descrição da qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde, na qual, porém, não fica claro se o enfermeiro está inserido: *“Paciente comparece a unidade de saúde, com diagnóstico de esquizofrenia, é atendido pela equipe multiprofissional, com respeito e atenção, é encaminhado para avaliação em tutoria de Psiquiatria, realiza acompanhamento periódico”*.

Em contrapartida, é preciso admitir que a ocorrência de estórias que se assemelham a anotações de Enfermagem em prontuários é compreensível levando-se em conta que as mesmas

são norteadas pela linguagem mais familiar para os participantes. Por outro lado, talvez os participantes tenham sentido que, de uma forma ou de outra, estavam sendo avaliados, e então procuraram demonstrar seus conhecimentos produzindo estórias com as referidas características, já que a nova articuladora de Enfermagem estava presente no ambiente de coleta de dados. Ademais, como já mencionado, a coleta de dados do presente estudo não pôde ser precedida por qualquer “aquecimento”, o que talvez tenha dificultado a elaboração de estórias mais lúdicas e criativas.

Cavalcante, Pinto, Carvalho, Jorge e Freitas (2011) reforçam a pertinência de tais ressalvas ao destacar, em um estudo cuja coleta de dados envolveu a realização de entrevistas e observações e a aplicação de um questionário, que um grupo de profissionais de saúde que atuavam na Atenção Primária elencaram entre suas práticas junto aos usuários de saúde mental o apoio matricial, a visita domiciliar, a terapia comunitária e o recurso a tecnologias relacionais. No entanto, baseados na análise do material empírico através da hermenêutica crítica, os autores concluíram que os entrevistados não perceberam as práticas em questão como ações em saúde mental, devido, essencialmente à prevalência de um paradigma positivista e biomédico, herdado da formação acadêmica por eles recebida e consolidado por recentes avanços tecnológicos da Medicina.

Em um estudo que também suscita reflexões na mesma direção, Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) se propuseram a compreender o imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. Foi captado um campo de sentido organizado em torno da crença de que haveria um destino comum a todas as gestantes, o qual seria marcado pelo nascimento de uma criança saudável, com o apoio do marido e da equipe de saúde, de forma que não seria aceitável uma eventual rejeição materna. E uma concepção tão idealizada tende a tornar a prática do profissional de saúde estereotipada.

Já Valentin, Jucá e Nunes (2007) afirmaram que alguns profissionais de saúde que atuavam na Atenção Primária, ainda que de forma insipiente, relativizavam a distância entre os “problemas da mente” e os “problemas do corpo”. Isso porque compreendiam que determinados fatores podem tanto causar uma crise hipertensiva quanto um processo de enlouquecimento. Ademais, verificaram que tais profissionais afirmavam que precisavam reagir socialmente a todo tipo de doença da mesma forma, não promovendo qualquer discriminação no tocante aos usuários de saúde mental. Entretanto, os próprios autores destacaram que, apesar do discurso manifesto, a fragmentação do cuidado ainda é muito presente na prática.

Silva (2012) chegou a uma conclusão equivalente discutindo o atendimento a usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária. A autora verificou que muitos profissionais de saúde se sentem inaptos a realizar qualquer ação de cuidado junto a este público, sendo este o principal determinante de encaminhamentos que desvalorizam as singularidades do usuário e resultam em recusas aos tratamentos. E destacou ainda que a Atenção Primária favoreceria a formação de um vínculo interpessoal, abrindo possibilidades para a criação conjunta de uma proposta de cuidados. O encaminhamento, se necessário, deveria ser construído junto com o usuário, para que o mesmo possa ter clareza quanto ao que encontrará pela frente e se sentir seguro em relação à continuidade da assistência.

Ainda acerca do primeiro campo de sentido, há que se mencionar que, para os participantes, aparentemente o encaminhamento do paciente com diagnóstico de esquizofrenia para outros serviços de saúde pode ser realizado por meio de duas condutas distintas. Uma delas pode ser depreendida do excerto da estória do participante 1: “[...] *Foi acolhida [a paciente com diagnóstico de esquizofrenia] pela equipe, que a acalmou e lhe garantiu segurança [...] Solicitamos transporte para atendimento em P. S. A enfermeira acompanha a transferência para que a paciente se sentisse segura e passa o caso para enfermeira do P. S.*”. A outra conduta é representada pela estória – extremamente concisa – do participante 11: “*Paciente em*

crise foi encaminhado para P. S. para atendimento”. O desenho produzido por tal participante, a propósito, também é pouco informativo, mas acrescenta que o encaminhamento relatado seria concretizado com o deslocamento em uma ambulância – a julgar pela cruz representada no veículo – diretamente a partir de um serviço de Atenção Primária.



Desenho elaborado pelo participante 11

Portanto, a primeira conduta tem como ponto de partida o acolhimento – pela equipe, não necessariamente pelo enfermeiro, ressalte-se – e é norteadada pela preocupação com a segurança do paciente. Justamente por essa razão, o enfermeiro, na estória em pauta, está presente no trânsito para outro serviço de saúde, sendo que, inclusive, tem o cuidado de realizar pessoalmente a passagem do caso. Há, assim, uma nítida implicação afetiva de sua parte. Já a segunda conduta se caracteriza pelo encaminhamento, sem acolhimento prévio, realizado pelo enfermeiro ou por outro profissional de saúde. Assim, cabe destacar que a lógica do

encaminhamento dificulta a efetivação da integralidade enquanto princípio do SUS, pois o mesmo é concebido como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, de caráter tanto preventivo quanto curativo, envolvendo todos os níveis de complexidade do sistema.

Pinheiro (2008) afirma que o conceito de integralidade, assim, diz respeito a uma ação social, na medida em que pressupõe uma interação democrática para a oferta do cuidado em saúde, capaz de produzir transformações na vida das pessoas através do acolhimento enquanto ação humanizada e acolhedora.

A autora acrescenta que o conceito de integralidade compreende três vertentes. Primeiramente, porque salienta a importância do acolhimento como momento de encontro, no qual o profissional busca dar resposta ao sofrimento do sujeito que está diante dele, sem reduzi-lo a um mero corpo a ser curado, pois uma redução dessa natureza criaria silenciamentos, especialmente com relação às demandas emocionais. Uma segunda vertente reconhece a integralidade como modo de organização de práticas e superação da fragmentação das atividades empreendidas em serviços de saúde. Este movimento permite o desenvolvimento de ações coletivas junto à comunidade e consegue dar respostas aos problemas de saúde locais, o que constitui uma terceira vertente da integralidade (Pinheiro, 2008).

Garla (2016) também se propõe a discutir o princípio da integralidade e estabelece que o mesmo concerne à “organização do processo de trabalho nos serviços e o diálogo entre diferentes sujeitos e suas necessidades, e articula-se com a ideia de integrar prevenção com assistência” (p. 24). Para tanto, defende que os profissionais de saúde precisam apreender o sujeito em sua totalidade, não se restringindo aos sintomas e às intervenções curativas, mas, sim, atrelando a saúde mental à cidadania. E destaca que é necessária uma reorganização da assistência ao usuário de modo a envolver a família nos processos de tomada de decisões e proporcionar maior autonomia para os profissionais de saúde da Atenção Primária em relação àqueles que atuam nos demais níveis de atenção.

5.2 A “super-equipe” de saúde

A análise dos dados também permitiu a captação de um segundo campo, que foi denominado A “*super-equipe*” de saúde. Este campo se assenta na impressão de que, no imaginário coletivo dos participantes, a equipe de saúde – tipificada como “multidisciplinar” ou “interdisciplinar” por alguns deles – se afigura como uma espécie de entidade poderosa, capaz de empreender o adequado manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia, pois conjuga as habilidades de todos os profissionais de saúde que a constituem. Logo, a seguinte questão se impõe: quais seriam esses profissionais de saúde? A estória do participante 4, já mencionada, deixa em aberto a inclusão do enfermeiro na equipe “multiprofissional”. O mesmo se observa na estória do participante 10: “*Paciente quando chega na unidade de saúde portadora de esquizofrenia chegando até lá encontra-se multiprofissionais pronto para acolher*”.

