

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**TECENDO A REDE DE SENTIDOS DO TRATAMENTO
EM SAÚDE MENTAL**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Michele Pivetta de Lara

Santa Maria, RS, Brasil

2013

TECENDO A REDE DE SENTIDOS DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Michele Pivetta de Lara

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável ó apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Saúde Mental**

Orientadora: Prof^a Dr^a Marlene Gomes Terra

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

TECENDO A REDE DE SENTIDOS DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Elaborado por
MICHELE PIVETTA DE LARA

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde, ênfase em Saúde Mental**

Comissão Examinadora:


MARLENE GOMES
TERRA


CAIO CESAR PIFFERO
GOMES


MARCELO DA ROSA
MAIA

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

TECENDO A REDE DE SENTIDOS DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL
WEAVING THE NETWORK SENSES OF MENTAL HEALTH TREATMENT

Resumo

O objetivo do estudo foi compreender os sentidos do tratamento da pessoa em sofrimento psíquico por meio de sua história de vida. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa pautada na perspectiva do construcionismo social em psicologia social. Foi realizada no período de outubro a dezembro 2012, com dez pessoas internadas na unidade psiquiátrica de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul. A compreensão dos discursos possibilitou a identificação de duas categorias: rede de sentido do tratamento em saúde mental: o resgate da história de vida do sujeito e implicações do tratamento no cotidiano da pessoa portadora da doença mental e as percepções da linha de cuidado em saúde mental. Evidencia-se a necessidade de um pensar crítico reflexivo em relação ao tratamento, a fim de reorganizar e reorientar práticas em saúde substanciada pelas necessidades expressas pelos sujeitos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Tratamento; Serviços em Saúde Mental.

Abstract

The aim of the study was to understand the meanings of the treatment of the person in psychological distress through his life story. This is a qualitative study based in the perspective of social constructionism in social psychology. It was held in the period from October to December 2012, with ten people admitted to the psychiatric unit of a university hospital in the interior of Rio Grande do Sul. Understanding discourses enabled the identification of two categories: network effect of treatment in mental health: the redemption of the life history of the subject and treatment implications in everyday person with mental illness and perceptions of online mental health care. This study highlights the need for a critical reflective thinking in relation to treatment in order to reorganize and reorient health practices substantiated by the needs expressed by the subjects.

Keywords: Mental Health; Treatment; Mental Health Services.

Introdução

A concepção do tratamento em saúde mental está pautada na busca pela reabilitação psicossocial. Essa estratégia singularizada possibilitaria por meio de um processo técnico a reintegração do sujeito ao seu contexto social (PINTO; FERREIRA, 2010). Esse estudo teve por base a vivência pessoal e profissional das pesquisadoras inseridas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, em uma unidade de internação a pacientes com transtornos mentais graves. O Programa fomenta uma visão crítica reflexiva dos profissionais em formação em uma linha de cuidado em saúde mental e instiga a refletir acerca das percepções dos usuários sobre o tratamento em saúde mental.

De acordo com o Ministério da Saúde cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; sendo que 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental. Dispomos de 208 hospitais psiquiátricos que viabilizam via SUS 35.426 leitos (BRASIL, 2012).

Para elucidar a produção das pesquisas nessa área fez-se uma seleção das publicações no portal ScientificElectronic Library Online (SCIELO) nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e na de Enfermagem (BDENF). Foi desenvolvido um estudo de revisão narrativa de literatura, o qual teve como questão de pesquisa: o que a produção científica revela sobre as implicações no cotidiano de pessoas em tratamento por transtornos mentais? Como demarcação cronológica o ano de 2001 por ser a Reforma Psiquiátrica um marco histórico no processo saúde/doença.

Para tanto, foram utilizados os descritores em saúde: tratamento em saúde mental. Para maior abrangência da literatura, também foram utilizados os descritores: saúde mental e serviços de saúde mental e assistência em saúde mental; além de psicologia social e saúde mental a fim de aprofundar o método. Em relação às tendências foram pesquisadas no

Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), das dissertações e teses, utilizando às palavras saúde mental, serviços de saúde mental.

O montante de obras a partir dos descritores/palavras e bases de dados/portal citados anteriormente foi de 222 produções. A revisão narrativa resultou em 33 produções do conhecimento que foram selecionadas pela leitura prévia dos seus resumos, sendo analisadas na íntegra 19 obras, conforme a perspectiva desta pesquisa. Constatou-se que a prevalência dos sujeitos nos estudos é de familiares dos usuários e profissionais da saúde que descrevem ou avaliam serviços em um determinado tempo, principalmente Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Além disso, observou-se que o campo da internação psiquiátrica não tem atraído interesse por parte dos pesquisadores, por já ter sido um recurso terapêutico reconhecido, mas pouco questionado e/ou por ser uma prática substituível a recursos extra hospitalares pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica (FURLAN; RIBEIRO, 2011). Logo, faz-se necessário valorizar o discurso de pessoas com transtornos mentais para suas necessidades como sujeito e suas perspectivas para uma rede de serviços de saúde mental, considerando sua história de vida e, sua produção de sentido frente ao seu tratamento. A lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, no seu direcionamento para serviços de rede prevê o acolhimento e a escuta da pessoa portadora da doença mental subsidiada pela clínica ampliada. Essa filosofia de assistência visa inserir a pessoa em sua rede familiar e social enfatizando suas potencialidades (DELGADO, 2008). Para tanto, a criação de serviços extra hospitalares não visa apenas a substituição do locus do tratamento hospitalocêntrico para o comunitário, mas visa substituir a lógica do modelo manicomial de assistir (WETZEL; KANTORSKI, 2004). Neste sentido, para assistir em saúde mental se faz necessário o desconstruir e (re)construir o modelo, considerando a clínica do sujeito que envolve a doença, o contexto e o próprio sujeito (SOUZA, 2006).

Para tal propósito, faz-se necessário uma equipe multidisciplinar a fim de articular conhecimentos profissionais específicos para uma rede de saber ãpor meio da integraãõ de saberes poderemos chegar a uma faceta de multiplicidade de olhares para um mesmo foco, onde cada qual poderã contribuir com suas experiẽnciasö (TERRA; SARTURI; RIBAS, 2006, p. 168).

