

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS E FAMILIARES

MENTAL HEALTH IN THE CONTEXT OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM: SOCIAL
REPRESENTATIONS OF USERS AND FAMILY MEMBERS

SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA: REPRESENTACIONES
SOCIALES DE USUARIOS Y FAMILIARES

MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS¹

MARIA SALETE BESSA JORGE²

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES³

ANTONIO GERMANE ALVES PINTO⁴

A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica propicia melhor cobertura assistencial, com possibilidades de prevenção dos agravos mentais e efetiva promoção da saúde, evitando o isolamento, o preconceito, além da aquisição de atitudes mais humanizadas. Este estudo objetivou explorar as representações sociais dos usuários e de seus familiares sobre saúde mental no contexto de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS). Os dados foram coletados utilizando-se o Teste de Associação Livre de Palavras, processados no software Tri-deux-mots e interpretados utilizando-se a Análise Fatorial de Correspondência. A pesquisa possibilitou uma aproximação com a comunidade, onde conteúdos latentes e afetivos dos sujeitos foram revelados, permitindo, assim, traçar um panorama da realidade na atenção básica por meio de representações sobre saúde, saúde mental, promoção da saúde mental, família e Programa Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Saúde da família.

The incorporation of mental health actions in basic attention enables better assistance coverage, with possibilities of prevention of mental illness and effective health promotion, avoiding isolation and prejudice, besides the acquisition of more humanized attitudes. This study aimed to explore the social representations of users and their relatives concerning mental health in the context of Basic Health Unity (BHU). The data were collected using the Free Word Association Test, processed on Tri-deux-mots software and interpreted through correspondence factor analysis. The research enabled to get closer to the community, in which latent and affective content of subjects were revealed, allowing thus, to draw a panorama of reality in basic attention through the representations about health, mental health, promotion of mental health, family and the Program Health of the Family.

KEYWORDS: Mental health, Primary health care; Family health.

La incorporación de acciones de salud mental en la atención básica permite una mejor protección asistencial, con posibilidades de prevención de las enfermedades mentales y la promoción eficaz de la salud, evitando el aislamiento, el preconceito, además de la adquisición de actitudes más humanizadas. El objetivo de este estudio fue indagar las representaciones sociales de los usuarios y sus parientes sobre salud mental en el contexto de una Unidad Básica de Salud de la Familia (UBS). Los datos fueron recogidos usando el Test de Asociación Libre de Palabras, procesados en el software Tri-deux-mots e interpretados utilizando el Análisis Fatorial de Correspondencia. La investigación permitió una aproximación con la comunidad, donde contenidos latentes y afectivos de los sujetos fueron revelados, permitiendo así, delinear un panorama de la realidad en la atención básica a través de representaciones sobre salud, salud mental, promoción de la salud mental, familia y Programa Salud de la Familia.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, Atención primaria de salud; Salud de la familia.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica FUNCAP. Endereço: Rua Guilherme Rocha, 1476/205, Centro. Fortaleza/CE. CEP: 60030-141. E-mail: mardeniagomes@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular em Saúde Mental da UECE. Pesquisadora do CNPq. E-mail: masabejo@uece.br. Endereço para correspondência: Rua Dr. José Lourenço 2835 apto 301 Aldeota. CEP 60115-282 Fortaleza-Ceará

³ Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Discente do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva da UECE. Bolsista FUNCAP. E-mail: jm_ximenes@hotmail.com.

⁴ Enfermeiro. Discente do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. Bolsista Demanda Social/CAPES. E-mail: germanepinto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A história da doença mental é marcada por práticas terapêuticas violentas, excludentes e desumanas. Deriva de uma sociedade capitalista centrada em interesses políticos e econômicos que instituiu o hospital psiquiátrico com características de prisão e gerador de cronificação, produzindo sofrimento a pacientes e familiares¹.

Atualmente o campo da saúde mental vem passando por importantes transformações. Em nível internacional o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental ocorreu em 1990 com a Declaração de Caracas. O documento marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e estabeleceu como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais, garantindo os direitos dos portadores de sofrimento psíquico².

No Brasil, a reforma psiquiátrica tem início na década de 1970. Esse processo é fruto de fatores sociais e econômicos que contribuíram para desencadear a realização da desinstitucionalização, da desospitalização, de uma luta em prol da cidadania dos portadores de transtornos mentais e a construção de novos paradigmas. Nesta nova lógica, alternativas de cuidados foram criadas com vistas à promoção da saúde mental e à reinserção social das pessoas.