Cabe salientar que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais reitera que o cuidado prestado a usuários de saúde mental deve ser objeto do trabalho em equipe a partir da tessitura de uma rede com base na qual profissionais de saúde de várias áreas, como Enfermagem, Psicologia e Medicina, se colocam a serviço dos usuários e uns dos outros em prol dos usuários, sem desconsiderar suas especificidades e sem se eximir de responsabilidades. Para tanto, é crucial o diálogo entre as diferentes tradições clínicas da saúde mental, como a Psiquiatria, a Psicopatologia e a Psicanálise, tendo como eixos norteadores as noções de acolhimento, território, autonomia e inclusão (Minas Gerais, 2006).

Os termos utilizados pelos participantes do presente estudo para definir a equipe de saúde – “multiprofissional” e “interdisciplinar” – foram diferenciados por Japiassu (1976) de acordo com o grau de interação entre seus integrantes. Segundo o autor, a multidisciplinaridade diz respeito à justaposição de disciplinas que tratam simultaneamente de uma mesma questão,

sem que os profissionais necessariamente estabeleçam entre si relações no campo técnico ou científico. Tende a ocorrer, assim, a fragmentação do cuidado, com os saberes especializados de cada profissional norteando práticas isoladas. Já a interdisciplinaridade envolve a integração entre as disciplinas e a troca entre os especialistas, que devem entrar em acordo sobre os métodos de trabalho a serem adotados. Esta integração acarreta cooperação e comunicação, permitindo a sistematização dos saberes e o planejamento das ações, e a inclusão do paciente nas decisões relativas a seu próprio plano terapêutico (Japiassu, 1976).

Baquião (2017), porém, afirma que, no campo da saúde, os termos “interdisciplinar”, “interprofissional”, “multidisciplinar” e “multiprofissional” são comumente utilizados de modo alternado e sem muita distinção, a exemplo do que parece ter ocorrido entre os participantes do presente estudo. A autora entrevistou residentes multiprofissionais vinculados a duas universidades a respeito das diferentes formas de atuação em equipe no campo da saúde, sendo que os mesmos, em tese, estão sendo treinados para o trabalho interdisciplinar. Os participantes afirmaram que a prática multidisciplinar pressupõe a presença de várias categorias profissionais, mas divergiram quanto ao nível de interação entre elas. Já com relação à atuação interdisciplinar, a maioria afirmou que há, necessariamente, uma interação entre as categorias profissionais, e que estas podem estabelecer um trabalho conjunto.

Os residentes de Enfermagem entrevistados por Baquião (2017), especificamente, sinalizaram que, em sua maioria, desenvolvem ações isoladas e fragmentadas, características do trabalho multiprofissional. E talvez isso se deva ao fato de que o trabalho interdisciplinar envolve diversas exigências. Para Saupe, Cutolo, Wendhausen e Benito (2005), uma delas é o reconhecimento da complexidade do objeto da saúde, o qual demanda uma pluralidade de olhares e de intervenções conjuntas. Outra exigência é o respeito às bases disciplinares de cada profissão na busca de ações compartilhadas a favor da resolução dos problemas de saúde das pessoas e, em um sentido mais amplo, das necessidades das instituições.

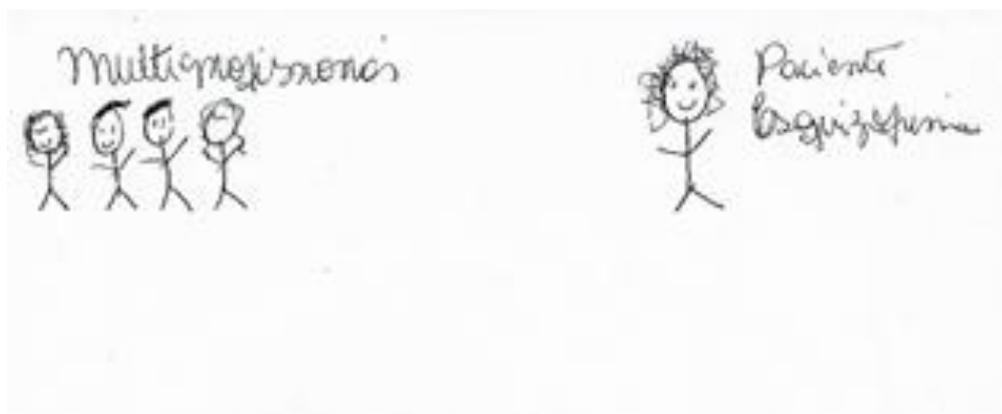
Os desafios que se colocam a tais exigências vêm sendo explorados por alguns autores. Gomes e Deslandes (1994), por exemplo, citam a formação tradicionalista dos profissionais de saúde, marcada pelo modelo curativo biomédico, e a divisão das instituições de ensino em departamentos que não dialogam adequadamente entre si. Já Campos e Domitri (2007) apontam como obstáculos concretos para a interdisciplinaridade o excesso de demanda de assistência em saúde, a carência de recursos financeiros e a cultura de centralização do poder, que não estimula a comunicação e a gestão compartilhada. Os autores citam ainda um obstáculo subjetivo e cultural, o qual decorre do fato de que a atuação interdisciplinar exige disposição para lidar com a dúvida, para receber e fazer críticas e para tomar decisões conjuntas.

Bueno e Monteiro (2011) e Bispo, Tavares e Tomaz (2014) acrescentam outros elementos a esta discussão. Os primeiros apresentam uma crítica à disposição física dos setores de saúde e à necessidade de uma identidade profissional especializada por parte de muitos profissionais de saúde, que se sentem inseguros quanto ao valor do próprio trabalho. Os segundos autores abordam problemas na formação acadêmica, como o foco na superespecialização e em práticas curativas e individuais, que se perpetuam ao longo da trajetória profissional devido ao baixo investimento em ações de capacitação. E destacam ainda uma resistência, por parte da classe médica, em efetivar o trabalho interdisciplinar, a fim de manter sua centralidade no campo da saúde e fazer perdurar as relações de poder por ela ocasionada.

Para além de debater questões relativas ao trabalho em uma equipe de saúde, seja ela multidisciplinar ou interdisciplinar, faz-se necessário identificar quais profissionais de saúde deveriam integrá-la, de acordo com a perspectiva dos participantes do presente estudo. E o excerto da estória do participante 15 dá a entender que o enfermeiro não seria um deles: *“Paciente com diagnóstico citado [...], sendo assistido/acolhido primeiramente pela Enfermagem e a partir de então sendo agendado com equipe*

interdisciplinar/multiprofissional". E o mesmo se depreende da estória do participante 7, apresentada anteriormente, que destaca a importância do médico e do psicólogo para a equipe de saúde. Conclui-se, então, que o primeiro atendimento realizado pelo enfermeiro, o qual desdobra-se em um encaminhamento, não é considerado uma ação de saúde mental significativa pelos referidos participantes. E, justamente por esse motivo, a resolutividade da equipe de saúde seria maior, conforme a crença dos mesmos, quando o enfermeiro não é um dos seus membros.