A partir destas consideraãões, apresenta-se como objeto de estudo: a produãõ de sentidos do tratamento em saũde mental para a pessoa em sofrimento psũquico. Sendo assim, se constitui como questãõ norteadora da pesquisa: quais os sentidos do tratamento para a pessoa internada em uma unidade psiquiãtrica? Apresenta-se como objetivo geral: compreender os sentidos do tratamento para o portador do transtorno mental por meio de sua histõria de vida. E, como objetivos especũficos: verificar a existẽncia de uma rede de sentidos do tratamento para a pessoa com transtorno mental e suas implicaãões no cotidiano; e, identificar as perspectivas da pessoa frente ao seu tratamento.

Mẽtodo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada na perspectiva do Construcionismo Social em Psicologia Social. A pesquisa qualitativa surgiu no sũculo XIX no intuito da compreensãõ do homem, fato isolado atẽ entãõ ao âmbito da filosofia. Esta abordagem estã pautada em compreender a relaãõ de significados numa perspectiva da subjetividade e nas relaãões inerentes a interpretaãõ de sentidos (TURATO, 2003).

A Psicologia Social aponta para o rompimento da visãõ Cartesiana, alẽm de denunciar relaãões desiguais e de lutar pela libertaãõ de qualquer modo de relaãõ de dominaãõ, controle e manipulaãõ, por meio do questionamento e da crũtica. Nessa perspectiva, ãõa pessoa e a sociedade sãõ tomadas como realidades histõricas, contraditõrias, em um processo contũnuo de construãõ e transformaãõ. A realidade ẽ entendida como socialmente construĩdaõ (ROSO, 1998, p.156).

O Construcionismo Social ressalta a compreensão de sentidos da pessoa por si e pelo mundo em que vive nas suas práticas discursivas (GUANAES; JAPUR, 2008). Dessa forma, o foco está na compreensão das ações e práticas sociais que dão sentido ao mundo. A produção de sentido é um fenômeno sociolinguístico uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradora de sentido e busca entender as práticas discursivas que atravessam o cotidiano e são gerados pelo empreendimento interativo sendo construída pela pessoa a partir da sua compreensão com as situações que as cercam (SPINK E MEDRADO, 2000, p.42). Desse modo, consideramos que a proposta metodológica em construção é necessariamente interdisciplinar. Buscando responder à pergunta: como damos sentido ao mundo em que vivemos? (SPINK & FREZZA, 2000, p. 18).

O cenário de estudo foi a Unidade de Internação Psiquiátrica de um hospital de ensino localizado no estado do Rio Grande do Sul. A escolha é justificada pelo fato do referido hospital ser referência regional para atendimento de alta complexidade em saúde via Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade contempla 25 leitos para pessoas em sofrimento psíquico grave. Entre as patologias com maior frequência de internação estão o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e quadros depressivos.

Os sujeitos da pesquisa foram às pessoas internadas na referida unidade na ocasião da realização da pesquisa. Para tanto, foram convidadas a participarem da pesquisa a partir do contato prévio com a equipe local de saúde e com a liberação do seu médico responsável. Como critérios de inclusão elegeu-se serem adultos, internados na referida unidade que já saíram da fase aguda da crise psiquiátrica e manifestassem interesse na sua participação. E, como critérios de exclusão aqueles pacientes que se encontravam ainda em crise psiquiátrica. A produção dos dados ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2012 por meio da entrevista biográfica, em uma sala reservada, com 10 participantes, pois a prática discursiva possibilita produzir sentidos e versões da realidade vivenciada (PINHEIRO, 2000). Esta

modalidade de entrevista proporciona a narrativa da pessoa, a fim de reconstituir os acontecimentos, fatos marcantes desde sua infância até o momento atual, produzindo sentidos sobre os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu (QUEIROZ, 1988, p.20). Assim, buscou-se por meio da história de vida da pessoa compreender os sentidos do tratamento em saúde mental.

A entrevista foi realizada após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com o sujeito, tendo em vista ressaltar o objetivo, metodologia e o seu anonimato, sendo identificado pela letra P (P1, P2, P3...), pois é a inicial da palavra pessoa. Assim na entrevista, foi realizada a seguinte frase-chave para início do relato oral: você pode me contar os principais acontecimentos referentes ao seu tratamento ao longo de sua vida. Para tal, a entrevista foi gravada por meio de um gravador, em áudio MP3 a fim de garantir a fidedignidade dos registros dos discursos. Mas, quando o usuário não desejou utilizar o gravador, sua participação foi garantida na pesquisa. Para tanto, as pesquisadoras realizaram anotações, observações e perspectivas dos discursos dos participantes em diário de campo durante a entrevista.

Na pesquisa qualitativa o número significativo de sujeitos da pesquisa foi decidido no transcorrer da produção dos achados quando as informações começaram a repetir-se, ou seja, a saturação (TURATO, 2003; MINAYO, 2007).

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pelas pesquisadoras. No primeiro momento para sistematização dos dados foi realizada uma leitura prévia e flutuante das informações coletadas deixando aflorar os sentidos do conjunto de achados, não buscando encapsulá-los ou classificá-los. Posteriormente, os achados foram organizados por eixos temáticos que são representações gerais de acordo com o objetivo da pesquisa e o contexto que vivemos. Para visualização dos eixos temáticos foi formada uma tabela (SPINK; LIMA, 2000).

Nessa pesquisa, os eixos temáticos (dispostos como colunas) e as narrativas da pessoa em sofrimento psíquico (disposto em linhas), sendo a partir da interpretação, revelados os sentidos subjacentes do tratamento presentes no discurso. Logo, foi constituído a partir desses eixos temáticos, os Mapas de Associação de Ideias que visa sistematizar a sequência dos discursos a partir da aproximação da produção de sentidos (SPINK; LIMA, 2000). Para análise das produções de sentido foi utilizado o referencial de Michel Foucault e literatura da saúde mental brasileira.