No Ceará a reforma psiquiátrica foi marcada por muitos avanços, o que permitiu algumas expressivas conquistas. A luta por políticas públicas saudáveis e equânimes, a reorientação dos serviços de saúde, a busca de uma ruptura com o modelo hegemônico biomédico desenvolveram-se a partir de uma visão contextualizada sobre a realidade socioeconômica e cultural brasileira em relação às experiências européias ou norte-americanas sobre a reforma psiquiátrica. Assim, sobressaem alguns avanços, como as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde (UBS), unidades ambulatoriais de atenção intensiva em saúde mental (Hospitais-Dia, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS),

centros de convivência, unidade de saúde mental em hospital geral, isoladamente ou integrados em sistemas de referência e contra-referência³.

Esses avanços se estruturaram numa rede de serviços descentralizada, municipalizada e com caráter multiprofissional, tendo como pressupostos básicos os direitos de cidadania, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental⁴.

Neste contexto, emergem novas formas de assistência à saúde, pautadas principalmente na integralidade dos indivíduos e na promoção da vida, entre elas a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, a qual apresenta um grande potencial para reordenar a atenção básica e reorganizar os demais níveis de complexidade do sistema.

A Estratégia Saúde da Família consiste em um novo modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida, dirigido à família e à comunidade, incluindo desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Para isso a estratégia centraliza os esforços na Unidade Básica de Saúde, que representa o primeiro contato da população com os serviços ofertados pelo município, e capaz de resolver 85% dos problemas da população quando funciona adequadamente. Desta forma, amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades⁵.

Para tanto, a ESF utiliza como núcleo básico de abordagem a família e seu espaço social, e não mais o indivíduo, caracterizando o trabalho pela atuação em equipe. Nesta proposta, a família é escolhida em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde. O papel do profissional de saúde é o de se aliar à família, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas⁴.

A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, no cotidiano dos agentes comunitários de saúde e dos profissionais de saúde da família, contri-

bui significativamente para promover a expansão com qualidade deste novo modelo, e oferece melhor cobertura assistencial aos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do Sistema Único de Saúde⁵.

Deste modo, o Departamento de Atenção Básica e a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, conscientes da necessidade de implementação das ações de saúde mental na atenção básica, decidem pela elaboração e implantação de um plano nacional de incorporação de ações de saúde mental no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. Com isso pretendem contribuir para uma maior compreensão sobre a realidade em que a família vive, criando condições para os profissionais atuarem de forma resoluta nas situações de risco, geradoras de sofrimento psíquico.

Mediante a conjugação destes dois campos, a Estratégia Saúde da Família possibilita a descoberta de contextos outrora excluídos nos quais emergem os problemas e também algumas respostas. Desta forma, o compartilhar do cuidado amplia a compreensão do sujeito inserido em sua rede social, ao mesmo tempo em que habilita adequadamente o profissional para promover junto à comunidade melhor qualidade de vida. Contudo, esta prática deve ser desenvolvida de forma integrada aos serviços substitutivos, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais-Dia, proporcionando, assim, um suporte para as equipes de saúde da família.

Nesta perspectiva, ao se inserir as ações de saúde mental na atenção primária, tem-se a oportunidade de organizar os serviços de saúde mental de uma maneira capaz de evitar o isolamento, o preconceito, a discriminação, além de compreender vivências por meio de atitudes humanizadoras.

O presente estudo buscou uma aproximação com a comunidade, para conhecer as percepções dos usuários do Programa Saúde da Família e seus familiares acerca da saúde mental na assistência primária. Para alcançar os objetivos propostos toma como premissa básica as representações sociais da comunidade.

As representações sociais são formas de conhecimento prático que procuram a clivagem entre ciência

e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais sujeitas às determinações sócio-históricas de épocas específicas⁶.

Assim, a necessidade deste estudo justifica-se no fato das representações sociais revelarem uma realidade por meio do senso comum, servindo para orientar as condutas e a comunicação entre trabalhadores da atenção básica e a comunidade.

Em suma, é uma investigação do imaginário de usuários do PSF e familiares destes com vistas a conhecer uma realidade e trazê-la à tona, para provocar reflexões que contribuirão para alavancar o novo modelo de cuidar, potencializar ações de saúde mental na atenção básica, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os clientes.

METODOLOGIA

O eixo teórico do estudo foi a Teoria das Representações Sociais conforme os princípios de Moscovici⁷ e Jodelet⁸, com a utilização do Teste de Associação Livre de Palavras (TAL), que consiste na organização das evocações de respostas dadas mediante estímulos indutores. Este teste possibilita a expressão de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações.

A pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) localizada na Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza - Ceará. A UBASF foi implantada em 1998, e antes no local situava-se um posto de saúde. Hoje, ela conta com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, possui um coordenador, e cada equipe de saúde da família tem um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes de saúde. Além disso, há dois dentistas que atendem nas quatro equipes.

Nesta unidade existem cadastradas 4.696 famílias, ou seja, aproximadamente 23.000 pessoas. Cada equipe acompanha de 1.000 a 1.300 famílias. Quanto à composição das equipes de saúde da família, conforme observamos, segue a estrutura preconizada pelo Ministério da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram usuários consultados por enfermeiros na Unidade Básica de Saúde da Família, num quantitativo de 58 participantes. Entre eles, 30 usuários que receberam atendimentos nas referidas unidades e 28 familiares destes, com a finalidade de realizar comparações, pois esse quantitativo nos possibilita a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras.

O critério de escolha dos usuários foi ser acompanhado pela equipe da unidade e estar presente no momento da coleta de dados. Quanto aos familiares, o critério de escolha foi estarem acompanhando o usuário no momento da consulta.

Conforme decidimos, o instrumento de coleta de dados foi organizado em duas partes. A primeira se constituiu de uma identificação sociodemográfica dos sujeitos com vistas a uma definição do perfil destes.

Na segunda parte, usamos o Teste de Associação Livre de Palavras que permitiu maior espontaneidade em relação ao objeto, revelando elementos implícitos nos discursos. Como técnica projetiva, trouxe à tona elementos não “filtrados pela censura”. Trata-se de um instrumento que se apóia sobre um repertório conceitual concernente ao tipo de investigação aberta que permite evidenciar universos semânticos comuns de palavras em face de diferentes estímulos e sujeitos ou grupos⁹.

Esta técnica, aplicável no campo das representações sociais, é simples. Como um instrumento aberto, o entrevistador pronuncia um estímulo indutor diante do sujeito e solicita-lhe verbalizar, no menor tempo possível, as palavras que lhe vêm à mente⁹. Os estímulos indutores foram os seguintes: saúde; saúde mental; promoção da saúde mental; família; Programa Saúde da Família.

Os quadros apresentados a seguir demonstram um panorama mais geral das principais evocações manifestadas pelo TAL, contudo não possibilitam uma aproximação mais significativa das representações dos sujeitos. Diante disto, é indispensável uma leitura mais aprofundada das particularidades surgidas entre os grupos de usuários e familiares. Com o objetivo de distinguir e contabilizar as palavras por grupo e estímulo indutor, procedemos a uma recontagem dos termos, os quais foram distribuídos nos quadros I e II

QUADRO I - PRINCIPAIS EVOCAÇÕES PARA OS ESTÍMULOS INDUTORES NO GRUPO DE USUÁRIOS.

Estímulo 1 Saúde	Estímulo 2 Saúde mental	Estímulo 3 Promoção da saúde mental	Estímulo 4 Família	Estímulo 5 Programa saúde da família
Cuidado Médico Necessidade Alegria Saúde Trabalho Vida Posto de saúde	Problema Preocupação Família Es- tresse Cabeça	Tratamento Posto de saúde Médico Bem-estar Hos- pital Problema	Importante Tudo Respeito Pai Estrutura	Família Importante Médico Pro- grama Doen- ças Preven- ção Posto de saúde Acompanhamento Melhor Saúde Consul- ta

Fonte: Elaboração própria

QUADRO II - PRINCIPAIS EVOCAÇÕES PARA OS ESTÍMULOS INDUTORES NO GRUPO DE FAMILIARES.

Estímulo 1 Saúde	Estímulo 2 Saúde mental	Estímulo 3 Promoção da saúde mental	Estímulo 4 Família	Estímulo 5 Programa saúde da família
Atendimento Alegria Doença Alimentação Paz Atendi- mento	Deficiência Doido Cuidado Depressão Doença Bem-estar	Amor Atenção Atendimento Tratamento	Harmonia Felicidade Irmão Ale- gria Com- preensão Paz Filhos Mãe Bom União	Hospital Atendimento Família

Fonte: Elaboração própria

Após a aplicação, foram transcritas as palavras na íntegra e organizado um dicionário para cada estímulo, agrupando as palavras que possuíam o mesmo sentido. As palavras verbalizadas foram processadas no software *Tri-deux-mots*¹⁰. Este programa é utilizado para o tratamento de questões abertas e fechadas e ainda para Teste de Associação Livre de Palavras no âmbito das representações sociais, conferindo visibilidade e consistência a essas pesquisas¹¹.