A maioria dos participantes, portanto, aparentemente desacredita e desqualifica – em maior ou menor grau – suas contribuições, como enfermeiros, para o manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Como consequência, parece possível propor que, ao se depararem com tal paciente, inconscientemente tendem a se “esconder” atrás da equipe de saúde, ou então procuram se “fundir” aos demais profissionais que a integram. Isso seria possível porque todos eles estariam igualmente comprometidos com a qualidade do cuidado ofertado, como revela estória do participante 13: *“Toda a equipe junto com a família é primordial no tratamento, acolhimento e condução do paciente esquizofrênico. Todos empenhados no bem comum”*. A estória do participante 3, a propósito, também sugere engajamento: *“Realizado atendimento multiprofissional na Unidade Básica de Saúde ao paciente portador de esquizofrenia, visando o melhor acolhimento e entendimento da saúde do paciente como um todo”*. E é interessante notar que o desenho do participante 10 se distinguiu porque expressa a existência de uma clara união entre os “multiprofissionais”. Apesar dessa união, ou talvez como desdobramento dela, porém, os mesmos se encontram distantes do paciente.



Desenho elaborado pelo participante 10

Pereira (2007), assim como outros autores, afirma que a formação em saúde mental recebe pouca ênfase nos cursos universitários da área de saúde e defende que ainda prevalece o modelo biomédico, centrado no atendimento hospitalar, de modo que aspectos psicossociais do processo saúde-doença muitas vezes são desconsiderados e, como consequência, o atendimento comunitário é desvalorizado. Destaca ainda que o Brasil tem adotado a EPS como estratégia para contornar as limitações dos modelos clássicos de formação. Assim, três dimensões são contempladas: (1) a direção técnica, relativa às competências de cada categoria profissional; (2) o trabalho cooperativo, que trata das articulações necessárias em função de um objetivo comum, e (3) os processos institucionais, referentes ao ambiente sócio-organizacional e aos papéis que cada profissional desempenha.

Magalhães (2012), por sua vez, argumenta que os profissionais que compõem uma equipe de saúde, além de desenvolverem competências específicas de suas áreas de atuação, devem possuir atribuições comuns, referentes à responsabilização pelo cuidado sobre a população atendida. Além disso, caberia aos mesmos, sempre que necessário, auxiliar a desconstruir modelos organizacionais já existentes, até porque os usuários tradicionalmente procuram os serviços de saúde buscando a cura de doenças, ou seja, apresentando uma queixa orientada segundo termos médicos. Freitas (1998) trata da mesma questão ao salientar que a conduta dos profissionais de saúde tende a ser definida a partir da solicitação da população,

comumente porque os mesmos consideram mais fácil e rápido agir assim, o que perpetua o modelo assistencial hegemônico e centrado na clínica tradicional.

Amarante, Lepre, Gomes, Pereira e Dutra (2011), em uma pesquisa já citada, procuraram identificar quais recursos são utilizados por um grupo de enfermeiros na ESF para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Os resultados indicam que muitos deles acreditavam que suas ações eram pouco resolutivas – assim como os participantes do presente estudo – e atribuíam suas dificuldades à falta de qualificação profissional e de uma estrutura mais adequada para os atendimentos. Além disso, culpabilizavam os usuários por não aderirem aos tratamentos propostos. Ao mesmo tempo, muitos dos entrevistados na pesquisa em questão salientaram a importância de ações capazes de promover o bem-estar e a ressocialização dos usuários, em especial mediante parcerias com equipamentos da comunidade, como os grupos de Alcoólatras Anônimos, por exemplo. Ou seja, valorizaram as potencialidades do território na construção de soluções para o cuidado em saúde.

Porém, cabe reforçar que, como sublinhado anteriormente, os NASFs têm contribuições de grande relevância a oferecer, sobretudo no sentido de viabilizar a prática do matriciamento, a qualquer equipe de saúde da Atenção Primária no tocante às demandas específicas de usuários de saúde mental. Por meio do matriciamento, duas ou mais equipes de saúde poderão conceber propostas de intervenções pedagógico-terapêuticas. É importante esclarecer que os matriciadores, embora não tenham relação cotidiana com os usuários, prestam apoio às equipes de referência, em duas dimensões de suporte: (1) assistencial, desenvolvendo ação clínica direta e (2) técnico-pedagógica, a partir de ações de apoio educativo para a equipe de referência (Brasil, 2010).

Especificamente com relação à saúde mental, caberá aos matriciadores proporcionar suporte teórico e prático para que as equipes de referência disponham de ferramentas para intervirem nos processos geradores de saúde/sofrimento psíquico, ampliando, assim, a oferta e

a qualidade do cuidado. Tal suporte é importante na medida em que todo profissional de saúde precisa lidar com os afetos envolvidos nas relações terapêuticas. Além disso, as discussões de casos que se dão no contexto do matriciamento auxiliam a evitar a mera transferência de responsabilidades por meio dos encaminhamentos (Chiaverini, 2011).

Nessa mesma linha de raciocínio, Mielke e Olchowsky (2010) realçam que o matriciamento implica no compromisso e na corresponsabilidade de todos os envolvidos no processo de cuidado, porque o usuário, mesmo quando encaminhado para um profissional de saúde especializado, não deixa de ser vinculado à equipe de referência. Logo, a elaboração e a execução de projetos terapêuticos deve se dar forma conjunta. Anteriormente ao surgimento deste modo de trabalho, os profissionais de saúde encontravam grandes dificuldades para estabelecer um diálogo sobre suas condutas e ações. Os autores destacam ainda que, com a cogestão da atenção, torna-se possível, com o matriciamento:

“distinguir situações individuais e sociais que podem ser acolhidas pela equipe de referência e pelos recursos sociais do entorno, evitando a psiquiatrização e a medicalização do sofrimento, promovendo equidade e acesso e garantindo o cuidado de acordo com a vulnerabilidade e a potencialidade do usuário” (p. 902).

Mielke e Olchowsky (2010), buscando avaliar o apoio matricial na ESF, concluíram que muitos profissionais de saúde não conheciam a proposta de inclusão de ações de saúde mental na Atenção Primária. Entretanto, concordavam que os usuários precisam ser atendidos em seu próprio território. Assim, os autores destacaram a necessidade de fortalecimento da retaguarda assistencial das equipes especializadas para os profissionais de saúde que atuam em UBSs, acreditando que o apoio matricial facilita e instrumentaliza tanto o acompanhamento medicamentoso e a avaliação clínica dos usuários quanto a discussão e o atendimento de suas necessidades, em seu espaço territorial e social. Este movimento, por sua vez, ampliaria a capacidade de acolhimento da dimensão subjetiva dos integrantes da equipe de referência.

Já Souza, Matias, Gomes e Parente (2007), buscando investigar a inserção das ações de saúde mental no PSF, desenvolveram uma pesquisa junto a 134 enfermeiros que trabalhavam em uma capital brasileira. Dentre eles, 95,5% afirmaram não possuir formação específica em saúde mental, o que foi apontado como um dificultador do acompanhamento dos usuários e uma razão do grande volume de encaminhamentos realizados para profissionais e serviços especializados. Além disso, a pesquisa revelou que, apesar de 97% dos participantes terem mencionado a existência de pacientes psiquiátricos em suas áreas geográficas, 14,6% deles afirmaram que suas equipes não realizavam nenhuma atividade voltada à saúde mental. Dentre as ações realizadas, citaram a visita domiciliar como a mais frequente, e a entrega de medicações.

Delfini, Sato, Antoneli e Guimarães (2009), por outro lado, salientaram a importância das reuniões de equipe e das visitas domiciliares para a efetivação do apoio matricial e do compartilhamento dos casos entre as equipes de referência e os matriciadores. Nas reuniões são discutidos os casos, viabilizando a troca de conhecimento e experiências, bem como ocorre o acolhimento de angústias e dificuldades dos profissionais das equipes de referência. Em contrapartida, os mesmos são desafiados a pensar e a agir em saúde mental a partir de um novo modelo de trabalho, ampliando a capacidade de escuta, o que os capacita a refletir junto com as famílias atendidas acerca das intervenções desenvolvidas.