O protocolo do projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria sendo aprovado, conforme o parecer de número 06897412.2.0000.5346, seguindo os aspectos éticos da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Na busca de compreender os sentidos do tratamento para a pessoa em sofrimento psíquico fomos ao seu encontro para ouvir sua história de vida e assim, compreender a produção de sentido sobre o tratamento em saúde mental. A compreensão dos seus discursos possibilitou a identificação de categorias e subcategorias: rede de sentido do tratamento em saúde mental: o resgate da história de vida do sujeito (sentimentos e percepções diante da doença e do tratamento em saúde mental; o sentido da família: a corresponsabilização pelo tratamento); e, implicações do tratamento no cotidiano da pessoa em sofrimento psíquico e as percepções da linha de cuidado em saúde mental (a relação terapêutica entre a equipe de saúde e paciente: cuidado ou relações de poder?; linha de cuidado em Saúde Mental: desafios e as perspectivas).

Rede de sentido do tratamento em saúde mental: o resgate da história de vida do sujeito

Este tema apresenta como os sujeitos expressaram os sentimentos e percepções diante da doença e do tratamento em saúde mental, por meio do relato de sua história de vida. Além disso, aponta os desafios na relação familiar como meio de enfrentamento da doença mental.

Sentimentos e percepções diante da doença e do tratamento em saúde mental

A história da loucura representa um marco histórico para a compreensão do fenômeno da loucura. A ligação entre a loucura e o internamento ocorre na experiência clássica da sociedade Europeia, a partir do século XVII, sendo a clausura destinada a todos aqueles que eram condenados à ética e a improdutividade social. Esse poder exclui o louco da sociedade juntamente com criminosos, prostitutas, em meados do século XVIII, sem indicar nenhuma diferença entre essa população. Portanto, não há uma ideologia médica de intervenção ou tratamento (FOUCAULT, 2004).

As instâncias sociais, como hospitais psiquiátricos, penitenciárias, escolas vigiadas já no século XIX passaram a exercer uma divisão binária entre a normalidade e a loucura, o perigoso e o inofensivo, buscando exercer sobre o sujeito, de maneira individual, uma vigilância constante, um controle sobre o outro homem (AREJANO, et al., 2003). O controle dos indivíduos não pode ser efetuado pela própria justiça, mas por outros poderes como, por exemplo, as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas e médicas para correção, tendo como função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de consertar suas virtualidades. Sendo assim, o hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos, mas os conecta a um aparelho de correção e de normalização dos indivíduos, tendo como finalidade instituir os indivíduos em um instrumento de normalização dos homens (FOUCAULT, 2003).

As relações de poder que estão em jogo dentro das paredes das instituições prisionais e assistenciais onde a ciência seja política ou médica tem o poder sobre as pessoas que adentram a instituição (FOUCAULT, 2010). A relação que esse autor faz entre a cadeia e o

hospício é de que se faz o mesmo trabalho nestes lugares, isto é, transformar corpos indisciplinados e rebeldes em corpos dóceis e disciplinados que aceitem as imposições e regras sociais sem contestação.

Do tratamento de remédio me fez bem [...] Mas, com essa ECT, eu estou sendo pacífica nesta situação toda, porque eu vou lá e faço, e eu não concordo com a ECT, porque eu acho um tratamento muito violento [...] Eu não sei exatamente, esse tipo de tratamento como é feito, o que faz na pessoa toda, mas eu tenho impressão que eu tenho efeitos colaterais. E eu sou muito naturalista, eu sou de chás, eu só faço tratamento com chás. (P5)

Sendo assim, o sujeito que vivencia o tratamento em saúde mental expressa um misto de sentimentos ao longo de sua história de vida, sendo o conformismo presente no discurso dos sujeitos frente a sua condição de portador de uma doença crônica, que necessita de um tratamento medicamentoso e reflete em vários efeitos colaterais.

Eu me sinto bem, podia ficar (internada), como em casa, se eu não tivesse casa, eu podia ficar [...] Tem a amizade, têm vocês, eu gosto muito de vocês, eu quero vocês todos bem, vocês me querem bem. Pra me sentir feliz, pra me sentir bem. (P4)

A pessoa com algum transtorno mental refere-se à doença em uma comparação entre o antes e o depois da doença marcada por perdas materiais e afetivas, sendo grande a dificuldade da inserção no mercado de trabalho, nas relações afetivas e apontam a internação psiquiátrica como uma ruptura do cotidiano. Neste sentido é preciso valorizar as potencialidades do sujeito, incentivando sua singularidade e construindo uma vida inserida na comunidade, se for assim sua escolha (SALLES; BARROS, 2009). Além disso, os sujeitos sentem-se aprisionados e ao mesmo tempo livres para estabelecer relações amigáveis.

Mas eu só quero a minha liberdade [...] Eu to aqui feliz, muito feliz mesmo, eu não vejo a hora de sair e tocar minha vida para frente [...] e se para tocar minha vida para frente eu tiver que tomar o remédio. Eu tomo. (P1)

Tornando o doente mental um objeto de tratamento o aprisionamos, não só pela porta fechada de uma unidade de internação, mas principalmente por tirar de si a compreensão de sua liberdade. A desobjetivação do louco, segundo Basaglia, impede que ele crie o seu próprio corpo pessoal, tornando-o um corpo institucional (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 81).

Eu me sinto preso aqui (internação). Eu não queria ficar (P2).

A compreensão da pessoa em sofrimento psíquico diante da doença mental é fundamental, pois o tratamento é entendido como necessário e essencial para qualidade de vida. A pessoa é um ser singular e não se limita a sua condição clínica. Portanto, a sua aceitação e compreensão da doença se referem a escolhas informadas e planejadas, no que tange a corresponsabilidade pelo tratamento e hábitos de vida (SPADINI; SOUSA, 2004).