Os resultados da técnica de evocação de palavras foram interpretados a partir da Análise Fatorial de Correspondência, que se constitui em uma técnica de análise estatística, a partir da qual pode-se gerar um gráfico, semelhante a um plano Cartesiano, e, como tal tem pólo positivo e outro negativo em cada eixo. Tal técnica permi-

tiu destacar eixos que explicam modalidades de respostas, mostrando estruturas do campo representacional, permitindo representar graficamente a atração entre as variáveis fixas (sociodemográficas) e as de opiniões.

Como exigido, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, mediante o Processo nº 04116019-3, pois seguia orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹². Aos participantes apresentamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos do estudo e garantindo o anonimato dos participantes. Após a assinatura do referido termo, efetivou-se a participação do sujeito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Técnica de Associação Livre de Palavras possibilitou o acesso a conteúdos latentes e afetivos dos sujeitos em estudo.

Um total de 1.388 palavras foi evocado na coleta de dados pelos 58 sujeitos da pesquisa em resposta aos estímulos indutores com a correspondência de 580 palavras diferentes.

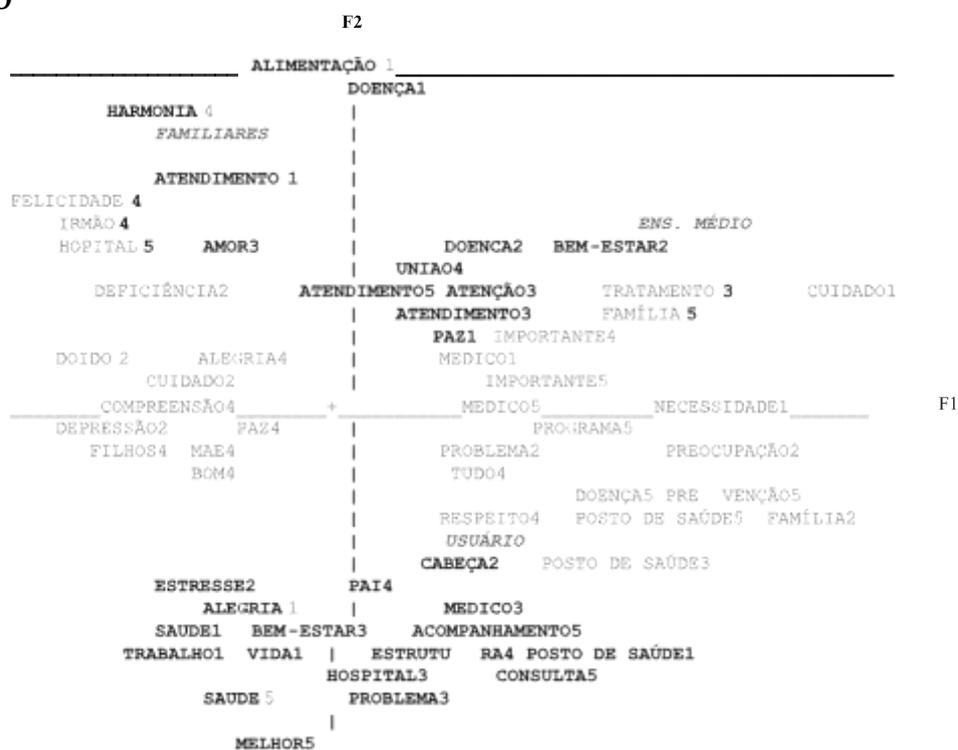
Segundo observamos, as evocações dos sujeitos da pesquisa permitiram destacar os eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando as estruturas do campo representacional. Por isso, é metodologicamente importante representar graficamente a atração entre as variáveis fixas (faixa etária, escolaridade, grupo de sujeitos) e as variáveis de opinião (respostas aos estímulos indutores). A análise foi realizada a partir da leitura das palavras evocadas distribuídas de maneira oposta sobre os fatores F_1 e F_2 , conforme demonstrado no gráfico 1.

O fator F_1 , horizontal, evidencia os resultados mais importantes da pesquisa, e o fator F_2 , vertical, possui as-

pecto complementar aos resultados de F_1 . O primeiro fator, F_1 , revelou um valor próprio de 0,06251 (48,6%) das respostas enquanto o F_2 representou 0,043890 (34,2%), perfazendo 82,8% da variância total que dá confiabilidade às afirmações descritas a seguir. Em virtude de esse valor ser considerado estatisticamente significativo, nos detemos a explicar os eixos 1 e 2.