Retornando ao presente estudo, é interessante mencionar que, quando os participantes fizeram alusão, direta ou indireta, à equipe de saúde, alguns demonstraram compreendê-la como um coletivo que atua de modo indiferenciado junto ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia, como se vê na estória do participante 3, apresentada anteriormente. Em outros casos, a ação dos integrantes foi identificada como específica, pois cada um deles teria uma função. Tal crença foi veiculada, por exemplo, mediante a estória do participante 14, também já abordada. De uma forma ou de outra, aparentemente não é concebida, pelos participantes, a

possibilidade de se construir conjuntamente um projeto terapêutico singular para cada paciente com base no compartilhamento de saberes e na troca de experiências entre os profissionais de saúde. A rigor, não parece ser vislumbrada sequer a possibilidade de um diálogo interativo no contexto da equipe de saúde.

Para além disso, a impressão que se tem é que a construção de um projeto terapêutico singular não é considerada uma tarefa prioritária pela maioria dos participantes. Isso porque os mesmos, de modo geral, parecem acreditar que, no âmbito da Atenção Primária, as ações de saúde mental poderiam ser padronizadas indiscriminadamente. Esta compreensão é indicada em um segundo excerto da estória do participante 5: “[...] *inserimos ele* [o paciente com diagnóstico de esquizofrenia] *em todas as atividades da unidade*”. E, para alguns dos participantes, talvez a padronização seja considerada o caminho mais viável porque se ampararia no estabelecimento de uma equivalência entre o sofrimento físico e o sofrimento psíquico, a qual, por seu turno, implicaria em negligenciar as peculiaridades inerentes a cada um deles. Afinal, um segundo excerto da estória do participante 2 preconiza uma espécie de regra neste sentido: “*O sofrimento e tormento do paciente esquizofrênico deve ser visto como qualquer outra queixa física [...]*”.

A padronização do atendimento, porém, tende a não abranger adequadamente as necessidades que o usuário de saúde mental apresenta aos serviços de saúde. Além disso, o cuidado, quando ofertado mediante a intervenção de uma especialidade única, não será completo o suficiente, pois exige ações “inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa” (Brasil, 2010, p. 40). Quando tais exigências são atendidas, as ações deixam de ser fragmentadas e tornam-se acolhedoras e resolutivas.

Delfini, Sato, Antoneli e Guimarães (2009) igualmente sustentam que usuários de saúde mental não têm suas demandas satisfeitas quando atendidos por um profissional de saúde de uma única especialidade e, por essa razão, preconizam a conjugação de esforços criativos de profissionais de diferentes especialidades, bem como a mobilização de recursos institucionais, comunitários, individuais, sejam eles materiais e subjetivos, a fim de integrar o usuário e sua rede social no tratamento. Os autores ressaltam ainda a importância de o projeto terapêutico se estender ao longo do tempo, de maneira longitudinal, para viabilizar a discussões dos casos mais complexos e possibilitar a participação ativa de todos os profissionais de saúde envolvidos, cada um deles apresentando contribuições próprias de sua área de atuação e oriundas de sua vivência com os sujeitos atendidos (Brasil, 2010).

Adicionalmente, Rosa e Labate (2003) destacam que os enfermeiros, na assistência ao usuário de saúde mental, tendem a desempenhar tarefas pré-estabelecidas, de natureza exclusivamente técnica, mediante ações centralizadas no transtorno mental, e não no processo de adoecer e viver. Este movimento descaracterizaria o atendimento humanizado, pois os autores salientam que procedimentos pré-determinados simplificam e empobrecem a assistência por não considerarem as manifestações locais dos problemas de saúde. A humanização, por outro lado, pressupõe o trabalho em um processo interativo equipe/comunidade/família, pautado pelas reais necessidades do paciente.

Nascimento e Braga (2004) concluíram também que muitos enfermeiros que atuam no PSF desenvolvem a atenção à saúde mental cumprindo o protocolo previsto pelo Ministério da Saúde, mas apresentam dificuldades em contemplar adequadamente as demandas que lhes são dirigidas, tendo em vista que as ações deveriam abarcar mais diretamente a dimensão social do cuidado. Os participantes de tal pesquisa, sinalizando tais dificuldades, definiram de maneira vaga e imprecisa o que é saúde mental, bem como utilizaram encaminhamentos como principal

estratégia de ação, não desenvolvendo, assim, uma escuta sensível, embora tenham referido a realização de visitas domiciliares em conjunto com profissionais de saúde dos CAPSs.

Para a superação de dificuldades dessa natureza, Delfini, Sato, Antoneli e Guimarães (2009) propuseram que, para além da capacitação formal curricular, específica para cada categoria, deve haver uma outra modalidade de capacitação, a ser efetivada horizontalmente, nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, utilizando o espaço de reuniões para a discussão de casos, a partir de reflexões teóricas e práticas. Com isso, a equipe de saúde poderia desenvolver maior autonomia em suas condutas, além de que, ao problematizar situações concretas, reforçaria a própria empatia e, assim, se tornaria mais capaz de oferecer sugestões baseadas em suas experiências e de construir um saber híbrido, fruto de diversas visões e experiências. Campos (1999) define este movimento como uma ordenação através do redesenho do trabalho segundo a diretriz do vínculo terapêutico, a qual promove mudanças na cultura dominante e gera um padrão de responsabilização pela produção em saúde.

5.3 O paciente-problema

Um terceiro e último campo pôde ser delimitado a partir dos dados coletados. Este campo foi organizado ao redor da imagem negativa por meio da qual o paciente com diagnóstico de esquizofrenia, de modo preponderante, parece ser representado no imaginário coletivo dos participantes. A qualidade desta imagem seria determinada, em especial, pelo fato de tal paciente ser visto como alguém inconveniente, que cria problemas e dificuldades, sobretudo devido à sua “agitação” supostamente típica, característica citada em um segundo excerto da estória do participante 1: *“Paciente chega na UBSF agitada, referindo que queria morrer [...]”*. E um segundo excerto da estória do participante 8 também alude à característica em questão: *“Paciente chega na unidade agitado, falando alto, reclamando da demora. Conversa com a recepcionista exigindo ser atendido de imediato”*.

Esta visão negativa do paciente com diagnóstico de esquizofrenia, segundo Martins et al. (2018), está diretamente relacionada à falta de conhecimentos teóricos e práticos de muitos profissionais de Enfermagem sobre o público em questão. Consequentemente, ao atenderem um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, enfermeiros comumente definem os rumos da assistência a ser ofertada com base, sobretudo, em informações provenientes do senso comum, reproduzindo, assim, preconceitos e estereótipos. Os autores verificaram, inclusive, que, a fim de agilizar o próprio trabalho, alguns enfermeiros apenas verificavam os registros de atendimentos anteriores e, sem uma consulta presencial, replicavam tratamentos já propostos, sem levar em conta a posição do usuário quanto aos mesmos.

Lima, Garcia e Toledo (2013) também buscaram compreender os olhares assumidos por uma equipe de Enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Como resultado, diferenciaram um olhar empírico e um olhar científico. O olhar empírico, constituído a partir da observação do cotidiano, fomentaria a atribuição ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia de características definidas de acordo com os saberes populares. Contudo, se realizado de forma crítica e reflexiva, o movimento em questão permitiria a valorização de certas facetas do processo saúde-doença que não são suficientemente compreendidas pela ciência. Já o olhar científico teria um caráter claramente especializado, e sua principal implicação seria a subordinação da Enfermagem ao saber médico. Portanto, os profissionais de Enfermagem que se orientam por esse olhar comumente não participam do processo de tomada de decisão sobre os cuidados a serem ofertados a tal público, o que geraria sentimentos de frustração e desmoralização, e os limitaria a atividades de vigilância e repressão.

Atividades dessa natureza são incompatíveis com o papel que, segundo Giacon e Galera (2016), competiria aos enfermeiros diante de um paciente com diagnóstico de esquizofrenia na perspectiva da reabilitação psicossocial, processo por meio do qual se deve buscar a superação do estigma associado ao sofrimento psíquico, principalmente à custa da inserção comunitária.