O tratamento ta me fazendo bem, os remédios ajudam. Tem muita gente que pensa: ah eu não preciso de remédio, só pensa nos efeitos ruins do remédio. (P6)

Por isso que acho que esta distante uma cura. A medicação em altas doses, mesmo em baixas doses, tem que deixar passar o efeito, não tem o que fazer. (P9)

A não aceitação do tratamento representa uma das motivações para o desencadeamento de crises da doença mental e reinternações hospitalares. Nesta perspectiva, o tratamento medicamentoso e psicoterápico busca interromper ou atenuar os sintomas da doença mental. Contudo, o abandono do tratamento com psicofármacos pode ser motivado na estabilização dos sintomas o que leva o indivíduo a crer na sua cura e na não necessidade do tratamento, ou o abandono ocorre quando sente os efeitos colaterais deste recurso terapêutico (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Eu to tomando remédio pra não contrariar as enfermeiras, mas eu não acredito muito. A princípio eu sei que tenho que tomar o remédio lá fora também [...]. (P1)

Sendo o tratamento com psicofármacos uma alternativa terapêutica que, geralmente se faz necessária para toda a vida, os profissionais de saúde são agentes do processo da educação

em saúde, na qual a pessoa e sua família necessitam ser corresponsabilizados pelo tratamento. Também, eles propagam informações, orientações que são essenciais. Porém, é por meio da intervenção educativa que busca proporcionar condições para que o usuário desenvolva o senso de corresponsabilidade para com sua própria saúde. Logo, a educação em saúde é um instrumento do cuidado para sensibilizar e empoderar o usuário para escolhas informadas o que pode gerar mudanças e potencializar outros hábitos de vida, a fim de promover a saúde mental (MIRANDA, 2009).

A rede de sentido da pessoa sobre a doença mental evidencia que o sujeito vivência o mesmo mundo com outras pessoas, compreende essa vinculação, se coloca como partícipe no vivenciar do outro porquanto estão sendo no mesmo terreno, da doença mental, sentindo como sua a experiência do outro [...]ö (FURLAN, p. 90, 2008).

Esse lugar (internação) ta me ajudando a me deixar menos ansioso, a ver que tem outras pensam igual a mim só que elas tiveram uma loucura vinda, originados de outra coisa diferente [...] Eu vi todas as outras pessoas em tratamento, elas estavam passando por coisas, iguais, só que de modo diferentes, e eu entendi [...] Eu vejo que eu como as pessoas que estão aqui dentro precisam colocar pra fora essa loucura, e isso pode acontecer às pessoas sendo agressivas, na força, ou conversando se expressando pela arte. Porque as pessoas precisam colocar as coisas pra fora, precisam se expressar sendo agressivas ou na arte. (P6)

As concepções da loucura perpassam historicamente pelo não reconhecimento da subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico tornando-a prisioneira de um estigma social e, por vezes, familiar. A pessoa se torna doente mental e refém de uma doença quando na construção social é reduzido a um amalhado de sintomas psicóticos, mudança de comportamento, incapacidade intelectual, cronificação e desperta piedade diante da normalidade dita humana (FRANÇA, 2008).

Em todas as internações que eu fiz, nenhum psiquiátrico pode dizer que eu tenha sido agressiva, que eu tenho sido agitada de mais. Eu sou super calma, sou tranquila comigo e super paciente, só muito raramente eu me irrita as coisas. Quando eu comecei a me tratar eu comecei a entrar em harmonia comigo mesma. (P5)

O cotidiano prático de uma pessoa o torna um homem sociável legitimador de sua ordem: ãser capaz de cuidar da casa é um dos primeiros passos para se conquistar independência e viver na sociedade sem precisar do auxílio diário de outras pessoasõ (SALES; BARROS, 2009, p. 14). Contudo, não há uma dimensão social organizada em se tratando de compreendê-lo primeiro como sujeito de uma subjetividade e muito menos de capacidade a uma vida produtiva (FIORATI; SAEKI, 2008).

Vivendo sozinho era difícil saber o dia que a gente ta. Eu tinha dificuldade do horário para tomar medicação. Aqui existe medicação, alimentação na hora certa. Em casa eu não tinha esse cuidado que tem aqui [...] Sei que vou ter que abandonar meu trabalho. (P3)

Portanto, a internação não é a primeira opção para a terapêutica do transtorno mental, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, visto que o hospital psiquiátrico é considerado um ambiente impositivo, de privação de liberdade e exclusão. Todavia, a internação hospitalar ainda é percebida como uma oportunidade e, por vezes, necessidade de cuidado pela pessoa que necessita de tratamento, sendo que esta deveria ocorrer no esgotar de possibilidades extra hospitalares e em um hospital geral (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Nesse sentido, é no cotidiano da pessoa que se produz as relações sociais entre homens, que se inserido nesta comunidade, segundo Heller, reproduz no seu cotidiano as atividades e a cultura existente. Na lógica dominante, constata-se a promoção do isolamento e exclusão do ãloucoõ o tornando incapaz diante de sua história de vida, enclausurando em uma lógica de tratamento dependente das instituições, do profissional de saúde e/ou do seu

familiar. Logo, um cotidiano õpula para construir uma vida neste mundo compartilhado, procurando a produçãõ de alternativasõ (SALLES; BARROS, 2007, p.80).

O sentido da família: a corresponsabilização pelo tratamento

A busca da corresponsabilidade da família pelo tratamento em saúde mental é uma estratégia de cuidado para o enfrentamento das possíveis fragilidades expostas na crise psiquiátrica. A família compreendida como todos os vínculos significativos para o usuário: amigos, colegas de trabalho, comunidade, grupos dos qual este participa e não somente como pessoas que possuem laços sanguíneos, sendo o meio em que o adulto estabelece relações e interações de significado (SOUZA; SCATENA, 2005).

A convivência do familiar com o doente mental desperta alguns sentimentos que expressam as dificuldades nesse processo: o despreparo emocional e do entendimento para a doença mental; a angústia e impotência diante da crise; a cidadania comprometida; o ambiente familiar e interacional nas relações pessoais: a rejeição, culpabilização, medicalização do corpo para a cura e o sanar dos problemas familiares (JORGE et al, 2008). Os discursos a seguir, revelam a percepção do sujeito frente à relação familiar no que tange a internação hospitalar como esgotamento do cuidado familiar, controle familiar frente à vida e os desejos do sujeito com transtorno mental e a expectativa da espera do cuidado familiar.