Estímulos	Sujeitos
(1) Saúde	Grupo 1 -
(2) Saúde mental	Usuários dos serviços da UBASF
(3) Promoção da saúde mental	Grupo 2 -
(4) Família	Familiares acompanhantes dos usuários
(5) Programa saúde da família	

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS FATORES 1 E 2.



Segundo a estrutura do gráfico nos eixos horizontal e vertical (F_1 e F_2), visualizaremos a oposição entre as representações evocadas por usuários e familiares. Podemos observar entre as respostas evocadas pelos usuários, quanto ao primeiro estímulo (saúde) do eixo F_1 , que as contribuições por fator (CPF), foram: *cuidado* (CPF = 87), *médico* (CPF = 72) e *necessidade* (CPF = 45). Como percebemos, para esse grupo, saúde é representada como algo indispensável à manutenção do bem-estar individual, uma necessidade básica fundamentada no cuidado do pro-

fissional médico. A transferência de responsabilidade com a saúde para o médico reforça a idéia do modelo biomédico culturalmente estabelecido.

Ao fazermos um contraponto com as representações dos familiares no mesmo eixo e em situação oposta, encontramos o estímulo saúde como *atendimento* (CPF = 22) e *alegria* (CPF = 13). Segundo é possível evidenciar-mos, esse grupo mantém a característica de dependência na relação profissional-usuário, admitindo uma posição de paciente que necessita de um atendimento para alcançar uma condição alegre.

O relacionamento profissional de saúde-usuário é, sabidamente, uma parceria entre duas pessoas, das quais uma detém o conhecimento técnico científico, que põe à disposição da outra, a quem caberá aceitá-lo ou não¹³. Podemos acrescentar ainda que este relacionamento deva apoiar-se no exercício da autonomia entre as pessoas.

Assim, cada sujeito possui sua própria experiência em saúde, e dentro de suas necessidades e valores, vai construindo uma idéia que perpassa por conceitos de bem-estar, felicidade, atenção e relacionamentos. Uma interação do físico, do social e do mental, a qual sua produção subjetiva, que por sua vez, é singular.

A subjetividade nunca será absoluta e sempre estará relacionada ao contexto, pois os indivíduos constituem sujeitos distintos, suas vivências alternam-se e integram-se em uma dinâmica complexa. Desse modo, podemos sugerir que saúde seja um processo cotidiano de construção de respostas sociais¹⁴.

Ao continuarmos o percurso no F₁ eixo horizontal, as evocações estabelecidas pelos usuários sobre o segundo estímulo (saúde mental) foram as seguintes: *problema* (CPF = 23), *preocupação* (CPF = 32) e *família* (CPF = 20). Na visão desse grupo, saúde mental está relacionada ao adoecer mental. Este adoecer decorre dos problemas e dificuldades enfrentados, a exemplo das preocupações do dia-a-dia, do estresse em virtude do fluxo contínuo e acelerado da vida.

Neste momento, a família entra em cena para apoiar esses danos causados. Ela desempenha um papel de cuidador, entretanto poderá também ser afetada, principalmente quando não estiver preparada para receber tal "problema", fato este que contribuirá para o adoecimento e a exclusão social.

Em posição oposta no mesmo eixo os familiares verbalizam palavras como *deficiência* (CPF = 16), *doido* (CPF = 35), *cuidado* (CPF = 12) e *depressão* (CPF = 23). Para este grupo, a representação de saúde mental corrobora a opinião dos usuários já referida anteriormente. Vincula saúde mental a doença, cristalizando o estigma de doença mental.

Os familiares objetivam a representação de saúde mental na evocação *doido*. Parecem demonstrar, portanto, uma inseparabilidade entre saúde e doença mental. A palavra "doido" pode designar o estereótipo de comportamento que foge à norma imposta pela sociedade de consumo. Este padrão de homem, sujeito na modernidade, é aquele que produz. Assim, o indivíduo que não está dentro dessa realidade de produção e normatização está incapacitado de conviver socialmente, e, então, torna-se um problema social. É considerado alienado, compreendido como o que está fora de si, fora da realidade; é o que tem alterado sua forma de juízo, e por isso perigoso para o convívio social. Nesse contexto fica reservada aos deficientes a necessidade de cuidados com o objetivo de adequação às regras sociais.