Para as autoras, a esta categoria profissional caberia também contemplar diferentes aspectos biopsicossociais através da ênfase no relacionamento interpessoal, por exemplo monitorando efeitos colaterais dos medicamentos, acompanhando a saúde geral do paciente e de sua família, realizando visitas domiciliares, coordenando oficinas e facilitando o acesso a recursos da comunidade, de acordo com a individualidade de cada um.

Um outro fator que explicaria dificuldades quanto ao atendimento ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia foi apontado por Kantorski, Pinho, Saeki e Souza (2005). Ocorre que, segundo eles, diante deste público, muitos profissionais de saúde, além de se depararem com a complexidade do adoecimento psíquico, enxergam suas próprias potencialidades e limitações, pois o cuidado em saúde mental exige o estabelecimento de um vínculo, demanda tempo e acompanhamento sistemático, bem como orientação teórico-prática para direcionar adequadamente um plano de assistência. Assim, não é possível organizar e empreender uma sequência de tarefas padronizadas para todas as demandas, exigindo que sejam desenvolvidas habilidades relacionais e competências pessoais favoráveis a uma prática humanizada.

Simões (2012) amplia esta discussão ao considerar outras dimensões da atenção em saúde mental e sublinha que a mesma tem por base tanto conhecimentos científicos, advindos dos cursos de graduação e capacitações de trabalho, quanto crenças e valores imaginativamente elaborados, que se fundem para constituir o imaginário coletivo. Prevalecendo uma imagem negativa do paciente com diagnóstico de esquizofrenia no imaginário coletivo dos profissionais de saúde, as práticas a ele direcionadas serão estereotipadas, preconceituosas e genéricas, pois o sujeito será desconsiderado e tomado por sua enfermidade. Aiello-Vaisberg (1999), de maneira semelhante, realçou que a lida com o paciente psiquiátrico exige muito dos profissionais de saúde em termos emocionais, por demandar a elaboração de angústias associadas ao temor relativo à possibilidade humana de perda da razão.

Um terceiro excerto da estória da participante 9 ilustra a existência desse temor entre os participantes do presente estudo, pois alude ao “pavor”, sentimento aparentemente mais intenso do que o medo, que teria sido causado por um paciente com diagnóstico de esquizofrenia nas assistentes técnico-administrativas do serviço de saúde: “[...] *As administrativo já sai apavorada e chama a enfermeira*”. Em suma: de modo mais ou menos explícito, o rótulo de “paciente-problema” foi aplicado, por meio de suas produções, pela maioria dos participantes ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Isso explicaria porque deparar-se com tal paciente caracteriza, para os mesmos, uma situação a ser “resolvida” com rapidez, como já comentado a propósito do primeiro campo. Talvez justamente por essa razão, no desenho do participante 5 vê-se, à esquerda, a representação da administração de um psicofármaco à custa de uma injeção, pois sabe-se que tal estratégia possibilita uma ação mais rápida do princípio ativo. E à direita do desenho vê-se o que seria uma atividade grupal, acompanhando a situação relatada na estória. Tem-se a impressão, portanto, de que a medicação do paciente seria uma preparação do mesmo para se inserir em um grupo. Mas essa inserção não está efetivamente retratada no desenho.



Desenho elaborado pelo participante 5

Almeida (2010) reconhece a importância da medicação antipsicótica, colocando-a como um dos alicerces para o tratamento da esquizofrenia, visto que auxilia a controlar episódios

agudos, e acredita que ela seja a principal responsável pelo esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, a partir da década de 1950, por ter permitido o retorno do paciente para o convívio em sociedade, como já mencionado. Entretanto, o próprio autor afirma que o tratamento não pode ser apenas medicamentoso, sendo imprescindível a reabilitação social, a partir de um projeto terapêutico construído com base na relação paciente-família-sociedade, o que possibilita o restabelecimento de uma vida com qualidade e com o mínimo de interferência dos sintomas.

Oliveira e Alessi (2003), por outro lado, defendem que a maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar em saúde mental e não se mantém informada sobre as políticas públicas a respeito. Assim, apesar de muitas vezes apresentar um discurso orientado para a desconstrução do saber psiquiátrico, empreende ações que seguem o paradigma organicista, mantendo práticas tradicionais, principalmente de triagem e controle medicamentoso, especialmente em situações de crise, corroborando o relato e o desenho do participante 5, já citado. É comum, portanto, que os enfermeiros se dediquem ao desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas, de modo que tendem a ser os profissionais de saúde que menos realizam atendimentos diretos a esta clientela e mais se prestam ao gerenciamento intermediário, organizando e facilitando o trabalho dos demais integrantes da equipe de saúde. Com isso, acabam abrindo mão da função de agente terapêutico.

Simões (2012) realça que a Reforma Psiquiátrica visou a substituir uma “antiga ordem” conservadora, autoritária e hierarquizada, em virtude da qual os profissionais de saúde tinham funções específicas, direcionadas pela medicalização do sofrimento psíquico, e, como consequência, a internação era vista como recurso para proteger aqueles que conviviam com os pacientes de possíveis danos que estes poderiam ocasionar. Mas resquícios dessa “antiga ordem” puderam ser identificados entre os participantes do presente estudo. Um desses resquícios, a preocupação com a rapidez dos atendimentos, pode levar à subnotificação dos casos, conforme Oliveira, Ataíde e Silva (2004). Afinal, as autoras, relatando como uma equipe da ESF

identificava e acompanhava portadores de transtornos mentais, constataram que muitos usuários são excluídos da rede de atenção em razão do estigma associado aos mesmos. E chamaram a atenção sobre a necessidade de se desenvolver ações de saúde mental para além dos muros do hospital psiquiátrico para evitar a perpetuação de práticas segregacionistas.

Os achados do presente estudo ainda subsidiam, como se vê no desenho do participante 2, a associação entre o “tormento” do paciente com diagnóstico de esquizofrenia e as alterações do juízo de realidade que constituem o quadro clínico do transtorno mental. Ocorre que o personagem em torno do qual a estória se desenvolve parece experimentar alucinações – auditivas e olfativas, especificamente – e delírios, causando “medo” nos profissionais de saúde, de acordo com as palavras deste participante. Um segundo excerto da estória do participante 9, em certo aspecto, remete a outro sintoma da esquizofrenia: “*Paciente chega desconfiado na unidade [...]*”. Isso porque a “desconfiança” referida poderia ser compreendida, em termos mais técnicos, como persecutoriedade. A imagem negativa do paciente, nesses casos, é suavizada, o que favorece o acolhimento por parte do enfermeiro. Ainda assim, o paciente é visto, essencialmente, como causador de problemas.

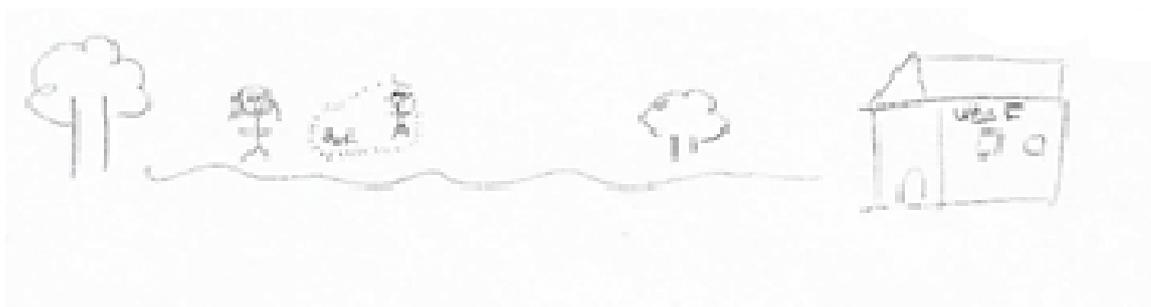


Desenho elaborado pelo participante 2

Castro e Furegato (2008) buscaram identificar o conhecimento e as atividades da Enfermagem no cuidado ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Os participantes da pesquisa reconheceram a complexidade inerente a tal trabalho, sobretudo devido a sintomas que consideram típicos, como heteroagressividade, delírios, alucinações e agitação psicomotora. Outros sintomas, porém, não foram mencionados, como o alheamento, a falta de interesse pelas pessoas, por si mesmo e pelo meio que o rodeia. Para os autores, isso ocorreu porque tais sintomas não incomodam diretamente a equipe de saúde. Também foi salientada a preocupação dos participantes com a vigilância dos usuários. E a impossibilidade de controle total parece desencadear medo e ansiedade, o que faz com que muitos enfermeiros encontrem dificuldades para inserir os usuários em atividades de convívio social.