Eu tenho a namorada ali fora, que é minha noiva. Ela ta me esperando (P1).

A minha vida, ate hoje foi conduzida pelo meu pai e pelos meus irmãos. Eu nunca consegui fazer o que eu queria exatamente. (P5)

[...]chegou um ponto que lá em casa não dava mais para aguentar. Resolveram me internar. (P8)

O profissional de saúde necessita buscar um olhar sensível diante da família, compreende-la na sua singularidade, dinâmica e funcionamento, em meio a sua cultura e a expressão da fé como motivação ao enfrentamento da doença mental, promovendo uma

construção terapêutica conjunta com a pessoa com transtorno mental (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Desse modo, poderá desvendar os cuidados necessários, assim como observar que o sofrimento não é somente daquele que adoece (PEGORARO; CALDANHA, 2008).

Implicações do Tratamento no Cotidiano e as Percepções da Linha de Cuidado em Saúde Mental

Este tema refere-se à como se estabelece as relações terapêuticas com a equipe de saúde, buscando uma rede de sentido para seu tratamento e sua implicação para o cotidiano do sujeito. Além disso, aponta suas dúvidas referentes ao cuidado e dispositivos da linha de cuidado em saúde mental.

A relação terapêutica entre a equipe de saúde e paciente: cuidado ou relações de poder?

O homem moderno não se comunica mais com o louco, cabe ao psiquiatra o papel de interlocutor não com o louco, mas com a loucura. Não há mudanças sem tomada de consciência do poder que é investido nos profissionais da psiquiatria (FOUCAULT, 2009). Nesse sentido, a pessoa com transtorno mental continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003). A instituição e o homem exercem relações de poder recíprocas. Muitas vezes, o indivíduo realiza atividades e exerce o poder ditado pela instituição (FOUCAULT, 2009).

Mas, eu não quis contar pra ele (médico) o que tinha acontecido (P1).

Não sei como vai ser minha alta, pois quem sabe é o médico. Eu não entendo nada de psiquiatria moderna (P3).

Existe na sociedade desde a Idade Média outro princípio da exclusão que não remete mais a interdição, mas sim a separação e uma rejeição do discurso daquele tido como louco,

ocasionando a oposição entre a loucura e a razão o cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância [...] (FOUCAULT, 2007 p. 11).

A proposta de tratamento deve ser discutida entre o psiquiatra, a pessoa com transtorno mental e seus familiares, para que o profissional lhes forneça informações, esclareça dúvidas, desfaça mitos, uma vez que esta conduta contribuirá para uma maior adesão à medicação e fortalecerá a relação terapêutica entre os envolvidos (CORDIOLI, 2005b). O desafio é abranger a escuta do paciente psiquiátrico para um ser de vontades, acreditando em suas potencialidades de um agente ativo e negociar sua terapêutica (HIRDES, 2009).

A gente diz o que sente, mas por mais que a gente diga o que sente, o psiquiatra não tem capacidade de entender tudo que tinha que entender no círculo familiar e todo do paciente [...]. Quando tem tempo de conversar a gente começa a dizer uma coisa, ele já interrompe e já começa a fazer um monte de perguntas, então, a gente nunca consegue expor aquilo que a gente tem dentro que é verdadeiro que a gente queria resolver no interno. (P5)

Para realizar um diagnóstico se faz necessário o saber ouvir, já que nenhum método ou recurso tecnológico substitui a escuta sensível de alguém que sofre (DAVOGLIO, 2011). Sendo assim, a entrevista continua sendo o maior auxílio do profissional de saúde para a coleta de informações, acompanhamento e avaliação da pessoa com transtorno mental. É possível levantar-se a hipótese diagnóstica, embora esta seja esclarecida somente no decorrer do acompanhamento de cada pessoa (CORDIOLI, 2005a).

Portanto, a construção de um cuidado em saúde mental voltado para a integralidade do cuidado é proporcionada ãna medida em que lançamos mão de diferentes conhecimentos e recursos para atender, de maneira abrangente e profunda, as necessidades singulares dos sujeitos (SCHNEIDER, et al., 2009) e é "nessa relação humanizada, dialógica que se

estabelece a possibilidade de reconhecimento do outro (sofredor) como ser autônomo, o que possibilita uma abordagem do indivíduo como um todo (PRANDONI, 2005, p. 127).

Linha de cuidado em Saúde Mental: desafios e as perspectivas

No contexto da saúde mental a política nacional propõe novas propostas de intervenção que inclui não somente o deslocamento do eixo hospitalar para o comunitário, mas, a perspectiva de prover o cuidado e a promoção da saúde mental. Tal proposta refere-se à construção de serviços diários no território do indivíduo, o que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centro de convivência, serviços de residencial terapêutico, entre outros e a inclusão de ações na atenção básica, que visa ações interligadas com outros setores da comunidade promotores de saúde (SOUZA, 2006). Nos relatos a seguir, observam-se contradições das pessoas, que tem por desejo de permanecer em seu território para o tratamento, mesmo não tendo acesso ao serviço de saúde.

Agora me trouxeram para cá, mas lá (território) tem tudo pra gente, lá também tem remédios [...] No bairro não tem serviço que atenda a gente (P2)

Além disso, constata-se que os serviços de saúde locais são acionados apenas em condições de necessidade de saúde do indivíduo.

[...] Só quando eu me sentia mal mesmo, eu ia ao posto perto da minha casa, dai me davam remédio (P7).

Os usuários avaliam o seu tratamento em saúde mental no seu território pela avaliação do serviço de saúde local (Estratégia da Saúde da Família - ESF e/ou unidades básicas de saúde). Os fatores de satisfação compreendem o vínculo com a equipe de saúde; atendimento humanizado; a oferta de exames laboratoriais; as visitas domiciliares; o cuidado à família; o olhar integral do profissional ao realizar o exame físico do paciente; e o fornecimento da medicação. Como pontos negativos convergem para o número elevado de usuários a espera de

uma consulta; fichas insuficientes e as dificuldades de acesso ao serviço; desorganização da demanda no espaço físico da unidade (COIMBRA, et al., 2011).