O rótulo "doido" é legitimado socialmente, e produz um estereótipo que orientaria a ação da sociedade no sentido de exigir do doente um comportamento de "louco", leva-o, assim, a se comportar como tal¹⁴.

Na opinião do grupo de usuários, a promoção da saúde mental é compreendida como o *tratamento* (CPF = 36) oferecido pelo *posto de saúde* (CPF = 12). Uma visão delimitada e institucionalizada, uma vez que o indivíduo irá buscar em uma instituição, no caso, a Unidade Básica de Saúde da Família, o tratamento, a cura para sua doença. Os familiares não fazem referências significativas ao referido estímulo.

Aqui podemos mencionar a dependência na relação profissional-cliente descrita no primeiro estímulo (saúde). Uma situação paternalista na qual o profissional de saúde trata a doença e o paciente renuncia à sua própria autonomia¹³, contrapondo, assim, a idéia de que o sujeito também é responsável por seus meios de adoecimento e de controle de sua doença.

Em resposta ao estímulo quatro, família, ainda no eixo 1 (F₁), lado positivo, podemos destacar as verbalizações: *importante* (CPF = 15), *tudo* (CPF = 11) e *respeito*

(CPF = 12). Neste contexto o conceito de família para este grupo pode ser traduzido como um fundamento na vida dos sujeitos. Independentemente da forma que assuma, é dever dos membros da família o respeito à organização familiar. Recorrem também à associação de família a um conteúdo avaliativo inespecífico ao pronunciarem a palavra *tudo*.

Num extremo oposto do eixo 1 (lado negativo), o grupo de familiares evoca as seguintes palavras: *harmonia* (CPF = 18), *felicidade* (CPF = 40), *irmão* (CPF = 26), *alegria* (CPF = 15), *compreensão* (CPF = 23), *paç* (CPF = 13), *filhos* (CPF = 19), *mãe* (CPF = 11) e *bom* (CPF = 15). Todas as palavras usadas para representar o referido estímulo estão no núcleo da afetividade, de sentimentos relacionados ao bem-estar, que servem para identificar família como um sistema de referência.

Por ser um sistema de referência, a família desempenha uma função importante na dimensão saúde. É, portanto, essencial na promoção da saúde de seus membros, pois esta estrutura abrange sentimentos, valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações dos sujeitos.

As equipes de saúde da família devem atuar em seu território na perspectiva da abordagem de famílias, não apenas em seu mapeamento geográfico, mas na identificação de suas dinâmicas relacionais e no incentivo para a formação de uma rede social de apoio¹⁵.

Ao finalizarmos a análise do lado positivo do eixo 1 (F₁) temos as representações do grupo de usuários para o quinto estímulo, Programa de Saúde da Família, descrito como: *família* (CPF = 20), *importante* (CPF = 11), *médico* (CPF = 16), *programa* (CPF = 28), *doenças* (CPF = 19), *prevenção* (CPF = 19) e *posto de saúde* (CPF = 27). Como percebemos, a visão dos usuários sobre o Programa Saúde da Família se aproxima do proposto pelo modelo quando verbalizam as palavras *programa*, *prevenção* e *família*.

Trata-se, pois, de uma atenção que prioriza ações de prevenção de doenças, tendo como referência o posto de saúde, local onde podem ser tratados os agravos à saúde. Entretanto, a figura do médico ainda é muito presente como detentor da cura. A valorização do modelo de atenção é sugerida quando os sujeitos evocam a palavra *importante*, considerando que através desse programa as

famílias recebem uma atenção que influenciará nas condições de saúde da população dentro do contexto socioeconômico no qual ela vive.

Ainda no eixo 1 (F₁), mas no pólo negativo do gráfico, encontramos que os familiares representam o Programa Saúde da Família como *hospital* (CPF = 26). Deste modo, evidenciamos a concepção delimitada e hospitalocêntrica do grupo sobre o referido estímulo. A estratégia de atenção à saúde resumindo-se na instituição hospitalar, com vistas à assistência a doenças e agravos.

Com a finalidade de complementar as informações do eixo 1 (F₁), abordaremos os resultados apresentados no eixo 2 (F₂). Este, apesar de menos relevante em termos estatísticos, contribui para o desvelar do objeto da pesquisa. Uma peculiaridade desse fator (F₂) consiste na caracterização da área positiva do eixo 2, onde se situa o grupo de familiares com grau de escolaridade do ensino médio. No extremo oposto, ou seja, posicionado no pólo negativo do eixo, está o grupo de usuários. Entretanto não houve predominância relevante de nenhum perfil.