Deve-se destacar que, na estória do participante 1, medo é o sentimento experimentado pelo próprio paciente com diagnóstico de esquizofrenia, e não pelos profissionais de saúde devido a ele, o que justificaria sua “agitação”. No desenho deste mesmo participante, inclusive, o medo também é associado à sintomatologia do transtorno mental, posto que há uma representação pictórica de um “homem de preto” e de um “cachorro preto” que estariam tentando matá-lo. E é interessante sublinhar que ambos foram posicionados em um balão pontilhado, recurso tradicionalmente utilizado em histórias em quadrinhos para expressar a imaginação de um personagem¹². Ademais, no excerto da estória do participante 12 igualmente se nota o estabelecimento de uma causalidade entre o medo e a agitação – neste caso simbolizada pelo pranto – do paciente com diagnóstico de esquizofrenia: *“Paciente chega unidade aos prantos dizendo que precisa muito passar pelo psiquiatra, está com medo e está muito mal”*.

12 O balão contornado, por sua vez, sinaliza uma situação conversacional.



Desenho elaborado pelo participante 1

Conforme já abordado, a esquizofrenia é uma doença grave, com prognóstico incerto e curso deteriorante e progressivo. Almeida (2010) a divide em três fases: (1) prodômica, marcada por sintomas negativos, como retraimento social e falta de motivação; (2) ativa, a qual compreende o chamado “surto psicótico”, em que o paciente desenvolve delírios, alucinações e alterações de comportamento, e (3) latente, quando a crise é apaziguada com o tratamento inicial. A partir deste momento, o paciente deve ser acompanhado em serviços de saúde para que novos surtos possam ser evitados, e para que os sintomas que interferem de maneira significativa em sua vida familiar e profissional sejam tratados. Este acompanhamento deve sempre ser pautado pela maximização da qualidade de vida e pela minimização dos efeitos negativos da esquizofrenia.

A imagem depreciativa do paciente com diagnóstico de esquizofrenia no imaginário coletivo dos participantes ainda se torna patente considerando-se que a maioria das histórias não aborda as fases prodômica e latente do transtorno, mas, sim, diz respeito a episódios de agudização de sintomas, algumas delas, inclusive, citando a palavra “crise”. Estes episódios, representativos da fase ativa, reforçariam o enquadramento de tal paciente como “paciente-problema”. Porém, a estabilização do quadro clínico não seria suficiente para minimizá-lo. Aparentemente esse seria um dos motivos pelos quais, em certos casos, os pacientes retratados nas produções comparecem ao serviço de saúde acompanhados por familiares, o que denota um comprometimento da independência e da autonomia dos mesmos. E, como consequência deste

comprometimento, os rumos do tratamento são definidos por outras pessoas, sendo que compete ao paciente apenas seguir passivamente o que lhe for determinado.

Costa, Lunardi e Lunardi Filho (2007) alertam que, muitas vezes, os profissionais de saúde pouco contribuem para a autonomia de pacientes crônicos, pois não fomentam a liberdade dos mesmos para agir de acordo com seus valores, prioridades, desejos e crenças, mas, sim, incorrem em práticas paternalistas. Os autores defendem, inclusive, que enfermeiros eventualmente reforçam a tendência à dependência deste público, o que é relevante em termos do presente estudo levando-se em conta que a esquizofrenia se afigura como uma condição crônica. Já Cury e Galera (2006) destacam que a desinstitucionalização de usuários de saúde mental depende da integração da família nos acompanhamentos de saúde. Porém, afirmam que tal integração é inviabilizada quando os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária não conseguem lidar adequadamente com o sofrimento humano.

Faria e Chicarelli (2009) elencam outros desafios. Além da tendência à biologização dos transtornos mentais reforçada pela crescente indústria da medicalização, os autores destacam que os pacientes comumente são colocados pelos profissionais de saúde em uma condição de incapacidade, inclusive quanto à gestão da própria vida e à administração de suas relações afetivas e amorosas. Contudo, caberia ao enfermeiro auxiliar a desmistificar a esquizofrenia e a romper com mitos e preconceitos relativos à mesma.

Lima, Garcia e Toledo (2013) aponta como uma alternativa para a qualificação do cuidado a clínica da Enfermagem Psiquiátrica, tendo em vista que esta propõe ações integrais a fim de auxiliar os pacientes a “encarar a si mesmos e relacionar-se com outras pessoas, sendo necessário aborda-los de forma que favoreça a retomada de seu lugar como sujeito falante, reflexivo, produtivo, responsável, capacitado para retornar a vida social” (p. 4329). E Araújo, Lemos e Carvalho (2007) descreveram a evolução de um paciente com esquizofrenia atendido no marco da clínica da Enfermagem Psiquiátrica, salientando sua importância em termos da

emancipação. Para os autores, houve benefícios quanto ao enfrentamento de conflitos pessoais relacionados a questões familiares e à satisfação de necessidades básicas, dentre as quais a comunicação interpessoal. Contudo, para tornar benefícios como esses possíveis, o enfermeiro necessitará tanto de conhecimentos científicos quanto de habilidades profissionais e pessoais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, parece razoável propor que o presente estudo atingiu seu objetivo, viabilizando a compreensão de importantes aspectos do imaginário coletivo em relação ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia por parte de um grupo de enfermeiros que atuam na Atenção Primária. Afinal, os resultados possibilitaram a apreensão de três campos de sentido. O primeiro deles, intitulado “*Atendo, não nego, encaminho quando puder*”, se organizou em torno da crença de que o acompanhamento do paciente com diagnóstico de esquizofrenia na Atenção Primária é responsabilidade exclusiva dos profissionais e/ou serviços de saúde supostamente especializados em saúde mental. Já no segundo campo de sentido, denominado *A “super-equipe” de saúde*, ocupa lugar central a crença de que a equipe de saúde representa uma espécie de entidade poderosa, capaz de empreender o adequado manejo do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. Contudo, a maioria dos participantes, em suas histórias, curiosamente deu a entender que não faria parte da “super-equipe” de saúde.

Para a configuração do terceiro e último campo de sentido, que recebeu o nome de *O paciente-problema*, foi determinante a imagem negativa com base na qual o paciente com diagnóstico de esquizofrenia, de modo preponderante, é representado no imaginário coletivo dos participantes. Tal paciente é visto como alguém que, por ser agitado, agressivo e imprevisível, cria problemas e dificuldades. É válido destacar que os resultados relativos ao terceiro campo podem ser considerados aqueles em que os participantes se expuseram mais, na medida em que muitos excertos das histórias que ilustram emoções e imagens emblemáticas do primeiro e do segundo campos possuem uma natureza mais intelectualizada, remetendo a anotações de Enfermagem em prontuários, como já mencionado. Tal impressão também se apoia nos desenhos elaborados por alguns participantes que se assemelham a fluxogramas encontrados em manuais que protocolizam o cuidado em saúde mental.