A rede comunitária de saúde mental almeja ser um sistema autopoético no qual cada nó da trama que representaria uma microorganização (unidade sanitária). Nessa conformação busca-se tecer redes de comunicação dentro dos serviços de saúde, entre eles e a realização de ações integradas com outras instâncias sociais (intersectorialidade). Logo, por meio de ações de planejamento em saúde prover serviços interconectados e intervenções clínicas (WETZEL; KANTORSKI, 2004). Nos discursos, a seguir, os sujeitos expressam dúvidas referentes ao tratamento em saúde mental.

Como eu faço pra tomar o haldol decanoato? Eu posso tomar no posto será? Será que tem no posto de saúde (P4).

No CAPS eu não tive. Vou ter que ir lá. Acho que daqui (internação) mandam para lá. Não sei o que se faz lá não [...] Quero viver minha vida normal [...] Ir para minha casa (P8).

No modelo hegemônico de assistência à saúde observa-se que a atenção primária encaminha os pacientes para assistência especializada, no caso da saúde mental, ambulatório, CAPS e a internação hospitalar sem prestar o suporte de equipe de referência do paciente. Nesse sentido, o paciente psiquiátrico não é tido como responsabilidade do serviço local de saúde. Assim, mesmo o paciente residindo no território de abrangência da comunidade, não há uma equipe de saúde e profissional que se responsabilize como profissional de referência. Contudo, a assistência básica é de extrema relevância para a promoção à saúde mental, a prevenção de agravos e na continuidade do tratamento (BRASIL, 2011).

Desse modo, trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade (BRASIL, 2011, p.203). Por meio de estratégias de cuidado, a citar: clínica ampliada, matriciamento, interconsulta, projeto terapêutico singular (PTS) e o

planejamento das intervenções em saúde conjuntamente com serviços de saúde e de apoio (intersetorialidade) na perspectiva da linha de cuidado em saúde.

A filosofia da Clínica Ampliada prima pelo acolhimento da pessoa, no cuidado terapêutico embasado na escuta sensível e qualificada, quando expressa um olhar humanizado e integral. O Ministério da Saúde, na Cartilha da Política Nacional de Humanização - Clínica Ampliada descreve a necessidade de superação dos limites do profissional da saúde para qualificar sua assistência ao paciente, ou seja, é importante que o profissional de saúde esteja apto a reconhecer verdadeiramente as necessidades do usuário assistido (BRASIL, 2004).

Dessa maneira, o matriciamento é uma estratégia da linha de cuidado ao sujeito/família/comunidade e ocorre entre duas ou mais equipes de saúde a fim de proporcionar a retaguarda especialidade e apoio institucional nos casos graves para a equipe de referência; propõe a produção coletiva no processo saúde doença e mudanças da realidade da comunidade para promover a saúde mental. Sendo assim, a interconsulta é um dispositivo do matriciamento. Há modalidades de interconsultas que incluem consultas e visita domiciliares conjuntas, discussão do caso por toda ou parte da equipe, que podem culminar no projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011). O PTS, por sua vez, é um dispositivo de integração e organização de equipes de saúde que busca a coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2011, p. 94).

Almeja-se que os sujeitos escrevam sua própria história, valorizando sua singularidade e perspectivas diante de suas potencialidades terapêuticas e produção de vida. Para tanto, o profissional de saúde é um facilitador na construção do projeto terapêutico, conjuntamente com o usuário e família, buscando a garantia de acesso aos serviços de saúde, ao atendimento multiprofissional, a medicação, aos espaços sociais, a possibilidade de adaptação do cotidiano

e da resignificação da doença mental (BARROS; JORGE, 2010) e a escolha de como viver a vida é uma maneira de se tratar (SALLES; BARROS, 2007, p.78).

Nesta perspectiva de saúde, o projeto de formação de profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde contempla dois aspectos principais: a Educação Permanente em saúde tendo seu caráter ético-político; e a integralidade como pilar da construção de saberes e fazeres (CECCIM; CARVALHO, 2006). Assim, esse processo de aprendizagem ocorre pela problematização da realidade vivencial, sendo o território e suas relações um momento de aprendizado ético e politizado.

Com isso, ser politizado, crítico e reflexivo nas relações do campo de trabalho necessita além de conhecimento, uma sensibilidade de percepção e o pensar das suas ações e repercussões. Aprender a aprender a ser profissional no campo do SUS mobiliza atitude de ser protagonista nesse processo de formação a partir dos conceitos de campo (o de aprendizagem, como conjunto de saberes e práticas comuns às várias atuações no setor da Saúde) e núcleo (o profissional, com saberes e práticas exclusivas de cada profissão) (FAJARDO, ROCHA, PASINI, 2010, p.70).

A educação permanente em serviço para uma equipe multidisciplinar em saúde implica mudanças nas relações de poder entre as profissões e entre profissionais de saúde e usuários. Provocam, portanto, resistência e disputa. O hospital tem sido um local de resistência, da reprodução das organizações do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações. Assim, faz-se necessário para a implementação de práticas educativas em serviço, tendo em vista novas referências e dispositivos para a gestão em saúde e para a gestão hospitalar (CECÍLIO, MERHY, 2003), assim como, a educação permanente em saúde busca meios de efetivar os princípios do SUS com elevada implicação para a qualidade das ações em saúde e valorização dos trabalhadores e usuários na perspectiva da linha de cuidado em saúde (CECCIM, 2005).

Considerações finais

Esta pesquisa buscou compreender os sentidos do tratamento para a pessoa portador de uma doença mental por meio de sua história de vida. O uso das histórias de vida possibilitou construir uma linha temporal que norteou as experiências biográficas dos participantes. Os relatos possibilitaram compreender a rede de sentido do tratamento em saúde mental e sua implicação para o cotidiano do sujeito. A relação terapêutica com os profissionais de saúde é vista como um misto de sentimentos que busca a presença do profissional em saúde, mas visualiza uma relação de constante vigia, também expressa nas relações familiares e sociedade. A ação de vigília em psiquiatria acompanha o paciente durante toda a sua vida.