Desse modo, as representações sociais sobre saúde, estabelecidas no lado positivo do eixo 2 (F₂) associam-se a uma necessidade básica como a *alimentação* (CPF = 40) e um estado mental representado pela *paç* (CPF = 17). Ao evocarem *atendimento* (CPF = 32) referem-se às ações de proteção à saúde, realizadas pelos profissionais de saúde. Ocorre ainda a identificação do grupo com o conceito de saúde como a ausência de *doença* (CPF = 51). Este conceito foi utilizado na Antigüidade, mas ainda é dominante no imaginário popular. Sobre saúde mental, o grupo de familiares evoca as palavras *bem-estar* (CPF = 26) e *doença* (CPF = 36), revelando mais uma vez a concepção sobrenatural de saúde como ausência de doença.

A promoção da saúde mental é concebida como uma vigilância à saúde ao evocarem a palavra *atenção* (CPF = 11) e *tratamento* (CPF = 15). Atribuem um aspecto afetivo à representação por meio das palavras *amor* (CPF = 11) e *atendimento* (CPF = 11), aqui compreendido como o momento da escuta, do acolhimento que o profissional pode oferecer ao usuário.

No referente ao estímulo quatro, o grupo associa família a uma condição afetiva, revelada por sentimentos como a *harmonia* (CPF = 36), a *união* (CPF = 42) e a

felicidade (CPF = 18). Citam ainda a palavra *irmão* (CPF = 12) para demonstrar uma ligação mais que sentimental, ou seja, a ligação consanguínea.

O contexto hospitalocêntrico revelado para o estímulo cinco, Programa Saúde da Família, surge com a palavra *hospital* (CPF = 12). Tal fato evidencia o modelo clássico de atenção à saúde. O *atendimento* (CPF = 24) das necessidades da *família* (CPF = 10) em níveis de saúde mais complexos.

Em cenários distintos, seja no hospital ou na rede básica, a ação de saúde implementa a resolução de necessidades, indagações e desequilíbrios. O usuário representa a sua necessidade de saúde, de forma individual, como um problema a ser resolvido, para alívio de seu sofrimento ou de algum risco a partir de uma intervenção ou ajuda de alguém para com ele¹⁶.

Ainda no eixo 2 (F₂), na região negativa do gráfico, no segundo grupo representado pelos usuários, sobressai a concepção de saúde como a capacidade de produzir pelo *trabalho* (CPF = 19), por meio da expressão de sentimentos relacionados ao estado mental como a *alegria* (CPF = 32), o bem-estar quando se referem à *saúde* (CPF = 19), a longevidade representada pela *vida* (CPF = 30) e ainda referem suas necessidades de atenção e cuidado obtidas via *posto de saúde* (CPF = 12). Já a saúde mental é concebida como o desequilíbrio do estado mental representado pelo *estresse* (CPF = 11), a falta de qualidade de vida e também os agravos que acometem a *cabeça* (CPF = 12).

Em relação ao estímulo três, a promoção da saúde mental está representada pela solução dos *problemas* (CPF = 29) de saúde da população mediante intervenção do *médico* (CPF = 30) no contexto do *hospital* (CPF = 30). Estas ações buscariam o *bem-estar* (CPF = 29) individual e coletivo da comunidade. Dessa forma, essa concepção reproduz o modelo biomédico de atenção à saúde.

A promoção da saúde como produção conceitual, metodológica e instrumental apóia-se na amplitude e complexidade do próprio conceito de saúde. Nesse sentido, a discussão sobre a qualidade de vida e a busca de soluções efetiva a mobilização e participação da sociedade, priorizando a autonomia individual e coletiva, também no reforço do planejamento e poder a nível local¹⁷.

A família, estímulo quatro é vista como o suporte, a *estrutura* (CPF = 30) onde poderão encontrar o apoio necessário à vida. O *pai* (CPF = 17), como chefe de família, é aquele que deve prover a segurança entre seus membros.

Sobre o quinto estímulo indutor, o grupo de usuários apreende que o Programa Saúde da Família realiza ações de *acompanhamento* (CPF = 12) da *saúde* (CPF = 65) da comunidade, e este acompanhamento se efetiva no momento da *consulta* (CPF = 12), quando os sujeitos podem referir suas necessidades, ser ouvidos, buscando solução para seus problemas. Ao evocar a palavra *melhor* (CPF = 69), demonstram a valorização da estratégia de atenção à saúde por se sentirem mais amparados.

O contexto das ações em prol da saúde parece formular uma clínica interligada a prevenção, a redução de riscos ou até mesmo para a dimensão da promoção. A partir do vínculo e de propostas terapêuticas voltadas para o sujeito, (re) coloca-se o mesmo na perspectiva da responsabilização pela vida¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nosso ver, o estudo possibilitou uma aproximação com a comunidade, e trouxe a este cenário suas expectativas e interpretações. Os conteúdos latentes e afetivos dos sujeitos foram revelados e, assim, permitiram traçar um panorama da realidade na atenção básica por meio de representações sobre saúde, saúde mental, promoção da saúde mental, família e Programa Saúde da Família.

Nos resultados da análise do Teste de Associação Livre de Palavras evidenciamos uma harmonia nas representações dos estímulos entre os dois grupos, pois como fazem parte da mesma estrutura familiar possuem os mesmos valores e muitas vezes até a mesma linguagem.

Ainda conforme percebemos, os dados mais significativos da pesquisa estão relacionados à concepção de saúde como ausência de doença, saúde mental como doença mental, ao modelo de atenção à saúde voltado para a cura de doenças, centrado na figura do médico, ao contexto hospitalar que predomina nas representações de promoção da saúde mental e Programa Saúde da Família.

Essas representações reforçam a falta de autonomia de usuários/familiares diante dos profissionais de saúde e

as suas próprias necessidades de saúde, uma vez que dependem de atendimento especializado para alcançar um estado saudável.

Ademais a família revelou-se como um sistema de referência para a promoção da saúde, pois esta estrutura abrange um forte conteúdo afetivo, e funciona como uma forma de motivação para guiar as ações dos sujeitos.

O modo como os sujeitos da pesquisa representam as estratégias de promoção da saúde distancia-se do real sentido destas. Assim, alguns questionamentos surgiram no decorrer da pesquisa, como: por que usuários e familiares ainda não conseguem compreender as propostas de promoção da saúde mental? Essas políticas estão sendo efetivamente implementadas em uma realidade condizente com a da comunidade?

Conforme acreditamos, um conhecimento mais apurado das particularidades dessa comunidade, sua condição sociocultural, crenças, valores, as principais estratégias de enfrentamentos, seus determinantes de saúde, além de reconhecer a tensão contida no binômio sociedade-loucura, contribuirão para uma atenção integral e equitativa à saúde.

O reconhecimento dessas particularidades e o desenvolvimento de atividades que envolvam a comunidade, reforçando a idéia de cidadania e autonomia dos sujeitos, constituem não apenas um intercâmbio de informações e ações entre atenção básica para a implementação da promoção da saúde mental no Programa Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Ramos CC. Representação social da saúde mental no Programa Saúde da Família. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo; 2003.
2. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas em 14 de setembro de 1990. [acesso 2007 jan 28]. Disponível em: http://www.exclusion.net/imagens/pdf/130_kuvut_declaracao_Caracas_port.PDF
3. Barroso AGC, Abreu LM, Bezerra MAA, Ibiapina SLD, Brito HB. Transtornos mentais: o significado para os familiares. *Rev Bras Promoção Saúde* 2004; 17(3):99-108.
4. Machado APC, Mocinho RR. Saúde mental: um desafio no Programa Saúde da Família. *Boletim Saúde, Porto Alegre (RS)* 2003 jul/dez; 17(2):159-70.
5. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (DF): 2001.
6. Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Pública* 1993 jul/set; 9(3):300-8.
7. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.
9. Coutinho MPL, Nóbrega SM, Catão MFM. Contribuições teórico-metodológicas acerca dos usos dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: Coutinho MPL, Nóbrega SM, Catão MFM. *Representações sociais: abordagens interdisciplinares*. João Pessoa: Ed. Universitária; 2003.
10. Gibois P. Tri-deux version 2.2. Paris. UFR, Sciences sociales; 1995.
11. Coutinho MPL. Depressão infantil: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Ed. Universitária; 2001.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [acesso 2007 jan 28]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep
13. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):538-42.
14. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 2002; 9(2):315-33.
15. Marsiglia RMG. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família (PSF). In: Acosta AR, Vitaler MAF, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais-PUC/SP; 2005.

16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde: In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
17. Pedrosa JIS. Promoção da saúde e educação em saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
18. Campos RO. A promoção à saúde e a clínica: o dilema "promocionista". In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.

RECEBIDO: 01/10/2007
ACEITO: 08/01/2008