Sendo assim, o presente estudo subsidia, especificamente no que diz respeito aos participantes, a demarcação do substrato ideativo-emocional das condutas concernentes ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia e à assistência em saúde mental oferecida ao mesmo na Atenção Primária. O presente estudo igualmente reforça os achados de pesquisas prévias, os quais indicam, basicamente, que o trabalho junto a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ainda é executado com dificuldades importantes por muitos profissionais de Enfermagem, sobretudo porque certos preconceitos em relação à “loucura” permanecem operantes em tal categoria profissional. Com isso, os mesmos comumente se limitam à realização de encaminhamentos automáticos, o que não auxilia na consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

É preciso salientar que o presente estudo, como qualquer outro, possui limites, no caso determinados principalmente pela forma como a coleta de dados foi desenvolvida. Conforme mencionado, a ideia inicial era empregar o PDE-T no contexto de uma entrevista coletiva, mas, devido ao tempo restrito disponibilizado para a coleta de dados pela articuladora, os participantes realizaram a atividade proposta de maneira separada dentro do grupo constituído espontaneamente pela reunião em que se encontravam. Em contrapartida, o fato de o ingresso da pesquisadora no campo ter sido um tanto quanto conturbado reflete, em certo aspecto, a maneira como as demandas de saúde mental costumam chegar aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária, o que, em última instância, involuntariamente criou um contexto interessante para o presente estudo. Para além de qualquer relação que possa ser estabelecida entre tal contexto e os resultados obtidos, cabe lembrar que as pesquisas qualitativas, via de regra, dizem respeito a uma realidade que se constrói mediante a relação estabelecida entre o pesquisador e os participantes.

REFERÊNCIAS

- Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares. *Anais da X Jornada Apoiar* (pp. 306-314). São Paulo, SP, Brasil.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. Tese de livre-docência não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In W. Trinca (Org.), *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 277-302). São Paulo: Vetor.
- Almeida, M. C. P., Mello, D. F., & Neves, L. A. S. (1991). O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de saúde em Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 44(2-3), 64-75. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671991000200009>
- Almeida, G. H. (2010). *Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Almeida, G. H. (2013). O portador de transtorno esquizofrênico na atenção básica: caminhos e descaminhos na busca do cuidado. *Journal of Health & Biological Sciences*, 1(2), 84-89. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v1i2.23.p84.2013>
- Alves, A. F. (2014). *“Vai reduzir, mas não resolve”*: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amarante, A. L., Lepre, A. S., Gomes, J. L. D., Pereira, A. V., & Dutra, V. F. D. (2011). As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 85-93. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100010>
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araújo, M. F., Lemos, A. C. S., & Carvalho, C. M. L. (2007). O relacionamento terapêutico no cuidado dispensado a um esquizofrênico: narrativas de um diário de campo. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(2), 116-123. <https://doi.org/10.5020/18061230.2007.p116>
- Ávila, C. F., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*, 18(39), 155-164. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000100014>
- Associação Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV* (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Backes, D. S., Backes, M. S., Erdmann, A. L., & Büscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 223-230. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>

- Baquião, A. P. S. S. (2017). *Percepções de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Barreto, M. A. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista*, 16(2), 310-329.
- Barros, S., & Egry, E. Y. (2001). *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de Enfermagem sub judice*. São Paulo: Cabral.
- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014) Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 337-350. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0158>
- Bleger, J. (1989). *Psicologia da conduta* (2ª ed., E. O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1963)
- Brasil (1986). *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1994). *Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família*: Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil (1994). *Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil.
- Brasil (2001). *Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braz, P. D. S. (2016). *O tecer da rede de saúde mental*. Trabalho de Conclusão de Curso, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Bueno, R. K., & Monteiro, M. A. (2011). Prática do psicólogo no contexto interdisciplinar da equoterapia. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 7(13), 172-178.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Cambuí, H. A., & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário de estudantes de psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 75-88.
- Castro, E. (2014). *Introdução a Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p75-88>
- Castro, S. A., & Furegato, A. R. F. (2008). Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 957-965. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46763>
- Cavalcante, C. M., Pinto, D. M., Carvalho, A. Z. T., Jorge, M. S. B. & Freitas, C. H. A. (2011). Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(2), 103-108.

- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (1988). Brasília. Recuperado em 10 de abril de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Conte, M. (2007). Clínica ampliada e pesquisa em saúde pública. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 156, 16-23.
- Corbett, E., Ambrosio, F. F., Gallo-Belluzzo, S. R., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 756-765. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300024>
- Costa, V. T., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2007). Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERG*, 15(1), 53-58.
- Cury, C. F. M. R., & Galera, S. A. F. (2006). O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 8(3), 273-278. <https://doi.org/10.5380/fsd.v8i3.7983>
- Dâmaso, R. (1989). Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In S. F. Teixeira (Org.), *Reforma sanitária: em busca de uma teoria* (pp. 61-90). São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO.
- Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P. O. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1483-1492. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>
- Dias, M. T. G. (2007). *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São*

- Pedro*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a Psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 42(87), 79-107.
- Espig, M. J. (2004). O conceito de imaginário: reflexões acerca de sua utilização pela História. *Textura*, 9, 49-56.
- Faria, E., & Chicarelli, A. (2009). Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. *Revista Tecer*, 3(2), 30-40. <https://doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v2n3p30-40>
- Ferreira, A. G. H. (1975). *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fialho, A., Montezi, A. V. M., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário de estudantes de educação física sobre vida saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 36(3), 626-631. <https://doi.org/10.1590/2179-325520143630005>
- Freitas, F. F. P. (1998). Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 93-106. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100017>

- Freitas, P. H. B., Pinto, J. A. F., Nunes, F. D. D., Souza, A. R. S., & Machado, R. M. (2016). Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 60-68. <https://doi.org/10.1590/19820194201600009>
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia (E. A. M. Souza, Trad.). In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 18, pp. 283-312). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923[1922])
- Gallo-Belluzo, S. R., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). O primeiro atendimento clínico no imaginário de estudantes de psicologia. *Paidéia*, 23(56), 389-396.
- Garla, C. C. (2016). *Ações voltadas para a saúde mental no Sistema Único em Saúde (SUS) - Ribeirão Preto: descrição segundo os profissionais de saúde*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2(40), 286-291. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200019>
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171-1181. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>
- Gomes, R., & Deslandes, S. F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(2), 103-114. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691994000200008>
- Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. esp.), 81-89. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400011>

- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2016). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo sobre a maternidade. *Estudos de Psicologia*, 33(1), 25-35. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000100004>
- Guimarães, J., & Medeiros, S. M. (2001). Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 97-104. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100008>
- Herrmann, F. (1979). *O método psicanalítico*. São Paulo: Brasiliense.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Saeki, T., & Souza, M. C. B. M. (2005). Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3), 317-324. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300010>
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2009). Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Junior, M., & Carvalho, Y. M. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz.
- Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 15 de abril de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Lei no. 10.216, de 06 de abril de 2011* (2011). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Recuperado em 06 de junho de 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei no. 9.716, de 07 de agosto de 1992 (1992). Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado em 20 de junho de 2018, de http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281

Lima, D. U., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2013). Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: Implicações do processo saúde doença para o cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 7(5), 4325-4331.

Lunardi, V. L. (1999). Problematizando conceitos de saúde, a partir da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1), 26-40.

Maciel, A. P., Brito, D. F., Rocha, R. M. B., Souto, L. E. S., Jorge, A. L., Cruz, G. H. S., & Macedo, O. H. O. (2017). Apoio matricial em saúde mental: tecendo caminhos na atenção primária. *Renome*, 5(2), 127-147.

Magalhães, V. C. (2012). *Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Mari, J., Jorge, M. R., & Kohn, R. (2007). *Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos*. In Mello, M. F., Mello, A. A. F., & Kohn, R. (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (p. 119-141). Porto Alegre: Artmed.