Além disso, sente-se um agente passivo diante de seu tratamento, porém busca compreender a doença mental, percebendo as implicações para seu cotidiano e demonstra dúvidas acerca dos tratamentos e serviços de saúde. O sentimento almejado é o de sentir-se seguro no que tange a atitudes dos profissionais como, a citar: o reconhecimento da identidade do outro, o acolhimento, a escuta, a presença do outro. A maior dificuldade exposta pela pessoa em sofrimento psíquico foi, por momentos, a ausência de um profissional para o diálogo. O sujeito reconhece como rede de apoio ao seu tratamento a família e a expressão pela arte como meio de enfrentamento da doença mental.

Ao mesmo tempo, considera-se que a pesquisa contribui para a realização de um projeto de intervenção junto à equipe de emergência do Pronto Socorro Psiquiátrico a partir da fala do sujeito que vivencia o tratamento em saúde mental expressa mais precisamente na categoria intitulada nessa pesquisa como a "Linha de cuidado em Saúde Mental: desafios e as perspectivas". Sendo assim, a educação permanente é uma estratégia para um ambiente terapêutico, além de propiciar o planejamento das ações em saúde, almeja (re) pensar o cuidado em saúde mental, substanciada pela escuta da pessoa que vivencia o tratamento. Além disso, os resultados desse estudo terão o retorno para a unidade de internação, a qual foi

palco das entrevistas, em ações individuais e/ou ações coletivas com pacientes e equipe de saúde.

Portanto, as histórias de vida das pessoas portadoras da doença mental possibilitou conhecer os aspectos individuais de cada trajetória de vida diante do tratamento. Os fatos particulares de cada realidade contribuíram para a construção de uma rede de sentidos á respeito do tratamento em saúde mental. Sendo assim, essa pesquisa proporciona um pensar crítico reflexivo acerca das nossas atitudes e condutas terapêuticas, a fim de reorganizar e reorientar práticas em saúde que vislumbre o tratamento da pessoa em uma linha de cuidado em saúde mental, substanciada pelas necessidades expressas pelos sujeitos.

Referências

- Amarante, P.D & Lancetti, A. (2006). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Gastão. W. S. et. al. (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Fiocruz/Hucitec.
- Arejano, C. B., Padilha, M. I. C., & Albuquerque, G. L. (2003). Reforma Psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem* ó REBEn. Brasília, v. 56, n. 5, p. 549-554.
- Basaglia, F. (2005). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamont.
- Barros, M. M. M. & Jorge, M. S. B.(2010). Prática de saúde mental nos centros de atenção psicossocial: o discurso do sujeito coletivo. *Rev Baiana Saúde Publica*. v.34, n.3, p. 468-481.
- Borba, L.O., Schwartz, E. & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n.4, p.588-94.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. 86p.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. *Cartilha PNH. Humaniza SUS: a Clínica Ampliada*. Brasília - DF.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Dados referentes à reforma psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar*.
- Campos, F. C. B. & Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: Spink, M. J. P. (Org.) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 4.
- Cecílio, L.C.O & Merhy, E.E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro,R & Mattos, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Ceccim, R. B & Carvalho, Y. M. (2006). Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, R., Ceccim, R. B. & Mattos, R.A. *Ensinar saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ ó CEPESC ó ABRASCO, p. 69-92.
- Coimbra, et al. (2011). Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na estratégia da saúde da família. *RevEscEnferm USP*, 45(5):1150-6.

- Cordioli, A.V. (2005a) *Avaliação do paciente em psiquiatria: A entrevista psiquiátrica*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/entrevis.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2012.
- Cordioli, A.V. (2005b) *Psicofármacos nos transtornos mentais*. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf. Acesso em: 16 dez. 2012.
- Davoglio, T.R. (2011). Entre urtigas e diagnósticos de transtornos mentais: ensaio sobre esquivas e enfrentamentos. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 34, 198-209.
- Delgado, P. Humanismo, Ciência e Democracia (2008) Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Conferência: Reforma Psiquiátrica no Brasil. *1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental*. Florianópolis- SC.
- Fajardo, A. P., Rocha, C. M. F. & Pasini, V. L. (2010). *Residências em Saúde: Fazeres & Saberes na Formação em Saúde*. 1.ed. Porto Alegre: Editora Hospital Nossa senhora da Conceição S. A. v. 01.
- Foucault, M. (2003). *A verdade e as Formas Jurídicas* (3a ed.). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Foucault, M. (2004). *A história da loucura*. Tradução José Teixeira Coelho Netto. 7. Ed. São Paulo: perspectivas. 551 p.
- Foucault, M. (2007). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciado em 2 de dezembro de 1970*. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 15ª Ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (2009). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 36ª edição. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Foucault, M. (2010). *Microfísica do Poder*. 28ª edição. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Fiorati, R. C. & Saeki, T. (2008). O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.763-72.
- França, A. C.(2008). A saúde mental e a subjetividade - cidadã. *Fractal Revista de Psicologia*, v. 20 ó n. 1, p. 129-134.
- Furlan, M.M. & Ribeiro, C.R.O. (2011). Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *RevEscEnferm USP*. 45(2):390-6.
- Guanaes, C. & Japur, M. (2008). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia*. 13(2), 117-124.
- Hirdes, A. (2009). Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):165-171.
- Jorge, et al. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *RevEscEnferm USP*. 42(1):135-42.

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

Miranda, L. (2009). *Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos*. Tese de doutorado, Pós-graduação em Saúde Coletiva Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Oliveira, E. B. & Mendonça, J. L. S. (2011). Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 198-203.

Prandoni, R. F. S. (2005). *Loucura e complexidade na clínica do cotidiano*. Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento Psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface. Botucatu*, v. 12, n. 25, 295-307.

Pinheiro, O. G. (2000). Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez.

Pinto, A. T. M. & Ferreira, A. A. L. (2010). Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, 27-34.

Queiroz, M. I. (1988). Relatos Oraís: do ãindizívelö ao õdzívelö. In: Simson, O. (org.). *Experimentos com Histórias de Vida (Itália-Brasil)*. São Paulo: Edições Vértice.

Roso, A. (1998). Comunicação. In: Jacques, M., Strey, M., Bernardes, M., Guareschi, P., Carlos, S. et al. *Psicologia social Contemporânea: livro-texto*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Salles, M. M. & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *RevEscEnferm USP*, 41(1):73-81.

Salles, M. M. & Barros, S. (2009). Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paul Enferm.* 22(1):11-6.

Schneider, J. F., et al.(2009). Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre- RS, 30(3):397-405.

Souza, A.C. (2006). Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Esc Anna Nery R Enferm.*,10 (4): 703-10.

Souza, R. C. & Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 173-179.

Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. M. (2004). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Acta Paul Enferm.* v. 40,123-27.

Spink, M. J. P. & Lima, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink, M. J. (org.). (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez.

Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Terra, M. G, Sarturi, F., Ribas, D., & Erdmann, A. (2006). Saúde mental: do velho ao novo paradigma ó uma reflexão. *Esc. Anna Nery. Rev. Enf.*

Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.6, n.1, 73-85.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Wetzel, C. & Kantorski, L. P. (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*, 13(4):593-8.

Revista Psicologia e Sociedade
Conceito Capes: A2

Publicação de Associação Brasileira de Psicologia Social
versão On-line ISSN 1807-0310

Missão

Publicar artigos originais sobre temáticas que privilegiem pesquisas e discussões na interface entre a psicologia e a sociedade, tendo em vista o desenvolvimento da Psicologia Social numa postura crítica, transformadora e interdisciplinar.

Preparação dos manuscritos

1) Diretrizes de formatação

A. O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25 páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos, em formato A4, devendo ser paginado desde o Resumo, que receberá número de página 1.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas, tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto superior direito.

H. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

2) elementos do manuscrito

Os elementos do manuscrito devem ser apresentados na seguinte ordem: Folha de rosto com título e sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Notas, Referências, Anexos, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

A. Folha de rosto sem identificação: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês. Sem identificação de autoria.

B. Resumos em português e inglês: Parágrafos com no máximo 150 palavras com o título. Resumo escrito na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). O resumo em inglês (Abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Psicologia & Sociedade tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O Abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave). Sugere-se utilizar palavras-chave

derivadas da terminologia em Psicologia da BVSPsi ou Thesaurus do Psycinfo. No caso de submissão de resenhas de livros, entrevistas e notas técnicas, o resumo não é necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter somente a primeira letra maiúscula (por exemplo, , Método e discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos dados). Títulos e subtítulos não devem ser acompanhados de ponto final. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como self, locus, etc. e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Dê sempre crédito aos autores. Todos os nomes de autores/instituições cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências ou em Notas, se não foram publicados.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências.

1. Citação de artigo de autoria múltipla

a) Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.

b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.

c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

2. Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

3. Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, recuado 1,25cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhada e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de trechos de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tal como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

D. Notas: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas no texto por algarismos arábicos sobrescritos e

apresentadas imediatamente após o Corpo do texto. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm.

E. Referências: Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção.

Não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA e formatação indicada nos exemplos abaixo. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços. Trabalhos apresentados em congresso, mas não publicados não devem constar nas Referências, apenas como Notas.

Exemplos de referências:

1. Artigo de revista científica

Bosa, C. A. & Piccinini, C. A. (1996). Comportamentos interativos em crianças com temperamento fácil e difícil. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 337-352.

2. Artigo de revista científica paginada por fascículo

Hüning, S. M. & Guareschi, N. M. F. (2005). O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 89-92.

3. Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico sublinhado após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

4. Livros

Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

5. Capítulo de livro

Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadores de mudanças estruturais na convivência. In N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schlünzen, & K. Schlünzen Jr. (Orgs.), *Inclusão digital: tecendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135-143). Rio de Janeiro: DP & A.

6. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Todorov, J. C., Souza, D. G., & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

7. Teses ou dissertações

Dal Molim, F. (2002). *Autopoiese e sociedade: a rede integrada de serviços da Restinga na teoria dos sistemas vivos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

8. Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Castel, R. (2001). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (I. D. Poleti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1995)

9. Autoria institucional

American Psychological Association. (1994). *Publication manual* (4ª ed.). Washington, DC: Author.

10. Comunicação pessoal

Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

F. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

G. Tabelas: Devem ser elaboradas em Rich text format (.rtf) ou Excel. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

H. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma nova página. Não devem exceder 15 cm de largura por 20cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Verificação de diretrizes para submissão

A submissão de textos em qualquer categoria só será possível mediante a confirmação do autor, através do sistema SciELO Submission, de que TODAS as condições abaixo estão atendidas.

É necessário, ainda, que o autor declare estar ciente de que a perspectiva de publicação de artigos nacionais nesse periódico é de dois anos.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato RTF.
3. O conteúdo está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) e adaptações adotadas por este periódico.
4. O texto está em espaço duplo, em fonte Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda e com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridas tabelas e figuras.
5. O documento submetido não excede 25 páginas (Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura, entrevistas, traduções), 10 páginas (resenhas de livros e notas técnicas), 15 páginas (relatos de experiência profissional) com todas as margens iguais a 2,5 cm.
6. Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos e levam diretamente ao documento citado.

7. O nome do autor e instituição foram removidos das "Propriedades do documento"(opção do menu "Arquivo" do MS Word) e não constam no texto quaisquer formas de identificação do(s) autor(es).

8. Os metadados foram preenchidos de forma correta e completa.

O descumprimento de qualquer um desses itens é suficiente para a recusa inicial do material, motivo pelo qual recomendamos aos autores que façam minuciosa revisão de seus manuscritos, antes da submissão. Enfatizamos que manuscritos recusados duas vezes por inadequação a esses itens não serão novamente recebidos.

Direitos autorais

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na revista *Psicologia & Sociedade*, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará, não obstante, a deter os direitos autorais para publicações posteriores. No caso de republicação dos artigos em outros veículos, recomenda-se a menção à primeira publicação em *Psicologia & Sociedade*.