Martão, M. I. S. (2013). D-E com tema: pesquisas realizadas. In W. Trinca (Org.), *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 303-337). São Paulo: Vetor.

- Martins, A. C. R., Almeida, D. A., Ferreira, N. C. L. Q., Rosa, W. A. G., Lenza, N. F. B., & Zeferino, M. A. M. (2018). Percepção do enfermeiro na Atenção Primária sobre as pessoas com esquizofrenia. *Revista de Iniciação Científica da Libertas*, 8(1), 87-107.
- Mata, G. C., & Morosini, M. V. G. (2008). Atenção primária à saúde. In Pereira, I. B. & Lima, J. C. F. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Kawata, L. S., Mishima, S. M., & Pereira, M. J. B. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mielke, F. B., & Olchowsky, A. (2010). Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 900-907. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>
- Minas Gerais (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Miranda, K. L., Serafini, P. C., & Baracat, E. C. (2012). O cuidado psicológico em reprodução assistida: um enquadre diferenciado. *Estudos de Psicologia*, 29(1), 71-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100008>
- Montezi, A. V., Zia, K. O., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000200013>
- Nascimento, A. A. M., & Braga, V. A. B. (2004). Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 84-93. <https://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1709>

- Neves, H. G., Lucchese, R., & Munari, D. B. (2010). Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 666-670. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400025>
- Nobre, T. L. (2011). Algumas considerações psicanalíticas a respeito da esquizofrenia. *Psicologia Revista*, 20(1), 67-78.
- Novaes, H. M. (1990). *Ações integradas nos sistemas locais de saúde-Silos, análise conceitual e apresentação de programas selecionados na América Latina*. São Paulo: Pioneira.
- Oliveira, A. G. B., Ataíde, I. F. C., & Silva, M. A. (2004). A invisibilidade dos problemas de saúde mental na Atenção Primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(4), 618-624. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400015>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2002a). *Declaração de Alma-Ata*. In Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (Orgs.), *As cartas da promoção da saúde* (p. 33). Brasília: Ministério da Saúde. (Original publicado em 1978)
- Organização Mundial da Saúde. (2002b). *Carta de Ottawa*. In Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (Orgs.), *As cartas da promoção da saúde* (pp. 19-27). Brasília: Ministério da Saúde. (Original publicado em 1986)
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não*. Genebra, Suíça.

- Paiva, D. C. P. D. (2015). *A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Pereira, A. A. (2007). Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Cadernos IPUB*, 13(24), 67-79.
- Petronilho, D. A. C. (2016). *O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a atenção primária à saúde: revisão integrativa*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Pinheiro, R. (2008). Integralidade em saúde. In Pereira, I. B. & Lima, J. C. F. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pontes, M. L. S., Barcelos, T. F., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 85-96.
- Pontes, M. L. S., Cabrera, J. C., Ferreira, & Aiello Vaisberg, T. M. J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 495-502. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300010>
- Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991* (1991). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de junho de 2018, de http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/psiq/SNAS_P189_91psiq.doc
- Portaria SNAS/MS/INAMPS n. 224, de 29 de janeiro de 1992* (1992). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Recuperado em 20 de maio de 2018, de http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf

- Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011* (2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de abril de 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011* (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 de março de 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Queiroz, M. D. S., & Vianna, A. L. (1992). Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Revista de Saúde Pública*, 16(2), 132-140. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101992000200011>
- Ribeiro, D. P. S. A., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, 28, 135-145.
- Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>
- Russo, R. C. T., Couto, T. H. A. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia & Sociedade*, 21(2), 250-255. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200012>
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59: 238-246. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>

- Saupe, R., Cutolo, L. R. A., Wendhausen, Á. L. P., & Benito, G. A. V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18) 521-536. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300005>
- Silva, E. M., Nozawa M. R., Silva J. C., & Carmona S. A. M. L. D. (2001). Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 17(4):989-98. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400033>
- Silva, M. A. B. P. (2015). *O imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre usuários de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Silva, M. A. B. P., & Peres, R. S. (2016). O imaginário coletivo de agentes comunitários de saúde em relação a usuários de saúde mental. *Vínculo*, 13(2), 55-65.
- Silva, W. R. (2012). *A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros, médicos e psicólogos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Simões, C. H. D. (2012). *Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: Imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Simões, C. H. D., Ferreira-Teixeira, M. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 65-77.
- Sousa, L. P. (2016). *Atenção em Saúde Bucal oferecida aos pacientes com esquizofrenia na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

- Sousa, M. F. D. (2000). A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(n. spe.), 25-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700004>
- Souza, A. J. F., Matias, G. N., Gomes, K. F. A., & Parente, A. C. M. (2007). A saúde mental no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 391-395. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400006>
- Sucigan, D. H. I., Toledo, V. P., & Garcia, A.P. R. F. (2012). Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 13(1), 2-10.
- Tachibana, M., Ambrosio, F. F., Beaune, D., & Aiello Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 285-297. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000200009>
- Tanaka, O. Y., Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: Caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(14), 477-486. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>
- Teixeira, M. B., Mello, I. M., Grando, L. H., & Fraiman, D. P. (1997). *Manual de Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: Atheneu.
- Trinca, A. M. T. (1997). Ampliação e expansão. In Trinca, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (1972). *O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Valentin, C. P. B., Jucá, V. J., & Nunes, M. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>

- Vieira, S. S., & Neves, C. A. B. (2017). Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 24-33. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>
- Winnicott, D. W. (1971/1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (J. M. X. C. Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Yasui, S. (2011). Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde*, 18(2), 585-589. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016>
- Zusman, J. A. (2002). Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas. *Psiquiatria Hoje*, 2, 8-17.

APÊNDICE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Imaginário coletivo de enfermeiros em relação ao acompanhamento em saúde mental de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia na atenção primária”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Sanches Peres/UFU e Débora Cristina Joaquina Rosa/UFU.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender o conjunto de ideias e concepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação ao acompanhamento em Saúde Mental de pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia, que são acompanhados na Atenção Primária.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Débora Cristina Joaquina Rosa, na semana anterior à coleta de dados, no local de trabalho dos participantes. Nessa ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido e as possíveis dúvidas sobre a pesquisa serão esclarecidas. Os participantes terão uma semana para decidir por sua participação.

Na sua participação, você fará parte de um encontro grupal, a ser conduzido pela pesquisadora Débora Cristina Joaquina Rosa, no qual será solicitado que cada participante desenhe uma situação de trabalho envolvendo o atendimento ao paciente com diagnóstico de esquizofrenia na atenção primária, crie um título e uma pequena história para o desenho. Após este primeiro momento, será aberto um momento de discussão sobre a temática. O encontro será gravado e transcrito pela própria pesquisadora, sendo que, após a transcrição, a gravação será desgravada. O encontro terá duração de aproximadamente uma hora e vinte minutos e ocorrerá, após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, em um local e período no qual os participantes já se reúnem, tendo em vista que ocorrem reuniões periódicas entre os mesmos.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de comprometimento da confidencialidade da identificação dos sujeitos por motivos alheios aos pesquisadores. Para garantir o sigilo, os pesquisadores serão os únicos que terão acesso as gravações do encontro e eles próprios realizarão a transcrição dos áudios e não serão identificados os locais aos quais os participantes se encontram vinculados. Os benefícios aos participantes serão proporcionados mediante a reflexão sobre o acompanhamento em saúde mental de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia na atenção primária, a qual poderá levar à obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Débora Cristina Joaquina Rosa. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 3225-8512 / e-mail: deborarosa.psicologia@gmail.com, ou Rodrigo Sanches Peres. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 3225-8512/E-mail: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20_____

Rodrigo Sanches Peres
Pesquisador

Débora Cristina Joaquina Rosa
Pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa