

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LISANDRA DE BRITO GAIOTO

**O CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VIVÊNCIA DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Maringá  
2013

LISANDRA DE BRITO GAIOTO

**O CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VIVÊNCIA DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Linha de Pesquisa: Epistemologia e Práxis em Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Cecília da Silva

Maringá  
2013

G144c	<p>GAIOTO, Lisandra de Brito O cuidado à pessoa com transtorno mental na estratégia saúde da família: a vivência dos agentes comunitários de saúde/ Lisandra de Brito Gaioto. Maringá/PR: Universidade Estadual de Maringá, 2013 102p.</p> <p>Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia, como um dos requisitos de Para a obtenção de título de Mestre em Psicologia na Universidade Estadual de Maringá.</p> <p>1 Saúde mental. 2. Transtorno mental. 3 Agente Comunitário de saúde. I.Título. II. GAIOTO, Lisandra de Brito CDD 615.7</p>
-------	--

LISANDRA DE BRITO GAIOTO

**O CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA: A VIVÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Lucia Cecília da Silva  
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Profa. Dra. Roselânea Francisconi Borges  
DPI/Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Cristina Amélia Lúzio  
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP

Aprovada em: 22 de Março de 2013.

Local da defesa: Sala 07 do Bloco H35, campus da Universidade Estadual de Maringá.

*Àqueles que acreditam nas ideias da  
Reforma Psiquiátrica e da Reforma  
Sanitária e que fazem do seu trabalho  
uma luta diária pelo direito das pessoas  
em sofrimento psíquico ao Cuidado.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar comigo constantemente e por tornar possível este momento.

À minha orientadora, Lucinha, pela disponibilidade em esclarecer minhas dúvidas, pela tranquilidade que me transmitiu nos momentos em que eu me desesperei e pela sensibilidade, que me inspirou.

À professora Cristina Amélia, pela sua prontidão em aceitar nosso convite e sua imprescindível contribuição para este trabalho.

À professora Roselânea, pela delicadeza e competência com que contribuiu para este trabalho e para a minha formação, desde os primeiros anos de graduação.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por sempre acreditar nos meus projetos, e fazer deles os meus sonhos.

A minha irmã, que sempre me incentivou a alçar vôos cada vez mais altos.

Ao meu namorado, amigo e companheiro de vida acadêmica, Leandro, que participou ativamente deste projeto, quando ele ainda nem existia, e que dividiu comigo as flores e espinhos desta jornada.

Aos Agentes Comunitários, pelo acolhimento com que receberam nossa pesquisa, e por nos presentear com suas vivências tão ricas, que tornaram possível esse trabalho.

Aos colegas, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEM, pela parceria nestes dois anos.

A CAPES pelo apoio financeiro.

*Gente é tão louca  
E no entanto tem sempre razão  
Quando consegue um dedo  
Já não serve mais, quer a mão  
E o problema é tão fácil de perceber*

*É que gente  
Gente nasceu pra querer  
Gente tá sempre querendo  
Chegar lá no alto  
Pra no fim descobrir  
Já cansado que tudo é tão chato  
Mas o engano é bem fácil de se entender*

*É que gente  
Gente nasceu pra querer  
Em casa, na rua, na praia, na escola ou no bar... ah!  
Gente fingindo, escondendo seu medo de amar...oh!  
Gente é tão louca*

**RAUL SEIXAS**

## **O Cuidado à Pessoa com Transtorno Mental na Estratégia Saúde da Família: a vivência dos Agentes Comunitários de Saúde**

### **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo investigar como os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam o seu trabalho em relação à pessoa com transtorno mental, tendo em vista que diante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se necessário que a ESF componha a rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, oferecendo ao usuário com transtorno mental um atendimento descentralizado, em caráter primário, na busca pela promoção da saúde mental. Com tal intuito, foi realizada uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. A coleta de dados foi realizada, mediante entrevista aberta com agentes comunitários de saúde vinculados a uma Unidade Básica de Saúde do município de Maringá. Tal procedimento foi realizado após autorização do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP). Na análise das entrevistas, buscamos por significados que expressassem a vivência dos sujeitos em relação ao fenômeno investigado. Neste processo, organizamos e apresentamos os dados em 10 unidades de significado: 1) O transtorno mental é uma doença que precisa de tratamento, 2) A experiência pessoal transforma o entendimento acerca do transtorno mental, 3) Os usuários com transtorno mental necessitam de cuidados diferenciados, 4) A confiança é um vínculo fundamental, 5) A ausência de um trabalho em rede, 6) As dificuldades encontradas, 7) A falta de adesão dos usuários às terapêuticas propostas, 8) Dificuldades e Desafios da Profissão, 9) Formação e capacitação profissional e 10) A falta de Recursos Humanos. Entre os aspectos revelados pela pesquisa destaca-se a ausência de um trabalho em conjunto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a ESF, de forma que falta à ESF, especialmente aos ACSs, informação e orientação sobre o cuidado ao usuário com transtorno mental. A ESF requer este tipo de apoio matricial, para que possa adentrar no universo da Reforma Psiquiátrica e gradativamente superar o paradigma biomédico que os dados revelam predominar entre os entrevistados. Esperamos, com este trabalho, contribuir com subsídios para a prática profissional e a reflexão científica no que tange ao atendimento à pessoa com transtorno mental em seu território, conforme preconizam a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental. Agente Comunitário de Saúde. Reforma Psiquiátrica. Estratégia Saúde da Família

# Care for People with Mental Illness in The Family Health Strategy: The Experience of Community Health Workers

## ABSTRACT

This study aims to investigate how the Community Health Agents experience their work in relation to people with mental illness, considering that before the principles of the Unified Health System (SUS), the National Health Policy and Mental Health Strategy Family (ESF), it is necessary that the FHS compose the network to substitute Psychiatric Hospital, providing the user with an attendance decentralized mental disorder in a primary, in the search for mental health promotion. With this aim, we conducted a qualitative study with a phenomenological approach. Data collection was conducted through open interviews with community health workers linked to a Basic Health Unit of Maringá. This procedure was performed after approval of the Centre for Permanent Education and Training of Health Workers (CECAPS) and the Standing Committee on Ethics in Research Involving Human Subjects of the State University of Maringá (COPEP). In the interviews, we look for meanings that express the experience of the subject in relation to the phenomenon investigated. In this process, organize and present data in 10 units: 1) The mental disorder is an illness that needs treatment, 2) Personal experience transforms the understanding of mental disorder, 3) Users with mental illness need care differentiated, 4) The trust is a fundamental bond, 5) The absence of a networking, 6) The difficulties, 7) Lack of adherence to treatment proposed by users, 8) Difficulties and Challenges of the Profession, 9) Training and professional training and 10) Lack of Human Resources. Among the issues revealed by the survey highlights the absence of a joint effort of the Center for Psychosocial Care (CAPS) with FHS, so lack the FHT, especially the ACSs, information and guidance about the care the user with mental disorder . The ESF requires this type of matrix support, so you can enter the world of Psychiatric Reform and gradually overcome the biomedical paradigm that data reveal predominate among respondents. Hopefully, with this work, to contribute subsidies to professional practice and scientific reflection regarding the care for people with mental illness in their territory, as advocated in the Psychiatric Reform and Primary Care.

**Keywords:** Mental Disorder. Agent Community Health Psychiatric Reform. Family Health Strategy

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: A HISTÓRIA DO ENCONTRO.....</b>	<b>18</b>
1.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA E O GERME DA REFORMA PSIQUIÁTRICA...	18
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SEU CONTEXTO.....	25
1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA.....	29
1.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO DISPOSITIVO DA REDE DE APOIO A SAÚDE MENTAL.....	35
<b>2 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O DESAFIO DO CUIDADO.....</b>	<b>38</b>
2.1 A ORIGEM DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	38
2.2 A IMPLANTAÇÃO DO PSF E A INCORPORAÇÃO DOS ACSS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	43
2.3 OS AGENTES ENQUANTO PROFISSIONAIS DO CUIDADO.....	45
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>48</b>
3.1 O ENCONTRO COM O OBJETO.....	48
3.2 OS PARTICIPANTES.....	49
3.3 OS PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	51
3.4 O MÉTODO FENOMENOLÓGICO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.4.1 A PESQUISA QUALITATIVA DE ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....	52
3.4.2 A INTENCIONALIDADE DA CONSCIÊNCIA.....	55
3.4.3 A REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA (EPÓCHE) / REDUÇÃO EIDÉTICA.....	57
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	59
<b>4 O QUE DIZEM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O SEU TRABALHO JUNTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....</b>	<b>61</b>
<b>5 O CUIDADO DISPENSADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: COMPREENDENDO AS VIVÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....</b>	<b>81</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo investigar como os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam o seu trabalho em relação à pessoa com transtorno mental. Tal questionamento surgiu a partir da nossa experiência profissional e acadêmica, especialmente por meio da participação no Programa Educação para o Trabalho em Saúde (PET Saúde) desenvolvido na Universidade Estadual de Maringá, onde pudemos vivenciar a dinâmica de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), conviver com as Equipes de Saúde da Família e identificar, entre os membros desta, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dificuldades significativas no trabalho com usuários com transtorno mental.

O termo transtorno mental foi adotado neste trabalho para denominar o sofrimento psíquico. Esse termo é usado nas políticas públicas de saúde, conforme podemos observar nos documentos e no próprio sítio eletrônico do Ministério da Saúde, no qual lemos que “a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária [...] que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços” (Brasil, 2012). Dessa forma, é esse o termo que os Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais dos serviços têm acesso, sendo, o mesmo difundido e utilizado no vocabulário cotidiano destes profissionais. Na nossa experiência prévia no âmbito desses serviços, conforme anotado logo acima, também observamos que o termo aparece em suas falas, e este foi mais um motivo pelo qual preferimos adotá-lo neste estudo, a fim de aproximarmos o mais e melhor possível da vivência dos Agentes Comunitários de Saúde.

Para alcançarmos a compreensão aqui proposta, foi importante o contato que tivemos com Agentes Comunitários de Saúde que nos contaram suas vivências acerca da atenção que oferecem à pessoa com transtorno mental. Além disso, foi necessário resgatarmos a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas respectivas implicações na atual Política Nacional de Saúde Mental, assim como compreendermos o contexto da criação da Estratégia Saúde da Família e o aparecimento da categoria profissional Agente comunitário de saúde. Este resgate possibilitou-nos entender que boa parte das dificuldades encontradas pelos ACS em seu trabalho está relacionada ao fato de que é recente, em nosso país, o entendimento de que a pessoa com transtorno mental pode e deve receber cuidados que extrapolem o cenário do hospital psiquiátrico.

A história da atenção à saúde mental no Brasil foi marcada pela perspectiva asilar e pelo modelo médico hegemônico curativo. Conforme Caçapava e Colvero (2008), pudemos

observar que no período da ditadura (1964-1985) houve grande expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados. Tanta foi essa expansão que cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, foram destinados à contratação desse serviço (CESARINO, 1989).

A edição, pelo então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), do “Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica Ambulatorial” em 1973, de acordo com Vecchia e Martins (2009), indicava a percepção dos gestores a respeito da necessidade de ampliar a atenção ambulatorial à saúde mental.

Porém, os autores afirmam que isso não representou mudanças práticas, uma vez que o INAMPS mantinha a política de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados a fim de atender à população assegurada, além de um parque manicomial público para atender aos não-assegurados (Costa-Rosa, 2003).

Nos primeiros anos da década de 1980, no período da co-gestão entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, como revelam Vecchia e Martins (2009), o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) elaborou um plano que veio a ser conhecido como “Plano Conasp”, destinado a estimular a descentralização e a ambulatorização da assistência à saúde, em geral, por meio das Ações Integradas de Saúde.

O contexto sociopolítico caracterizado pela transição da ditadura para a abertura à democratização do país favoreceu o surgimento de novos rumos para as políticas de saúde no país. Conforme Caçapava e Colvero (2008), nesse cenário surgem novos atores sociais, que por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira constroem uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

É nesse cenário de transformação que ocorre, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que influenciou de forma determinante a elaboração da nova Constituição Federal de 1988 através da produção de trabalhos técnicos pela Comissão da Reforma Sanitária. A partir do texto constitucional, define-se, então, um Sistema Único de Saúde (SUS) para prover as ações e serviços de saúde no país (Caçapava & Colvero, 2008).

A atenção à saúde no Brasil até então vinha sendo desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, a partir da procura espontânea aos serviços.

A partir do momento histórico citado, em consonância com Büchele, Laurindo, Borges e Coelho (1996) a concepção de saúde amplia-se no bojo da luta por reverter esse modelo assistencial e isso vem, desde então, norteando a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação.

No campo da saúde mental, em particular, o objetivo era reduzir em 30% as internações psiquiátricas, limitar o tempo médio de internação, reduzindo-o de noventa para trinta dias, e de expandir em 50% as consultas ambulatoriais (Büchele et al., 2006).

Para isso, a ideia era promover a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade. No Brasil, Vecchia e Martins (2009) afirmam que essas ideias passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu paralelamente à Reforma Sanitária, tendo em sua essência princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Segundo Nunes e Valentim (2007), em vários países do mundo onde as Reformas Psiquiátricas se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica. Isso porque parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde.

Adotamos neste trabalho o termo atenção básica tendo em vista a portaria nº 648/GM do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006. Esse termo, segundo o mesmo documento, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A atenção básica ainda considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Brasil, 2006).

Por essa razão, Nunes e Valentim (2007) destacam a importância do desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam, na atenção básica, o locus preferencial de desenvolvimento. As autoras citadas postulam que nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas.

Todavia, a institucionalização de um dispositivo legal que aponta claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica se dá somente no contexto que sucede a Lei Orgânica da Saúde, por meio da Portaria 224/1992 (Brasil, 2004). Resgatando os princípios do SUS, o documento define normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar. Trata-se de um marco legal em termos das ações de saúde mental na atenção básica: o atendimento ambulatorial de demandas em saúde mental também deveria ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como responsabilidade de uma equipe multiprofissional (Vecchia & Martins, 2009).

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como uma proposta ousada de transformação ao tentar ganhar espaço em uma realidade antes alicerçada e restrita ao espaço hospitalar e com o poder de resolução centralizado no profissional médico. Entretanto, conforme Bezerra e Dimenstein (2008):

A atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através da troca de saberes e práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, sendo instituída uma lógica do trabalho interdisciplinar por meio de uma rede interligada de serviços de saúde (p. 640).

As autoras esclarecem que se por um lado o CAPS ocupa um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações tecno-assistenciais.

Conforme Merhy (2002), ainda prevalece nesse contexto, apesar dos avanços já conquistados, um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo, além de um problema de saúde, uma subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Para o autor, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico, o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho, nesse caso, carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde.

Nesse sentido, a proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais.

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...] (Cecílio & Merhy, 2003).

Entendemos que a atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação. Nessa direção, a saúde mental tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde.

A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada contemplando a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup>.

Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, o que significa que a assistência a pessoa com transtorno mental deve ser feita a nível territorial, em nível de atenção primária, buscando maior resolutividade nesse nível de atenção a fim de diminuir a demanda em níveis mais avançados.

Isto requer um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado (Büchele et al., 2006).

Como nos esclarece Franca e Viana (2006), a ESF visa estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, com as especificidades de um trabalho de atenção básica. A ideia é que a ESF seja porta de entrada do usuário no sistema, por isso ela atua em um território específico composto de 600 a 1000 famílias, que deve ser acompanhado por uma equipe integrada, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para Franca e Viana (2006), a figura do Agente comunitário de saúde (ACS) é peça nodal da estratégia de fortalecimento da atenção básica, representada pela ESF. A função do agente comunitário de saúde foi criada pelo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde, e sugere um profissional capacitado para reunir informações de saúde sobre uma comunidade. O ACS é uma pessoa da própria comunidade, preparada para orientar as famílias no cuidado de sua saúde e da saúde da comunidade, que deve agir em sintonia com a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, de forma a identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade.

A partir de uma formação básica inicial para ações baseadas em vigilância de saúde, os agentes comunitários visitam as famílias das comunidades, prestando atenção e cuidado a doenças comuns, imunização, medicação e educação de saúde. Essa iniciativa, que se tornou o modelo seguido pelo Ministério da Saúde operado em diversos níveis, pelos Estados e

---

<sup>1</sup>A Estratégia Saúde da Família (ESF) inicialmente foi denominada Programa Saúde da Família (PSF). Essa mudança na denominação teve o objetivo de ampliar a dimensão do conceito, uma vez que não se trata apenas de um programa, mas sim de uma nova organização do modelo assistencial.

municípios brasileiros, apesar das dificuldades ainda presentes em vários aspectos, tem apresentado resultados que fazem desse sistema de saúde um dos esforços mais eficientes de saúde no mundo, em decorrência de ser uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, possibilitando a reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde (Büchele et al., 2006; Rodrigues et al., 2008).

Todavia, em relação à saúde mental, o cuidado dispensado e produzido pela UBS por meio da ESF é ainda incipiente. Podemos observar na prática, por meio da literatura que a descreve, como Nunes e Valentin (2007), o cuidado em saúde mental na UBS/ESF ainda produzido sob a ótica do modelo médico-curativo, desde o acolhimento do usuário na unidade de origem até o percurso que trilha dentro da rede de atenção à saúde do território, mediante o encaminhamento por aquela realizado.

Em contrapartida, estudos apontam que a promoção das ações integrais em saúde seria fundamental para a prevenção da crise do usuário que tem transtorno mental ao considerar o modo como se produzem suas condições de existência e, por conseguinte, organizar diferentes modalidades de cuidado para encurtar as recidivas da crise e tornar mais precoce a intervenção. Isto também possibilitaria que o usuário encontrasse na rede de atenção a saúde as respostas que busca para alcançar seus nexos com a realidade em que está inserido, e não apenas um atendimento pontual a uma determinada “fatia” do sofrimento psíquico que vivencia, seja ela ou não um elemento desencadeador da crise (Caçapava & Colvero, 2008).

Nunes e Valentin (2007) acrescentam ainda que, além das ações da ESF na área de saúde mental serem incipientes, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos usuários com transtornos mentais. Podemos supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental.

Pesquisas acerca do assunto apontam que as razões para a não inclusão da saúde mental no campo de atuação nas equipes de Saúde da Família são inúmeras. Todavia, as causas atribuídas em geral, podem ser divididas em quatro grupos: (1) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; (2) a não identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (3) a falta de condições para o atendimento desses casos na ESF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (4) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras (Dimenstein, 2010; Nunes & Valentim, 2007; Souza, 2008).

A despeito da Política de Saúde Mental que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo é estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, como constataram Nunes e Valentim (2007), a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que observamos na realidade concreta. Ademais, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social da pessoa com transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas. Apesar do debate lançado, dados que permitam conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental na rede básica ainda são muito incipientes.

Com o objetivo de buscar contribuir para a redução dessa lacuna, o presente estudo pretende investigar como os ACSs vivenciam seu trabalho de agentes de saúde em relação às pessoas com transtorno mental. Pretendemos compreender como esses profissionais de saúde concebem o transtorno mental que experiências têm em seu trabalho com o doente mental. Também nos ocuparemos de conhecer os tipos de cuidados que são oferecidos em termos de intervenções no contexto da ESF.

Para isso optamos por entrevistar agentes comunitários de saúde de uma UBS situada no município de Maringá, no interior do estado do Paraná. As entrevistas realizadas foram de modalidade aberta, tendo por base uma questão norteadora: “Como é para você atender os usuários com transtorno mental e a suas famílias?”.

Para a coleta e análise dos dados adotamos uma postura fenomenológica, de forma a possibilitar uma atitude de abertura, para que pudéssemos abster de conceitos e definições

baseados em princípios pré-existentes. Este método possibilita a compreensão daquilo que se mostra e o questionamento do que está estabelecido como critério de certeza, assim como os seus fundamentos.

O relato deste estudo foi organizado em cinco capítulos, a fim de melhor organizar os dados e as reflexões e atender aos objetivos propostos.

O Primeiro Capítulo, intitulado *Saúde Mental e Atenção Básica: a história do encontro*, busca resgatar a construção da Política Nacional de Saúde Mental através de um breve histórico do cuidado à pessoa com transtorno mental nos diferentes momentos históricos.

O Segundo Capítulo, intitulado *O Agente comunitário de saúde e o Desafio do Cuidado*, tem por finalidade descrever, mediante revisão de literatura, a história da profissão do Agente comunitário de saúde e os seus desafios teóricos e práticos ao longo desse processo histórico.

O Terceiro Capítulo, *A Trajetória Metodológica*, descrevemos o percurso realizado para obtenção dos dados, assim como a metodologia adotada para levantamento e análise dos mesmos.

O Quarto Capítulo, *O que dizem os Agentes Comunitários de Saúde sobre o seu trabalho junto à pessoa com Transtorno Mental*, refere-se à descrição dos dados obtidos, compondo a primeira fase da análise fenomenológica, a análise ideográfica.

No Quinto Capítulo, *O cuidado dispensado à pessoa com Transtorno Mental: compreendendo as Vivências dos Agentes Comunitários de Saúde*, elaboramos uma compreensão que procura superar as situações individuais ou particulares de onde partiu a pesquisa, buscando cumprir a tarefa a qual nos propomos.

Esperamos com este estudo, preencher algumas lacunas a respeito da assistência em saúde mental na atenção básica, e dessa forma contribuir para uma mudança efetiva na formas de cuidado as pessoas em sofrimento psíquico.

## **1 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: A HISTÓRIA DO ENCONTRO....**

Trabalhar com pessoas que sofrem de transtornos mentais implica, necessariamente, uma concepção do que seja o transtorno mental e de como ele pode ser tratado e cuidado. Considerando que nosso objetivo é compreender como o Agente comunitário de saúde vivencia seu trabalho com pessoas acometidas por transtorno mental, pensamos ser importante salientar qual ou quais as concepções em torno de saúde e doença mental vigentes em nossa sociedade.

Podemos afirmar, conforme Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) que há alguns anos o conceito de Saúde Mental e de Atenção Psicossocial vem tomando força e substituindo gradativamente aqueles conceitos ligados à psiquiatria tradicional, que tinham por base uma concepção biologizante e medicalizante na doença mental. Atualmente, para se pensar e atuar em saúde mental, uma abordagem interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial tem sido considerada extremamente relevante, defendida nos trabalhos mais atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e de profissionais destacados da área, culminando, em nosso contexto nacional, pelas proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esse novo paradigma na atenção em saúde mental não veio ao acaso, mas foi fruto de um grande movimento social que se compôs ao longo da história e que, no Brasil, tomou forma em um contexto de redemocratização do país. Para isso, resgatamos de forma sintética esse percurso, já que para alcançarmos o objetivo deste estudo é importante conhecer como foi o trajeto histórico do cuidado à pessoa com transtorno mental.

### **1.1 A história da Loucura e o germe da Reforma Psiquiátrica**

Tratar de termos de saúde mental é algo relativamente novo na área da saúde, uma vez que esse tema nos remete a uma história, ainda recente, de tratamento asilar ao doente mental. Assim, entendemos ser importante uma compreensão mínima acerca da “história da loucura” para compreendermos a emergência da expressão “saúde mental” e a evolução do cuidado nesse âmbito.

Sabemos que a humanidade convive com a loucura desde os tempos mais remotos, e que essa temática, antes de adentrar o âmbito científico, habitou o imaginário popular de diversas formas, assumindo caráter diferente em cada momento histórico. A fim de melhor entender

esse processo, faremos aqui um breve resgate histórico de como a loucura foi compreendida e de como os loucos foram cuidados nas sociedades nos diferentes períodos.

Segundo Silveira e Braga (2005), a loucura nem sempre remeteu a algo negativo. Na Grécia antiga, por exemplo, a loucura era considerada um privilégio, um dom que permitia ao indivíduo conhecer as verdades divinas. Nesse período, o termo “delirante” era usado como sinônimo de algo relativo aos deuses. De acordo com as autoras, o fato de a loucura ser considerada um privilégio não significa que os loucos eram considerados normais ou iguais aos demais – esses indivíduos eram portadores de um dom concedido pelos deuses e, enquanto tais, deveriam ser isolados da sociedade para separar aquilo que era terreno e aquilo que era da esfera mítica. Assim, a loucura, dom divino, não era algo próprio do homem, mas externo a ele e impossível de ser apreendido. A concepção de loucura enquanto experiência mística prevaleceu por muito tempo, e somente a partir do século V passa a ser alterada.

Conforme as autoras acima citadas, com o advento da Alta Idade Média, entre os séculos V e o X, a loucura deixa de ser entendida como um privilégio e passa a ser concebida como tentação, perigo e tudo o que se apresentasse como impossível, fantástico e inumano. A loucura – que atraía, mas não fascinava – era representada na pintura principalmente na forma de animais, caras grotescas, pássaros de pescoço alongado, entre outros. Dessa forma, durante esse período, há uma ruptura entre a experiência mística e a consciência crítica: a loucura não é mais entendida como desvelamento da verdade, mas perigo e alienação iminente.

É a partir desse período que a loucura passa a ser um representante simbólico do mal. De acordo com Foucault (1984), nesse momento histórico, a loucura era concebida a partir de concepções mítico-religiosas, entendida assim como uma possessão demoníaca.

Em consonância com o autor, desde o século V até o século XIV, os maiores excluídos da sociedade eram os leprosos. Considerada um castigo divino, a lepra causava pavor na sociedade e seu destino era a exclusão. No final do século XIV, com a redução dos focos de infecção no Oriente, a lepra foi consideravelmente eliminada; no entanto, os valores e imagens ligados à figura do leproso permaneceram. E nesse contexto, para ocupar o lugar e as representações sociais (instituições) abandonados pelo leproso, o louco surge enquanto sujeito que também deveria ser excluído do convívio social. De acordo com Foucault (1984), durante esse período, a loucura ainda não era submetida a uma explicação científica; apenas se isolavam os loucos da sociedade através do asilamento.

O autor esclarece que, na Idade Média, os loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais, que nesse momento eram destinados a toda sorte de indesejáveis, tais como: inválidos, portadores de doenças venéreas e mendigos, ou seja, “todos aqueles que, em

relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de *alteração*” (Foucault, 1984, p.78). Essas instituições não possuíam nenhum caráter terapêutico, o objetivo não era o cuidado, mas sim recolher aqueles que não poderiam ou não deveriam mais fazer parte da sociedade.

O internamento que o louco, juntamente com muitos outros recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (Foucault, 1984, p.79).

Como analisa o autor, o que caracterizava todos os sujeitos que residiam nessas casas de internamento era a não participação na produção social, pois não movimentavam e não acumulavam dinheiro. Sendo assim, esses sujeitos eram excluídos da vida em sociedade, e essa exclusão indicava o surgimento da modernidade, o que deu ao internamento, em suas raízes, o papel de reestruturar o espaço social, silenciando a loucura.

Todavia, tal papel não perpetuou por muito tempo, uma vez que, a partir do meio do século XVIII, a loucura volta a habitar o cenário social cotidiano. Isso porque, como descreve Foucault (1984), emergiram as denúncias a respeito das “sequestrações arbitrárias” (p.80), assim como críticas à estruturação econômica assistencial dessas casas, a representação social que estas adquiriram, conhecidas por “focos do mal” (p.80).

Frente a isso, levantam-se reclamações em prol da abolição do internamento, e é nesse contexto que, no século XVIII, começa a surgir o modelo mais próximo do que conhecemos como hospital psiquiátrico. Essas instituições surgem por meio de Phillippe Pinel, que propôs uma nova forma de tratamento aos loucos. Esse médico ficou famoso pelo seu movimento de libertar os loucos das correntes e transferi-los aos manicômios, que a partir de então, eram destinados somente aos doentes mentais.

É para resolver este problema que as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão (Foucault, 1984, p.81).

Phillipe Pinel, ao destinar as instituições asilares apenas aos “loucos” e pensá-las como um lugar de suposto cuidado aos doentes mentais, rompe com várias estruturas que reprimiam fisicamente esses sujeitos; entretanto, ele cria o que Foucault (1984) chama de “encadeamento moral”, pois o tratamento nos manicômios defendido por Pinel baseava-se particularmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Isso denota, como aponta o autor, o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida; por essa razão, esse tipo de tratamento ganha a denominação de tratamento moral.

Ora, é a partir deste momento que a loucura deixou de ser considerada um fenômeno global relativo, ao mesmo tempo, por intermédio da imaginação e do delírio ao corpo e à alma. No novo mundo asilar, neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade; ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade; e por isso, pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significação psicológicos. Mas esta psicopatologização é apenas a conseqüência superficial de uma operação mais surda e situada num nível mais profundo – uma operação através da qual a loucura encontra-se inserida no sistema dos valores e das repressões morais (p.84).

Destarte, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel se modifica e se esvazia das ideias originais do método. Permanecem somente as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional, uma vez que remanesceram da idade clássica práticas médicas aplicadas à loucura, e estas subsistiram e se desenvolveram na era de Pinel.

Segundo Foucault (1984), havia nos hospitais gerais alas destinadas aos loucos, e estes recebiam um tratamento; os textos médicos dos séculos XVII e XVIII procuravam definir, especialmente com a grande multiplicação das doenças nervosas, quais seriam as técnicas mais apropriadas para a cura da doença mental. Os tratamentos em questão consistiam em submeter o doente “à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras; era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação” (p.82).

Nesse mesmo período, foi também criada uma máquina rotatória onde se colocava o doente objetivando recolocar em movimento o curso de seus espíritos, pois acreditava-se estar fixo em uma ideia delirante; dessa forma, ele reencontraria seus circuitos naturais. O século

XIX aperfeiçoa esse tipo de prática e lhe confere um caráter punitivo em detrimento do caráter terapêutico, “a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu” (p.83). Emprega-se também uma espécie de gaiola móvel que “gira sobre si mesma segundo um eixo horizontal e cujo movimento é tanto mais vivo quanto esteja agitado o doente que aí é preso” (p.83). Todas essas técnicas no contexto asilar eram pautadas em uma fisiologia atualmente abandonada (Foucault, 1984).

De acordo com o autor, é importante esclarecer que o asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representava a “medicalização” de um espaço social de exclusão; mas a “confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algumas um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica” (p.83).

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permaneceu e adentrou o século XX (Foucault, 1984).

Apenas a partir da segunda metade do século XX inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Começam a surgir, em vários países, questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico e quanto às formas instituídas de se conceber a loucura, apontando para a necessidade de reformulação. Alguns desses movimentos colocavam em xeque o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, como, por exemplo, a experiência do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924/1980) nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, as quais tinham como principal referência a defesa da desinstitucionalização (Amarante, 1994).

Em uma perspectiva revolucionária, Basaglia questiona radicalmente o processo de institucionalização da doença mental. Em alusão à Basaglia, Amarante (1994) afirma que essa institucionalização não passa de um complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a organização se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. O autor ainda aponta que a partir de tais princípios surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, e a partir do uso dessas regras começa-se a se observar nos doentes mentais uma progressiva perda de interesse, regressão, restrição do ‘Eu’, e com isso um imenso vazio emocional.

De acordo com Amarante (1998), esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Para este autor, a doença

mental, objeto construído ao longo da história da humanidade, até então implicava o pressuposto de erro da Razão. Sendo assim, afirma que o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. (p.491)

Basaglia (1985) alertava para o fato de a psiquiatria ter colocado o doente entre parênteses para ocupar-se do estudo da doença, e dessa forma, construído “um objeto fictício, pois não existe a doença sem o sujeito de sua experiência” (p. 28). Basaglia entende que seria necessário promover uma redução fenomenológica, colocando entre parênteses a doença mental para poder ocupar-se do doente em sua experiência concreta de sofrimento.

Observamos, em concordância com Ribeiro (1996), que ao longo da história, a forma de lidar com a doença mental evoluiu gradativamente. De acordo com este autor, médicos, filósofos e cientistas sociais apontaram, ao longo dos séculos, soluções alternativas para o tratamento do doente mental, “questionando formas desumanas e possibilitando reflexões que suscitassem o aperfeiçoamento das instituições” (p. 14/15).

Notamos, que até um dado momento histórico a ênfase era a doença e suas implicações. Segundo Ribeiro (1996), nesse período os manuais de formação acadêmica voltavam-se para sintomatologia e o tratamento da doença, e a ação profissional restringia-se à do psiquiatra, “foi a partir do amadurecimento, questionamento e ampliação do estudo destes conceitos que se chegou às mudanças que hoje assistimos na área de atuação em Saúde Mental” (p. 14).

De acordo com Amarante (1995), quando se aborda a desinstitucionalização, tal conceito não se refere apenas à desospitalização, mas principalmente à desconstrução, ou seja, ao movimento de desinstitucionalização que consiste na “superção de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata” (p.493).

A desinstitucionalização, conforme o autor, significa tratar o sujeito em sua existência e em relação às suas condições concretas de vida. Isto pressupõe não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. De acordo com Amarante (1995), a “desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (p.494).

Para o referido autor, o modelo psiquiátrico clássico favoreceu e ainda favorece o modelo profissional “liberal”, o qual reduz a atitude terapêutica a sessões individuais, a psicoterapias, à administração de fármacos, sem uma verdadeira tomada de responsabilidade, ou seja, “sem ocupar-se do doente em sua experiência-sofrimento” (p.493).

Esse tipo de prática acaba por legitimar um poder institucionalizante que objetiva, homogeneiza e serializa um doente mental como todos os demais indivíduos que se encontram em um hospital psiquiátrico. Ou seja, pessoas diferentes, com gostos, sofrimentos, histórias de vidas diferentes entram na instituição e são igualadas a partir da negação do ser humano e da exaltação da irrecuperabilidade e da periculosidade da doença mental. Com isso, essas pessoas

[...] perdem a originalidade de suas histórias, a espessura de seus sofrimentos e dores, e sobre eles se constrói um objeto institucional. Essa objetivização é vista posteriormente pela psiquiatria como sinais ulteriores da doença. A inércia, a estereotipia, as formas de alheamento passam a ser entendidas como sintomas da doença, assim como tudo aquilo que tem relação com as perdas, a perda da contratualidade, a perda de uma posição socialmente reconhecida, enfim, todo o fenômeno de des-socialização que parte da doença (DELL ACQUA, 1922, apud AMARANTE, 1994, p. 68).

Amarante (1994) entende toda essa construção institucional de sintomas e características em torno do sofrimento das pessoas como um ‘duplo’, um anexo imposto à doença mental constituído essencialmente a partir da negação da subjetividade, da identidade, da visão do doente como um objeto. Para o autor o que realmente deve ser motivo de análise e estudo não consiste na doença mental em si, mas no duplo institucionalmente produzido e caracterizado como próprio da doença. O autor deixa claro que não se trata de negar a doença mental, mas de inverter a ordem psiquiátrica.

Segundo Amarante (1994), uma saída para a situação psiquiátrica seria o processo de desinstitucionalização. Este por sua vez, como afirma Boarini (2000), não é apenas sinônimo de desospitalização, ou humanização do hospital, diz respeito à totalidade. Significa romper com o atendimento da doença abstraída da pessoa que a possui. É o rompimento do paradigma que entende a loucura, o transtorno mental como sinônimo de incapacidade, de um paradigma que não reconhece as singularidades e por essa razão não tolera a autonomia, estigmatiza e exclui as posições diferentes.

## 1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e seu contexto

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica inicia-se no final da década de 1970, contemporâneo ao movimento sanitário, com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

Como descreve Franca e Viana (2006), o Brasil vivia em meio ao regime da ditadura militar e um contexto de crescente endividamento externo, seguido de um questionamento do regime autoritário que governava. Isso culminou em um enfraquecimento do governo e um fortalecimento de movimentos sociais que buscavam melhores condições de vida.

Nesse cenário histórico-social, no que concerne à área da saúde, deparávamos com o fracasso do modelo prestador de serviços, marcado pela privatização da assistência médica, crise financeira da previdência social, altos índices de desemprego, altas taxas de mortalidade materno infantil, aumento de doenças infecto-contagiosas e altos índices de acidentes de trabalho. Essa configuração culminou em uma grande mobilização social, que ficou conhecida como movimento sanitário.

Esse movimento trouxe novas formas e concepções de pensar e fazer saúde, concepções mais humanas, mais universais, que por sua vez, traziam objetivos que só poderiam ser alcançados por meio de uma ampla Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária contribuiu para o processo de democratização do país.

Conforme Rodrigues et al. (2008), a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, possibilitou um espaço em que se problematizou o conceito de saúde, que até então significava ausência de doenças, a fim de redefinir esse conceito para uma concepção mais ampliada e dinâmica: a saúde como produto social resultante da ação de diversos determinantes – acesso a lazer, escola saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros.

A partir das propostas da VIII Conferência de 1986, a saúde foi incluída na Constituição de 1988 como um “direito de todos e dever do Estado”. Em setembro de 1990, foram regulamentadas algumas das propostas da Reforma Sanitária, como a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da homologação da Lei Orgânica da Saúde que vigora no país atualmente.

A referida lei, também conhecida como Lei 8080, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes” e institui os princípios fundamentais do SUS: universalidade no atendimento, equidade, integralidade nas ações em saúde, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; fortalecimento dos municípios; descentralização da gestão administrativa; resolutividade e participação popular (Brasil, 1990).

Nesse contexto de mudanças e transformações na forma de se pensar e fazer saúde no Brasil, oficializa-se, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente transformou-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), porque constitui um projeto único do sistema de saúde e responsável pela atenção básica.

A ESF, como descreve Rodrigues et al. (2008), visa a estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, uma vez que essa estratégia incorpora e reafirma esses princípios, com as especificidades de um trabalho de atenção básica.

Essa estratégia se propõe a mudar o enfoque biomédico e disciplinar por um trabalho diferenciado pela atuação direta com a comunidade em seu cotidiano. Rodrigues et al. (2008) portula que a conduta profissional passa a ser mais coletiva, enfocando a família e suas relações e não mais somente o indivíduo com seus problemas.

Paralelamente a esse movimento, surgiu no Brasil o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, tendo em vista que a constituição do sistema asilar manicomial brasileiro não esteve limitada à simples criação dos hospitais psiquiátricos como organismo assistencial hegemônico. Segundo Daúd Júnior (2011), essa hegemonia relaciona-se justamente com o papel complementar que essa instituição exerceu e ainda exerce em relação a outras instituições da disciplina e da norma, utilizando-se de um discurso legal, científico, assistencial e cultural que em seu conjunto transforma a instituição psiquiátrica em “dispositivo disciplinar imprescindível ao funcionamento da nossa sociedade e que, em determinados momentos históricos, é instrumentalizada por interesses meramente lucrativos, de exploração econômica do sofrimento mental” (p.100).

Em outras palavras, podemos dizer que criou-se no Brasil uma mercantilização da loucura e que o setor privado transformou os hospitais psiquiátricos em grandes empresas que vendiam, e vendem até hoje, a ilusão de que a sociedade não precisa conviver com a loucura, como se isso fosse possível. Nesse sentido,

Desde os códigos civis e penais até a intimidade das relações familiares e de gênero, passando pelas institucionais (escola, trabalho), o modelo asilar manicomial prescreve identidades ao mesmo tempo em que proscreve identidades nas normas e

disciplinas internas dos hospícios. Se por si só esta equação demonstra a sua violência institucional, o que dizer da morte social e subjetiva anunciada aos sem-razão e das mais de 300 mil mortes físicas de manicomializados desde a criação do primeiro hospício no Brasil (500 mil se considerarmos os que morreram fora por violências praticadas dentro?) E da cumplicidade da sociedade, cujos mecanismos de simbolização e significação sobre o louco e a loucura foram produzidos como cultura de massa, na forma de cultura manicomial? (DAÚD JUNIOR, 2011, p. 99)

Conforme destaca o autor, por meio desse contexto de lutas pela democracia e das “iniciativas transformadoras das práticas sociais emergiram novos atores” (p.108), entre os quais estiveram os próprios usuários dos serviços de saúde mental, seus familiares e lideranças comunitárias e sindicais, atores estes que gradualmente assumiram esse debate em suas pautas. Da mesma forma, os trabalhadores da saúde e da saúde mental “paulatinamente transformaram-se de operadores do sistema manicomial em críticos operadores das novas práticas sanitárias e culturais antimanicomiais” (p.108). O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo desse movimento que foi denominado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. (Brasil, 2005).

Nesse projeto coletivo, esses atores sociais produziram também um novo saber, original e não necessariamente acadêmico, mas capaz de contra-hegemonizar o saber psiquiátrico tradicional, as concepções sanitárias preventivas e atitude discriminatória dominante.

Ribeiro (1996) assinala que é, sobretudo, esse movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir desse período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Assim:

[...] assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “por uma sociedade sem Manicômios”. O lema

estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção da experiência da desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais, um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas (Amarante, 1994, p. 81).

Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta<sup>2</sup>, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de Lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, também impulsionam a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Além desses fatos e do forte movimento nacional que aliou técnicos e população em geral, com destaque para os familiares e usuários de serviços de saúde mental, Daúd Junior (2011) assevera que foram as práticas “substitutivas” (p.107) que, inseridas e coerentes com o movimento político que as geraram, operaram uma ruptura no saber e na prática psiquiátrica, no sentido da superação do seu aparato.

As características principais dessas práticas *substitutivas*, tendo como base experiências pioneiras e vitoriosas como a do Município de São Paulo, podem ser assim descritas: diversificadas, inseridas nos serviços gerais de saúde; territorializadas; gerenciadas desde a ideia da fábrica, da escola e do hospício como microáreas de risco; resolutivas; éticas; superadoras da hegemonia médica através de práticas inter e transdisciplinares; intersetoriais, cujo pressuposto é a qualidade de vida e a cidadania como inserção nas relações de trocas sociais; e o processo saúde-doença mental visto na ótica do drama existencial humano complexo e não da simplificação da causalidade clínica (p.107).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde

---

<sup>2</sup> A Casa de Saúde Anchieta foi um hospital psiquiátrico privado, conveniado ao Inamps, que sofreu uma intervenção do poder público municipal. Essa intervenção foi desencadeada por denúncias de maus tratos aos pacientes e mortes violentas divulgadas pelo jornal local, o mesmo tipo de denúncias que desencadeou tantas outras intervenções. A Intervenção surgiu com a vontade de mudança, de transformação, de revolução (Kinoshita, 2009)

mental. A partir desse período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (Brasil, 2005).

Dessa forma, durante a década de 1990, marcada especialmente pela assinatura da Declaração de Caracas e também pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, começa a vigorar no Brasil as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de atenção diária, tendo por base as experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e hospitais-dia, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Entretanto, é apenas no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal nº 10.216/2001 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

A partir dessa lei, demarca-se oficialmente a Política de Saúde Mental, a qual, basicamente, visa a garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando, assim, a lógica das internações de longa permanência que isolam o paciente do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Lei veio oficializar a necessidade de uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro, que Amarante (1995) já mencionava na década anterior. Para o autor, essa é uma questão de base ética e o futuro da reforma psiquiátrica não se restringe ao sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou mesmo dos novos serviços, “mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social” (p.494).

### **1.3 A Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Básica**

A Política de Saúde Mental no Brasil, como registramos anteriormente, consolidou-se a partir da Lei 10.216/2001, que reorganiza a assistência à pessoa com transtorno mental. A política tem por objetivo a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência,

de forma a incentivar que as internações psiquiátricas, se necessárias, sejam realizadas nos hospitais gerais e que, além disso, sejam de curta duração (Brasil, 2005).

Essa política pretende constituir e consolidar uma rede de dispositivos diferenciados que possibilitem à pessoa em sofrimento mental ser atendida no seu território, promovendo, assim, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, buscando também consolidar ações que “permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer” (Brasil, 2001).

Nesse contexto, a Lei 10.216/2001, juntamente com as proposições da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, instituem a reforma psiquiátrica como política de governo, e conferem aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, além de defenderem a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecerem o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Foi especialmente a III Conferência Nacional de Saúde Mental, por meio da ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (Brasil, 2005).

Entre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, conforme objetiva a Política, encontra-se o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), sistema instituído em 2002 por normatização do Ministério da Saúde. O referido Programa consiste em um instrumento de avaliação que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada à sua população adscrita (Brasil, 2005). Esse programa representou o primeiro passo para um processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto, foi criado em 2003, a fim de atender ao que estava disposto na lei 10.216/2001, o Programa De Volta para Casa, que tem por objetivo principal contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos mediante o pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários. Para receber esse auxílio, o usuário necessita ser egresso de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, assim como ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (Brasil, 2003).

Na mesma perspectiva de assistência, foram criados também os Serviços Residenciais Terapêuticos, por meio da Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000, alterada pela 3090/2011, e se configuram nesse cenário como equipamentos da saúde. Estes são organizados em formas de casas implantadas na cidade, os quais devem ser capazes, em primeiro lugar, de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e principalmente de auxiliar o morador em seu processo de reintegração social (Brasil, 2000).

É importante ressaltar que a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi pensado para ser uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. De acordo com a referida lei, ficam estabelecidos como princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2005/1990).

Compartilhando desses princípios, a rede de atenção à saúde mental se organiza a partir da Portaria 224/1992, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Tal rede caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (Brasil, 2005).

Essa rede se fundamenta em uma atuação comunitária, territorial, e não mais aquela hegemônica asilar pautada na exclusão. E quando trata de território, esse conceito não se limita aqui à ideia de área geográfica, mas se refere às pessoas, às instituições, às redes e aos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Dessa forma, trabalhar no território não equivale

simplesmente a trabalhar na comunidade, mas supera isso, significa trabalhar com os seus componentes, com os saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (Brasil, 2005).

Atualmente, essa rede é organizada de modo a contemplar a atenção básica, conforme prevê a Portaria 3088/2011, a qual preconiza que a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial.

Em concordância com a ideia de território, Amarante (1995) esclarece que trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade de modo a construir coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. Nessa nova organização da saúde mental brasileira, respaldada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a ideia de território representa a pedra angular da rede de atenção à Saúde Mental, com o papel de orientar as ações de todos os seus equipamentos.

É por essa razão que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e para consolidação da rede de apoio à Saúde Mental. Com o surgimento desse tipo de serviço, foi possível ilustrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Os CAPS têm por principal finalidade prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, de forma a evitar as internações em hospitais psiquiátricos, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais.

Outro papel importante do CAPS é regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental em sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Em outras palavras, o CAPS é responsável por organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Portanto, os CAPS são os articuladores estratégicos dessa rede e da política de saúde mental em um determinado território.

É importante ressaltar que os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. É destinada ao CAPS a função de acolhimento e atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento (Brasil, 2010).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim,

esses serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e CAPSad III (Brasil, 2005).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes – cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Esses serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos recorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes – cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica desses serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês, funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para esses serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Esses serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais; são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Esse tipo de dispositivo funciona durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para esses serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad e o CAPSad III são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem desse serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

Outro dispositivo indispensável para a rede de apoio à saúde mental e à efetiva realização da Reforma Psiquiátrica seria a atenção básica, uma vez que, por meio da proximidade com famílias e comunidades, suas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde mental, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde parte do pressuposto de que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Sendo assim, seria possível compreender que todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde, reforçando, a importância e a necessidade de articulação entre saúde mental e a atenção básica.

Frente ao exposto, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2003).

Nesse novo cenário da saúde mental brasileira, busca-se um novo paradigma, um novo olhar e uma nova organização, mudando a história do cuidado aos pacientes com transtorno mental.

As novas instituições e modelos de assistência, assumindo as feições de sua época, funcionam como um lugar de passagem, ou de permanência de curta duração, e são mais eficientes do ponto de vista da abrangência, da modulação de suas ações e da manutenção do sujeito em trânsito ou em atividade no seu círculo social. Além disso, a noção de saúde, em substituição à de doença, justifica um

cuidado integral e de cunho preventivo, onipresente no cotidiano do sujeito (Justo, 2011, p. 230/231).

#### **1.4 A Estratégia Saúde da Família como dispositivo da Rede de Apoio à Saúde Mental**

Como assinalamos anteriormente, a atenção básica constituiu um dos dispositivos da rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e também possui um valor estratégico dentro do Sistema, pois as Equipes de Saúde da Família contam com uma valiosa aproximação da comunidade, vivenciando em sua rotina a configuração do território, construindo vínculos capazes de promover o enfrentamento de situações oriundas do sofrimento psíquico. A Estratégia Saúde da Família, por toda sua organização alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS e as suas peculiaridades na abordagem dos usuários, tem muito a contribuir com o cuidado integral ao paciente portador de transtorno mental.

Todavia, o que ocorre é que nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Frente a isso, o Ministério da Saúde tenta estimular, por meio de políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, entre elas as Portarias 2488 e 3088 de 2011, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental.

Büchele et al. (2006) entendem que a atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação.

Nessa direção, a saúde mental tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde.

A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada, contemplando a Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, a saúde mental, como integrante da saúde pública, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta integrada aos serviços de saúde com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado (Büchele et al., 2006).

Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo, tal como preconizam os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Nesse sentido, foi criada pelo Ministério a proposta de apoio matricial, um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos e também na forma de supervisão e capacitação (Brasil, 2005).

Na busca de formalizar esse arranjo organizacional, em 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 154, que foi alterada em 2009 pela Portaria 2281, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses núcleos são compostos por vários profissionais de diferentes áreas de conhecimento (como assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, entre outros) com a finalidade principal de ampliar a abrangência das ações da atenção básica a fim de garantir a plena integralidade no cuidado dos usuários que compõem o SUS (Brasil, 2008).

É válido observar que esse tipo de estratégia possui um caráter contra-hegemônico, considerando que a forma de atuação dessas equipes parte das reflexões e críticas feitas pelos estudiosos da saúde coletiva à forma verticalizada e alienante com que se estruturam os serviços em saúde (Campos, 1999), tendo por base o matriciamento. Os apoiadores matriciais, como são conhecidos, têm por função, a partir da visão de clínica ampliada, promover uma relação dialógica entre profissionais e usuários e criar possibilidades de ações que garantam a integralidade do atendimento (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Nesse processo, a interdisciplinaridade passa a ganhar cada vez mais força nas ciências e campos profissionais em geral. Especialmente no que tange à medicina, conforme atesta Ribeiro (1996), novos conceitos são incorporados, destacando-se de normalidade, que até então estava tomado pela enfermidade, e os profissionais que se pautavam no modelo biomédico, de cunho curativo, passam agora “a ter acesso a um novo movimento que prioriza a saúde ao invés da doença, a prevenção antes da cura e atuação conjunta multiprofissional no lugar da ação isolada e preceptoral do psiquiatra” (p.15). Essa reformulação e a eminência das atuações interdisciplinares, de acordo com o autor, trouxeram o psicólogo, o assistente social, o professor de educação física, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional e o próprio psiquiatra em um contexto de ações integradas que visam à promoção da saúde.

Justo (2011) acrescenta que a figura da cura e do tratamento, balisadas pela ideia de doença, tem sido gradativamente substituída pela figura do “cuidado”, tendo como finalidade principal a promoção de saúde. Com esse olhar, busca-se uma aproximação do usuário, projetos e intervenções territoriais e expansão das ações.

Assim, os profissionais envolvidos na área da saúde, em especial os da saúde mental, precisam assumir uma postura de questionamento crítico e político no que se refere à pessoa com transtorno mental. Esse posicionamento deve partir inicialmente de uma crítica à concepção instituída de doença mental sob o viés da periculosidade/irrecuperabilidade/improdutividade, à priorização da doença em detrimento do indivíduo portador de sofrimento psíquico e às práticas pautadas apenas em medidas paliativas (humanização ou o fechamento dos hospitais psiquiátricos sem as transformações sociais necessárias).

Atualmente, vivenciamos mais um momento fértil em que buscamos possibilidades de mudanças na tentativa de renovar aquilo que está instituído sobre a loucura. Entretanto, julgamos que esse processo não pode ser pensado como simples modificações de estruturas físicas (abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, criação de comunidades terapêuticas ou centros de atenção psicossocial, por exemplo). É preciso, antes de tudo, que se execute uma reelaboração das concepções, dos dispositivos e das demais instituições encontradas acerca do transtorno mental. Caso contrário, estaremos apenas repetindo, de forma diferenciada, aquilo que está instituído sobre essa doença. Por isso, nessa perspectiva, é importante conhecer o processo de construção histórica da loucura para que se possam desnaturalizar conceitos e valores e, então, ter a capacidade de reconstruí-los sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência.

## **2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O DESAFIO DO CUIDADO**

O Agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da atenção básica e a comunidade.

Em 2012, Brasil contava com mais de 25 mil agentes comunitários de saúde em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Esses profissionais têm assumido importantes tarefas no cuidado de saúde em diferentes sistemas e contextos. Sua figura emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que este deve residir na própria comunidade em que atua. Acreditamos, conforme apontam Silva e Dalmaso (2002), que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha, ele conhece melhor as suas necessidades, compartilha o mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico.

O fato de os agentes comunitários de saúde compartilharem o mesmo contexto com a comunidade é entendido pelos autores como decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde. Além disso, a entrada no mundo familiar dos usuários é sinônimo de contato com a intimidade das pessoas, com o seu universo privado, possibilitando novas construções relacionais e novos sentidos para essas relações.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), consegue-se identificar duas dimensões principais de atuação dos ACS: uma mais política, não apenas de solidariedade à população e da inserção da saúde no contexto geral da vida, mas também no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde; outra mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias e à intervenção para a prevenção dos agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos.

Na última década, o ACS representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão do protagonismo dessa figura foi a expansão em âmbito nacional, especificamente, em áreas metropolitanas, da Estratégia de Saúde da Família, que envolve, além do ACS, diversos profissionais de saúde em uma proposta de atenção de qualidade aos usuários do programa.

### **2.1 A origem dos Agentes Comunitários de Saúde**

Os Agentes Comunitários de Saúde, conhecidos hoje como grandes representantes da Estratégia Saúde da Família, vigente no Sistema Único de Saúde desde 1994, iniciaram sua jornada antes mesmo que o Programa entrasse em vigor e viesse a se tornar Estratégia. Na realidade, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que proporcionou a força motriz para a criação da categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

O PACS foi um projeto piloto que teve início nos anos 1990, sendo consolidado apenas em 1997. Tinha por objetivo principal contribuir para “reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais” (p.5), de forma a promover uma ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (Brasil, 2001).

É válido lembrar, que desde os anos 70/80 do século passado, a medicina comunitária, já vinha se apresentando no Brasil. Esta, por seu termo, conforme Souza (2003), surge como um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde enquanto uma maneira de garantir igualdade e universalidade no atendimento; todavia, no momento citado, seu alcance limitava-se a um caráter complementar, atuando sobre áreas da população não cobertas pelas formas hegemônicas de assistência médica<sup>3</sup>.

A autora ressalta que os programas de ação comunitária, assim como o movimento da medicina comunitária, foram trazidos para América Latina, e também para o Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e por fundações privadas norte-americanas – Kellogg, Rockefeller – sendo intensificadas nas universidades por meio de diversos projetos pilotos “(Medicina Comunitária de Paulínia – Unicamp/SP; Vale do Ribeira/USP; Londrina – Universidade Estadual de Londrina e outros)” (p.38).

Os projetos citados, conforme Souza (2003), elevaram o grau de politização do setor de saúde. Para a autora, essa politização

[...] revela-se no acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde, na formação de movimentos sindicais, que incluem reivindicações, a melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, além de procurar estabelecer a vinculação entre a política de saúde e a sociedade brasileira (p. 38).

---

<sup>3</sup> É importante pontuar que o movimento da medicina comunitária, nascido nos Estados Unidos, tem como antecedente o da medicina integral e da medicina preventiva oriundos das décadas de 1940 e 1950 (Souza, 2003, p.37)

Nesse contexto, como bem aponta a autora, surgem as raízes de uma nova lógica de pensar a assistência à saúde, lógica esta capaz de contrabalançar a estrutura hegemônica do atendimento médico individual, curativo e hospital-dependente. A partir desse novo momento, os profissionais de saúde colocaram-se como parte integrante dessas ideias e das propostas do SUS e passaram a defender esses novos pressupostos nas esferas de lutas dos Estados e municípios motivados pelas denúncias das condições miseráveis de vida das classes subalternas, da falência das políticas sociais e da estagnação dos serviços públicos de saúde.

Esse cenário foi palco do surgimento de várias políticas sociais de cunho assistencialista, e entre estas o Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS, todas com grande potencial comunitário. Essa nova configuração “exigiu a inserção de novos sujeitos sociais, com interesses, ideologias e visões de mundo semelhantes” (p.47), todos dispostos a contrapor-se ao modelo hegemônico do projeto neoliberal, controlando socialmente os princípios do SUS.

A iniciativa de pensar e elaborar o PACS foi do Ministério da Saúde, em 1991, por meio do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde. A ideia de trabalhar com Agentes Comunitários de Saúde surgiu pela primeira vez em uma reunião do grupo de direção da Fundação Nacional de Saúde sob a presidência da enfermeira sanitarista Isabel Cristina Aparecida Stefano (Souza, 2003).

Paralelamente, o Ministro da Saúde à época, Alcení Guerra, solicitou à Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública “a elaboração de um projeto de formação de 40.000 visitantes sanitários para a rede básica dos serviços de saúde do Nordeste” (p.49). O referido projeto foi encaminhado ao Ministro, que optou pelo formato apresentado pela comissão encarregada de desenhar o PACS, pensado e elaborado pela equipe da Fundação Nacional de Saúde, assessorado por técnicos dos Estados de Goiás, Pernambuco, Ceará e Maranhão (Souza, 2003).

De acordo com Souza (2003), a escolha da Região Nordeste para iniciar a implantação do PACS foi motivada pela existência de maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria, uma vez que os municípios dessa região “abrigavam todos os males de exclusão social, dessa forma, acreditava-se que uma concentração e aceleração na implantação do PACS resultaria em maior impacto, em curto e médio tempo” (p.50).

Sendo assim, conforme descreve Souza (2003), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde teve início no Estado da Paraíba com a visita do assessor técnico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no dia 17 de junho de 1991. Na ocasião, esse técnico apresentou à Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba o resultado de uma pesquisa

realizada no Ceará sobre a qualidade de vida da população em vulnerabilidade social naquele estado. Tal estudo apresentava o quadro de saúde antes da implantação do Programa de Agentes Comunitários, possibilitando uma análise das modificações nos indicadores de saúde após o desenvolvimento do Programa, assim como seu impacto social.

Frente a esses fatos e aos encaminhamentos discutidos, foi firmado o acordo por um treinamento introdutório de seis meses, seguido de processo de formação/educação permanente (Educação Geral e para o Trabalho) baseado no modelo de “larga escala” que garantia aos ACS uma “identidade profissional” (p.62). Além disso, ficou estabelecido que o PACS poderia ser solicitado por instituições municipais governamentais ou não governamentais e deveria ser implantado em todos os municípios solicitantes; deveria existir pelo menos um profissional de saúde de nível universitário e os Agentes Comunitários de Saúde poderiam ser indicados pelas associações de moradores e ou outras entidades (Souza, 2003).

O PACS teve dois principais objetivos: promover na população, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade de cuidar da própria saúde, uma vez que esses profissionais deveriam transmitir informações e conhecimentos e também favorecer a ligação entre a comunidade e os serviços locais de saúde. Além disso, buscava-se uma intensa capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde a fim de que eles executassem trabalhos no nível primário de atenção à saúde, garantindo cuidados à população com um grau de responsabilidade compatível com sua função, de forma a contribuir efetivamente para a extensão da atenção à saúde (Brasil, 2001).

De acordo com Souza (2003), toda a estrutura e definição do PACS foi pautada nos seguintes princípios básicos:

[...] integralização das ações, descentralização gerencial, participação comunitária e radicalização no acesso/extensão de cobertura, aqui entendida como atendimento universal a toda a população (dentro de uma área adstrita), inicialmente com discriminação positiva, com a priorização das comunidades rurais e periféricas das cidades do Nordeste brasileiro (p. 68).

Além destes, a autora ainda cita outros princípios estruturantes do PACS, como a regionalização, ou seja, a descentralização do atendimento, das decisões e especialmente da organização da “rede básica de saúde” (p. 68) pela prática de atender as famílias em seus próprios domicílios, até os níveis de atenção de maior complexidade. Também cita a questão

da participação comunitária, que consiste em um espaço no qual a população tivesse instrumentos para participar e decidir no “planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação e execução dos serviços de saúde a ela oferecidos/prestados” (p. 69). Em consonância com esses princípios, o PACS compreende também o princípio da integralização das ações, buscando, por meio da presença do enfermeiro enquanto supervisor e instrutor nas unidades locais de saúde, a construção de um elo entre as comunidades e os serviços. Dessa forma, a unidade de referência consistiria em um espaço concreto para atender às demandas geradas pelos ACS, configurando-se como “elementos potencializadores da integralidade das ações” (p. 69).

É possível observar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde incorporava a luta da Reforma Sanitária e os princípios para a consolidação do SUS, na medida em que sua estratégia consistia na universalização do atendimento, na integralização das ações, na democratização da assistência e na resolutividade da atenção à saúde.

A princípio, a luta pela implantação do Programa foi árdua, considerando que essa nova forma de organização do cuidado em saúde trazia consigo inúmeras questões polêmicas. Uma delas dizia respeito à remuneração, assunto sobre o qual as opiniões divergiam bastante. Segundo Souza (2003), muitas pessoas argumentavam que o trabalho a ser realizado pelos Agentes Comunitários deveria ser voluntário, um gesto de solidariedade, de forma semelhante ao trabalho realizado pela Pastoral da Criança<sup>4</sup> naquela região. Em contrapartida, defendia-se que ser agente comunitário de saúde deveria ser uma profissão, mais um membro das equipes de saúde, conferindo ao Estado a responsabilidade pela assistência em nível primário de saúde às famílias.

Outra questão bastante discutida, apresentada por Souza (2003), foi a definição da categoria profissional que fiscalizaria o exercício profissional dos Agentes, pois esses novos atores não existiam como profissionais dentro das categorias, estruturas formais de serviços e ensinos do setor de saúde. Depois de muita análise, chegou-se à conclusão de que os ACS deveriam ser “formados” no próprio serviço, com acompanhamento direto dos enfermeiros e participação dos demais profissionais das unidades básicas de referência.

Diante dessas questões, foi estabelecido que deveria haver um processo seletivo por meio do qual os candidatos a Agentes Comunitários de Saúde fossem escolhidos tecnicamente, “com base em critérios previamente definidos e acordados entre os diferentes

---

<sup>4</sup> A Pastoral da Saúde é uma organização cívico-religiosa, sem fins lucrativos e atua em três dimensões: solidária, comunitária e político-institucional. Suas atividades se dão em âmbito nacional e de referência internacional a fim de defender, preservar, cuidar, promover e celebrar a vida de todas as pessoas, independente de quaisquer fatores de exclusão social, inclusive do credo (Pastoral da Saúde, 2013).

níveis de gestão do Programa, com a mobilização e participação das entidades/lideranças comunitárias” (Souza, 2003, p. 93).

Podemos afirmar que a filosofia do PACS trouxe concretamente para o cenário nacional a ampliação de uma agenda de trabalho que intercruza de forma permanente o componente da assistência e a promoção da saúde, provocando a revisão na prática dos profissionais de saúde, norteadas pelas competências de cada um e suas responsabilidades sociais com os indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, acelerou o exercício da participação comunitária como ato de autonomia e cidadania ativa (Souza, 2003).

## **2.2 A implantação do PSF e a incorporação dos ACSs na Atenção Básica**

O PACS é o precursor para uma nova forma de organização do cuidado em saúde. A ideia central do Programa despertou nos profissionais de níveis locais de saúde o desejo de mudar suas atitudes dentro dos serviços. A presença dos Agentes Comunitários de Saúde em cada família, participando ativamente da rotina da comunidade, em cada unidade básica de saúde, foi o passo fundamental e decisivo tanto para a superação das resistências às mudanças inerentes ao processo de mudança já em curso quanto para a obtenção de melhores resultados na atenção de saúde prestada à população.

De acordo com Souza (2003), esse programa trouxe em seu bojo a ideia de participação de toda equipe no processo coletivo de trabalho, a valorização dos profissionais em todos os níveis como condutores de gerência dos serviços, o respeito às particularidades e aos limites de cada um, a discussão e resolução dos problemas de forma ativa e integrada, a desmistificação do poder absoluto das chefias e, sobretudo, a ideia central da recuperação da “dignidade” dos serviços locais de saúde pela melhoria da qualidade do atendimento e da conquista do respeito à população.

Para a autora, esse processo implica uma efetiva reconstrução da concepção do processo saúde/doença, pois a definição das competências da equipe multiprofissional, o estabelecimento das responsabilidades individuais e coletivas de cada profissional, a coragem de sair do muro das unidades de saúde rumo às comunidades e a socialização das informações da saúde da família recolocaram para os demais profissionais de saúde, no seu conjunto, a noção de trabalho coletivo, assim como dos “objetos comuns na prevenção da doença, na promoção, recuperação e reabilitação da saúde credenciando-os para se fazerem presentes no comando e ou gerências dos serviços locais de saúde” (Souza, 2003, p.128).

Todavia, após muitas discussões, chegou-se ao consenso de que não bastava que os ACSs construíssem uma ponte entre os serviços de saúde e as famílias da comunidade; era também imprescindível que as entidades sanitárias tivessem condições para responder em tempo certo, no lugar certo e da forma certa (vinculada, humanizada, resolutiva, contínua e responsável) às reais necessidades de saúde dos seus munícipes. A partir dessa premissa, o PACS, em 1994, passa a ser redesenhado, surgindo o Programa Saúde da Família como forma de garantir a sustentabilidade dos seus princípios e diretrizes (Souza, 2003).

Conforme Rodrigues (2008), há um contexto de mudanças e transformações no modo de se pensar e fazer saúde no Brasil, que oficializa, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). O autor informa que a ESF visa a estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada, além de contribuir para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A ESF é pensada como estratégia para incorporar e reafirmar os princípios do SUS, com as especificidades de um trabalho de atenção básica. Dessa maneira, o objetivo é que a ESF seja a porta de entrada do usuário no sistema, e por essa razão, como já assinalamos, ela atua em um território específico, composto de 600 a 1000 famílias, as quais, devem ser acompanhadas por uma equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 1997).

Outros profissionais de saúde poderiam ser incorporados a essas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Recentemente, foi incluída a equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um atendente e um técnico de higiene dental.

Essa estratégia propõe a mudar o enfoque biomédico e disciplinar por um trabalho diferenciado pela atuação direta com a comunidade em seu cotidiano. A conduta profissional passa a ser mais coletiva, enfocando a família e suas relações e não mais somente o indivíduo com seus problemas.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o principal objeto de atenção, compreendida a partir do contexto no qual está inserida. Muito além de uma delimitação geográfica, o território é concebido como em espaço de relações onde a família vive, convive e se constrói.

[...] é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Brasil, 1997).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria 2.488/2011, atribui ao ACS as tarefas de trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (Brasil, 2011).

Para Souza (2003), podemos dizer que atualmente os Agentes Comunitários de Saúde contribuem na abertura de horizontes desconhecidos, fermentando ideias novas, suscitando forças revigoradas, despertando convicções solidarizantes, “ele é comunidade descobrindo os serviços, mais que isso, ele marcha em direção a outras frentes de desenvolvimento comunitário: a representação direta, efetiva na participação, consolidando a formação dos Conselhos Municipais de Saúde, outros espaços de Choque do Povo, ainda que embrionário!” (p.136).

### **2.3 Os Agentes enquanto profissionais do Cuidado**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) fornece uma nova base para articulações intersetoriais, além de promover a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens na cena da assistência à saúde. Com essa nova organização, a sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde-doença ganha nova intensidade com a crescente ênfase dada à promoção da saúde. Desse modo,

[...] quadros como o da vulnerabilidade resgatam os aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, chamando à interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento; a vigilância da saúde incorpora novos objetos e tecnologias e, especialmente, propicia um intenso protagonismo comunitário na definição de finalidades e meios do trabalho sanitário (Ayres, 2004, p. 90).

O autor enuncia que é fundamentalmente nessas questões que se apresenta a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, “a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar” (p. 86) quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar esse estado.

Nesse contexto, é válido ressaltar que a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde, inicialmente com o PACS e agora com a ESF, tem por missão não substituir os profissionais de saúde, mas sim inaugurar um novo modelo de atenção à Saúde, valorizando a presença da comunidade nos seus espaços, e compreendendo a enquanto ator social e co-responsável pelo processo saúde-doença. Sendo assim, observamos que os Agentes Comunitários de Saúde vêm, ao longo dos últimos anos, atuando na articulação permanente entre os indivíduos, famílias e comunidades e Sistema Local de Saúde. Como atesta Souza (2003), “não apenas como parte integrante, no sentido tecnocrático, mas principalmente restabelecendo um sentimento de pertencer e cuidar do seu patrimônio, sua saúde e sua vida” (p. 122).

Sabemos que as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde têm como suporte básico o processo de educação comunitária ou de autoeducação, entendida como prática política, processo solidarizante através do qual indivíduos e grupos de uma comunidade se engajam na busca da identificação de seus problemas, impasses e carências. Simultaneamente, os sujeitos mobilizam os recursos existentes para responder às necessidades detectadas. Em outras palavras, eles entendem os seus problemas, mas valorizam seus potenciais, na perspectiva de desenvolver-se de forma integrada e sustentável (p. 105). Dessa forma, o

[...] processo de aprendizagem do Agente comunitário de saúde não implica apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde, pois se faz necessário

que o mesmo compreenda sua comunidade, entenda seus problemas e a estimule a modificar a sua relação com a saúde [...] (Brasil, 1991).

Sendo assim, o ofício do ACS pressupõe outra ótica sobre o cuidado e o cuidar, uma vez que sua prática tem como foco a saúde, e quando se vê diante da doença, sua ação será a de cuidar do doente e da sua família e não da doença em si. A intervenção do ACS não tem o papel de curar, e sim de cuidar, aproximando-se do universo dos sujeitos com os quais lida, considerando a sua integralidade e atuando para a promoção de saúde.

Nesse sentido, Ayres (2004) salienta que embora as ciências biomédicas ocupem lugar fundamental e insubstituível, pelo tanto que já avançaram na tradução de demandas de saúde no plano da corporeidade, ao atentarmos à presença do sujeito na formulação e execução das intervenções em saúde precisamos de conhecimentos que nos instruem também a partir de outras perspectivas.

Conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia podem ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais se interage nas e pelas ações de saúde. “Muito em particular, o recorrer a estas outras esferas do saber é essencial para superar a perspectiva individualista que exerce tão forte influência em nossas práticas de saúde, desde suas raízes gregas” (p. 87).

Para Ayres (2006), um Cuidar efetivo exige a presença ativa do Outro e interações intersubjetivas ricas e dinâmicas; exige ainda que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. Faz-se necessário, então, superar a conformação individualista rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e também enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes.

Essas mudanças, de acordo com o autor, constituem novas interfaces dialógicas com enormes potenciais para os sentidos de reconstrução das práticas de saúde. Resta-nos agora o não pequeno desafio de fazer com que os novos discursos trazidos por e com essas recentes proposições permitam, efetivamente, reconstruir nossas práticas de saúde para que possamos sempre mais chamá-las de Cuidado.

### 3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*O diálogo entre práticas metodológicas é, certamente, um exercício saudável mas, reconhecemos, difícil: ele exige, além de ousadia, reflexão apurada sobre fundamentos e instrumentos e, principalmente, a explicitação clara das concepções que movem o pesquisador. Pesquisar é mostrar-se. Pesquisar é um exercício para compreendermos o mundo (Garnica, 1997, p. 121).*

#### 3.1 O encontro com o Objeto

O despertar do interesse pela temática em questão deu-se por meio da formação e atuação profissional e acadêmica, especialmente da participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR).

Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, o PET - Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, e uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde é o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005 (Brasil, 2011).

Durante a atuação nesse Programa, inicialmente em nível de graduação e posteriormente pós-graduação, foi possível identificarmos entre os principais desafios enfrentados pelos profissionais da Atenção básica à Saúde a dificuldade da equipe no manejo dos “casos” que se referiam à saúde mental.

Considerando que a Reforma Psiquiátrica é um movimento relativamente recente no Brasil, com uma Política Nacional de Saúde Mental também nova, lidar com as especificidades da saúde/doença mental ainda não é fácil, haja vista que esta é cercada por mitos, preconceitos, angústias e inseguranças.

Tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Saúde Mental e da Estratégia Saúde da Família (ESF), faz-se necessário que a ESF componha a rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, oferecendo ao usuário com transtorno mental um atendimento descentralizado, em caráter primário, na busca pela Promoção da Saúde Mental.

Não obstante, a referida experiência em uma Unidade Básica de Saúde mostrou que a equipe enfrenta sérias dificuldades no trabalho com esse tipo de usuário, as quais, por seu turno, suscitam angústias entre os profissionais, entre eles os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e estes profissionais expressam de forma mais significativa dificuldades no cuidado aos usuários com transtorno mental.

Frente a essas observações, optamos por investigar como os Agentes Comunitários de Saúde dessa UBS vivenciam o seu trabalho na ESF em relação à pessoa com transtorno mental.

### 3.2 Os Participantes

O grupo escolhido para este estudo foi composto por 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todas do sexo feminino, integrantes de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Maringá, no Estado do Paraná, onde eram realizadas atividades referentes ao Programa PET-Saúde. Foi solicitado à coordenação da equipe que fizesse a divulgação da pesquisa juntamente às ACS, especialmente àquelas que tiverem mais contato com transtornados mentais, experiência essa de relevância para esta pesquisa. Sintetizamos as informações sobre as participantes no quadro a seguir:

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Tempo de Trabalho como ACS</b>	<b>Tempo de Trabalho na UBS</b>
Cristina	54 anos	Casada	Técnica de Enfermagem	6 anos	6 anos
Márcia	40 anos	Casada	Ensino Médio	5 anos	5 anos
Kely	46 anos	Casada	Magistério	7 anos	7 anos
Fátima	51 anos	Viúva	Técnica em Meio	3 anos e 6 meses	3 anos e 6 meses

			Ambiente		
Maria	35 anos	Solteira	Técnica em Meio Ambiente	6 anos	6 anos
Julia	44 anos	Casada	Ensino Médio Completo	10 anos	10 anos
Ivone	32 anos	Casada	Ensino Médio Completo	3 anos	3 anos
Jaqueline	32 anos	Casada	Técnica em Cuidador(a) de Idosos	3 anos	3 anos
Célia	28 anos	Solteira	Ensino Médio Completo	3 anos	3 anos
Fernanda	41 anos	Solteira	Ensino Médio Completo	6 anos	6 anos
Beatriz	41 anos	Casada	Ensino Médio Completo	6 anos	6 anos
Paula	39 anos	Solteira	Técnica em Enfermagem	5 anos	5 anos
Deise	41 anos	Divorciada	Técnica em Enfermagem	3 anos	3 anos
Ana	37 anos	Casada	Ensino Médio Completo	5 anos	5 anos
Raquel	58 anos	Casada	Ensino Superior Completo em História	10 anos	17 anos

Aos participantes foram dados nomes fictícios a fim de preservar o sigilo sobre a identidade dos mesmos e ao mesmo tempo aproximá-los da realidade dos leitores.

É importante acrescentar que o Município de Maringá conta, conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em fevereiro de 2013, com 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 66 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e cada equipe

possui em média 05 Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), 07 equipes do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), 01 Centro de Atenção Psicossocial Crianças e Adolescentes (CAPSi), 20 leitos na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal, sendo 10 femininos e 10 masculinos e 01 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

### **3.3 Os Procedimentos para a coleta de dados**

Para a realização desta investigação utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista aberta. Para a qual solicitamos e obtivemos autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR através do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS). Em seguida, submetemos o projeto de pesquisa ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Uma vez aprovado o projeto em seus aspectos éticos, iniciamos a abordagem às possíveis participantes da pesquisa. Marcamos um horário para explicar-lhes o trabalho, e para as colaboradoras que aceitaram participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado a fim de registrar o seu conhecimento sobre os objetivos da pesquisa e seus direitos como participantes. Após tais procedimentos, agendamos as entrevistas.

A entrevista contou com uma parte inicial de identificação dos sujeitos, e em seguida formulamos uma questão norteadora que possibilitou a livre expressão das entrevistadas a respeito do tema. A questão norteadora, de caráter abrangente, foi a seguinte: *Como é para você atender os usuários com transtorno mental e a suas famílias?* Com essa questão, objetivamos conseguir que as entrevistadas falassem de seu mundo-vivido, de forma a mostrar sua experiência cotidiana, da forma como se desenrola. Contudo, organizamos um roteiro para sondar aspectos que julgamos relevantes para a pesquisa, caso estes não surgissem nas falas ou se os relatos fossem muito sucintos.

Para não perdermos o conteúdo das falas das participantes, gravamos as entrevistas em áudio digital, todavia esses arquivos de áudio foram descartados (deletados) após a conclusão do estudo. As entrevistas foram transcritas integralmente, constituindo-se em fonte de dados para uma análise qualitativa na perspectiva fenomenológica acerca do objeto da pesquisa.

### **3.4 O Método Fenomenológico de Análise dos dados**

### 3.4.1 A Pesquisa Qualitativa de abordagem Fenomenológica

Quando tratamos de pesquisa qualitativa fenomenológica, referimo-nos à Fenomenologia, que segundo Martins e Bicudo (1989), consiste em “um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos" (p.15).

De acordo com os mesmos autores, o significado de fenômeno vem da expressão grega *fainomenon* e deriva-se do verbo *fainestai*, que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Assim, *fainomenon* significa aquilo que se mostra, que se manifesta. *Fainestai* é uma forma reduzida que provém de *faino*, que significa trazer à luz do dia. *Faino* provém da raiz *Fa*, entendida como *fos*, que quer dizer luz, aquilo que é brilhante. Em outros termos, significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo. *Fainomena* ou *fenomena* são o que se situa à luz do dia ou o que pode ser trazido à luz. Os gregos identificavam os *fainomena* simplesmente como *ta onta* que quer dizer entidades. Uma entidade, porém, pode mostrar-se a si mesma de várias formas, dependendo, em cada caso, do acesso que se tem a ela (p. 21-2).

Tendo surgido como método para fundamentar tanto as ciências quanto a própria filosofia, a Fenomenologia tornou-se movimento filosófico, fornecendo as concepções básicas subjacentes ao método. Conforme Garnica (1997), a fenomenologia assume faces específicas e transforma-se. Husserl, Heidegger, Ricoeur, Merleau-Ponty e Gadamer estão entre os que têm se valido do método fenomenológico e da Fenomenologia (p.115).

Enquanto escola de pensamento contemporâneo, a fenomenologia possui como precursor Franz Brentano (1838-1917), sendo, no entanto, o filósofo Edmund Husserl (1859-1938) quem formulou as principais linhas dessa abordagem e que abriu caminho para outros pensadores contemporâneos como M. Heidegger, K.Jaspers, J.P. Sartre, M.Ponty, dentre outros (Coltro, 2000).

O método fenomenológico, para Coltro (2000), caracteriza-se pela ênfase ao mundo da vida cotidiana, um retorno à totalidade do mundo vivido. Esse método possui uma abordagem que não se apega tão somente às coisas factualmente observáveis, mas visa a buscar seu significado e contexto com um refinamento e previsão sempre maiores, utilizando-se de procedimentos que levam a uma compreensão do fenômeno por meio de relatos descritivos da

vida social e que, conforme Martins e Bicudo (1989), são particularmente utilizados pelos pesquisadores quando voltados para os fundamentos filosóficos de algum fenômeno.

Coltro (2000) assevera que na fenomenologia, o ego do pesquisador é o maior instrumento para a coleta de dados. E o pesquisador “não procura a evidência como ela se dá em si mesmo enquanto originária, mas ao invés disto abre horizontes pela descoberta das pressuposições a respeito do fenômeno” (p. 38). Essa nova postura implica na recusa dos mitos da neutralidade e da objetividade da ciência e faz com que o pesquisador reveja os “próprios valores e atitudes que contribuem para a manutenção do *status quo* atual” (p.38).

Frente a isso, o autor esclarece que não existe um método, mas sim uma postura fenomenológica, que consiste em uma atitude de abertura do ser humano, no sentido de estar livre de conceitos e definições apriorísticas a fim de compreender o que se mostra, buscando questionar aquilo que está estabelecido como critério de certeza, assim como os seus fundamentos. Sendo assim, ele propõe que um método deve ser chamado de fenomenológico quando se detém exclusivamente nos fenômenos que pretende estudar, quando visa a “trazer à luz de modo cada vez mais diferenciado, o que se mostra dos próprios fatos observados, o que apresenta por si mesmo ao observador e ouvinte” (p. 39).

O estudo do fenômeno permite questionar e discutir os pressupostos tidos como naturais, óbvios, da intencionalidade do sujeito frente à realidade de sua ação. Sendo assim, a pesquisa fenomenológica parte da compreensão do viver e não de definições ou conceitos e é uma compreensão voltada para os significados do perceber.

Na concepção de Coltro (2000), esse método tem como objeto de investigação o fenômeno, ou seja, o que se mostra a si e em si mesmo tal como é. O método adota como principal instrumento de conhecimento a intuição, tendo em vista que, segundo Husserl, as essências são dadas intuitivamente. “Esta intuição pode ser compreendida como uma visão intelectual do objeto do conhecimento, onde visão significa uma forma de consciência na qual se dá originalmente algo – é o fundamento último de todas afirmações racionais” (p.39).

Garnica (1997) propala que Husserl, ao romper com os tradicionais modos de filosofar, toma como máxima o “ir às coisas mesmas” donde os princípios dessa fenomenologia não se pautassem em posições prévias, mas exprimissem aquilo que é dado diretamente na consciência. O objetivo disso tudo é a compreensão, o conhecimento do mundo, de forma que o “voltar-se às coisas mesmas” acaba reduzido “ao voltar-se para o conhecimento ele mesmo”. (p.113).

Por essa razão, faz-se necessária uma depuração dos significados das palavras, que com o tempo e o uso constante são mais obscurecidas que elucidadas. “Ficam estabelecidas,

nessa procura de clarificação da linguagem para a apreensão do sentido último da existência humana, as existenciálias do ser” (Garnica, 1997, p.114). Para o autor, o ser é existencial e, primordialmente, afetividade, comunicação e compreensão.

Lançado no mundo, o homem percebe-se e torna-se humano no contato com os outros humanos, afetado pelo que desse convívio descortina. Comunica suas *experienciações*, compreende o mundo não como uma forma de apreendê-lo objetivamente, mas como um ato de descortiná-lo (p.114).

Nesse método, o pesquisador busca apreender aspectos do fenômeno por meio do que dele dizem outros sujeitos com os quais vive, interrogando-os de modo a focar seu fenômeno. Coltro (2000) quando os outros descrevem aspectos do fenômeno, eles os descrevem como os percebem, no desejo de comunicar suas percepções. A descrição pressupõe uma audiência que não conhece o descrito mesmo quando já exista entre pesquisador e pesquisado uma primeira aproximação, pois é sempre certa a impossibilidade de comunicação plena da experiência subjetiva.

O autor acrescenta que o que é dito na descrição aponta para a vivência do fenômeno que se quer compreender, e a compreensão desse fenômeno fica tanto mais clara quanto maior for o esforço de perscrutá-lo em análises. É a trajetória cujo itinerário é dado pela busca "às coisas mesmas", iniciado pelo movimento de *epoché*, no qual o fenômeno é posto em suspensão, quando o pesquisador se despe de referenciais teóricos prévios. “Ficam, é claro, os pressupostos vivenciais – ou o pré-vivido, pré-reflexivo –, que ligam pesquisador e pesquisado, o que impede o cômodo distanciamento que possibilita a neutralidade” (p. 116).

A proposta fundamental de Husserl, corroborando Garnica (1997), era a da construção de uma ciência do rigor – a Fenomenologia – que se diferenciasse da "atitude natural". A ciência natural é "ingênua no que diz respeito a seus pontos de partida. Para a autora, a natureza do que deve ser investigado está simplesmente *lá*" (Husserl apud Garnica, 1997; p.158). A Fenomenologia, tida como ciência do rigor, é rigorosa por não conter nenhuma afirmação que não esteja absolutamente fundamentada ou plenamente justificada, e tal fundamentação ou justificação não pode ser pautada em pressuposições aceitas como se fossem dadas: tudo deve ser intensamente investigado (Garnica, 1997).

Conforme Amatuzzi (2009), um conceito da fenomenologia importante a se considerar na pesquisa é o de mundo vivido, experiência pré-reflexiva, mundo que nos é dado antes de elaborarmos conceitos sobre ele. Segundo o autor, é do mundo vivido que nascem nossos

pensamentos. Não se trata da natureza enquanto realidade objetiva, tal como a estudada pela ciência positivista, mas sim “do mundo que se dá na relação, que se mostra como fenômeno primeiro e que pode ser depois elaborado no pensamento” (p. 95). Conhecer esse mundo é, então, conhecer nosso estar nele, conhecer nossas relações. A natureza enquanto realidade objetiva é uma abstração a partir do mundo vivido. “O conhecimento deste nos inclui e, portanto, dá-se a partir de nosso estar e agir no mundo. Esse mundo – o mundo vivido – é o pressuposto da ciência” (p. 95).

Para uma visão mais completa, AmatuZZi (2009) destaca que é necessário, acrescentar, nessa compreensão acima apresentada, que o contexto da experiência é interpessoal, ou seja, nascemos em um grupo humano e vivemos junto a outros. O mundo vivido nos é dado também socialmente; ou seja, surge a intersubjetividade. “O modo fenomenológico de pensar caracteriza-se pela consideração da experiência intencional no encontro das subjetividades envolvidas com o mundo” (p. 96).

Enquanto pesquisa, na visão do autor, esta deve começar com um encontro com o fenômeno em alguma situação concreta; isso corresponde à coleta de dados de qualquer pesquisa científica. “Pode ser feita sob a forma de entrevistas, observação participante ou pesquisa de intervenção, por exemplo” (AmatuZZi, 2009, p. 97). O pesquisador recolhe informações não apenas a partir de sua reflexão pessoal sobre sua experiência enquanto expressiva da experiência comum da humanidade, mas também recolhe informações sistematicamente, entrando em alguma situação previamente escolhida ou de alguma forma planejada. “Desde o acesso a esses dados da experiência subjetiva ou a essas vivências, o enfoque já é fenomenológico, e os dados, bem como seus significados, formam um todo” (AmatuZZi, 2009, p. 97).

### 3.4.2 *A Intencionalidade da Consciência*

Para compreender a proposta do método fenomenológico, é necessário entender o conceito de Intencionalidade da Consciência, pois para a fenomenologia, o Eu não existe se não na relação com o mundo.

Na fenomenologia, a intencionalidade ou referência intencional da consciência do pesquisador é tida como fato primário e irreduzível e apresentada como uma direção do fluxo da consciência, refletida em uma vivência intencional que se concretiza pelos atos voltados ao seu objeto de indagação (Coltro, 2000).

A fenomenologia não descarta a Intuição Originária, tal como proposta por Descartes; entretanto, como aventa Silva (2009), ao conceber o *ego* como uma substância que é o ponto de partida para todo conhecimento, “Descartes desconsiderou toda a relação do Eu com os objetos, que é, na verdade, a fonte de todo conhecimento e raciocínio”(p.46), ou seja, o Eu apenas existe na relação com seus objetos.

Em contraposição a Descartes, que afirmava ser o “Eu penso” a fonte de todo o conhecimento, Husserl (1994, citado por Silva, 2009) afirma que quando eu penso, penso sobre alguma coisa. Sendo assim, em consonância com a autora, “não há um pensamento desprovido de uma relação com os objetos. Na verdade, são estes objetos que ao relacionarem-se comigo, constituem o meu Eu” (p. 47), de forma que pensar é sempre pensar em algo.

De acordo com Silva (2009), a proposta de Husserl consiste em voltar às coisas mesmas, ou seja, retornar às intuições mais originárias, visto que é delas que emerge todo o conhecimento. Para a autora, voltar às coisas mesmas significa o “retorno daquilo que nos aparece como algo experimentado, vivido, conhecido, mas que não é dado como algo existente no mundo. E todas as coisas que aparecem à consciência de modo puro após a *epoché* fenomenológica são os fenômenos” (p. 47).

Sendo assim, o objetivo da fenomenologia, na acepção da autora, é investigar como o fenômeno apresenta-se à consciência. “E a consciência é sempre consciência de alguma coisa, ou seja, é aquilo que dá sentido às coisas” (p.48), uma vez que “as coisas em si não têm sentido, nós é que as interpretamos, ou seja, é somente na consciência que as coisas têm sentido” (p.49). Desse modo, a consciência está sempre direcionada para um objeto, o qual só pode ser definido em relação a uma consciência; ele é sempre objeto-para-um-sujeito. Dessa maneira, é possível afirmar que é a consciência que dá sentido as coisas. A consciência é sempre consciência de um objeto e o objeto é sempre objeto para um sujeito.

Silva (2009), atesta que o fato de os fenômenos aparecerem sempre a uma consciência, considerando que tudo o que existe está na relação entre os objetos e a consciência do sujeito, possibilitou a Husserl romper com a dicotomia da atitude natural que afirmava a existência de um mundo exterior e de um mundo interior.

Nesse sentido, a intencionalidade representa esse direcionamento em relação ao objeto, pois “a consciência é sempre consciência de alguma coisa e o objeto é sempre para uma consciência. Sem essa relação consciência-objeto não haveria nem consciência nem objeto” (Silva, 2009, p. 48).

É a partir dessa correlação entre a consciência e o objeto que o sujeito pode fazer uma descrição geral sobre os objetos particulares e sobre a sua direção correlativa. Nesse âmbito, “a descrição sobre o aspecto da experiência vivida pelo sujeito em relação o objeto pelo sujeito é denominada por Husserl de noemática. Já as modalidades da consciência, como a percepção, a recordação, a memória mediata e suas diferenças modais, são chamadas de noética” (Silva, 2009, p. 48).

É a vivência desses objetos na consciência que Husserl se propõe a analisar e descrever. “Para Husserl, o caráter essencial da consciência é ser consciência de alguma coisa e, como vimos, é somente neste estado intencional que os sentidos dos objetos são formados” (Silva, 2009, p. 49).

A esse respeito, Coltro (2000) esclarece que as investigações fenomenológicas mostram a consciência do sujeito através dos relatos, de suas experiências internas, e trata de viver em sua consciência, por empatia, os fenômenos relatados pelo outro. Essa empatia, de acordo com Martins e Bicudo (1989), “[...] é uma essência que não se dá primordialmente àquele que percebe, mas é um ato intencional – empatia é uma penetração mútua de percepções” (p. 53).

### 3.4.3 A Redução Fenomenológica (*Epóche*) / Redução Eidética

A redução fenomenológica é, segundo Silva (2009), o meio para se chegar a uma filosofia radical e sem pré-conceitos. “Esta redução consiste em colocar toda a existência do mundo dado pela atitude natural entre parenteses, porque dele não podemos extrair nenhuma verdade apodítica” (p.46). Para a autora, na atitude natural os sujeitos estão voltados para o mundo no qual se encontram e admitem que todas as coisas presentes no mundo possuem uma existência em si, ou seja, “existem independente do sujeito que as percebam, embora possamos representá-las na consciência” (p. 46).

Guarnica (1997) entende que a redução é um procedimento para induzir os sujeitos a um particular estado da mente em que nenhuma concepção adequada pode ser formada por quem não operou com sucesso a redução. Para este autor, a redução fenomenológica, definida como parte fundamental do método fenomenológico, é vista como uma mudança de direção do olhar normalmente dirigido aos entes.

A redução ou *epoché*, conforme Coltro (2000), é caracterizada pela busca do fenômeno enquanto algo “puro”, livre o mais possível dos elementos pessoais e culturais, e

que, “por conseguinte, promoverá o alcance da essência, ou seja, daquilo que faz com que o objeto seja o que é e não outra coisa” (p. 43).

Sendo assim, nada do plano da atitude natural estará presente na esfera fenomenológica, porque a redução fenomenológica inibirá qualquer possibilidade de conhecimento teórico prévio, abrindo caminho para uma ciência diferente, onde “se fala tematicamente apenas de vividos e dos modos de consciência e daquilo que é visado, mas apenas enquanto visado” (Guarnica, 1997; p. 119).

O método fenomenológico trata de desentranhar o fenômeno, pô-lo a descoberto, desvendá-lo para além da aparência, apegando-se somente ao que é vivido na experiência, buscando não os fatos em si mesmos, mas seus significados para quem os vivencia.

Nesse aspecto, o enfoque metodológico proposto para esta pesquisa demanda, inicialmente, um afastamento da vivência imediata do pesquisador na busca de uma aproximação daquilo que se dá, procurando “enumerar todos aqueles aspectos que são indispensáveis para ficarmos sabendo que fenômeno é este; não omitir nenhum aspecto que realmente integra a estrutura do fenômeno; estabelecer relações tanto no interior da estrutura fenomenal como entre a estrutura e seu contexto” (Coltro, 2000, p. 44). Faz-se necessário, corroborando o autor, buscar as principais características do relatado que possam servir de indicações que levam aos aspectos fenomênicos focados no estudo, referindo-se então ao que é percebido daquilo que se mostra.

Cabe destacar que, segundo Martins e Bicudo (1989),

[...] a pesquisa fenomenológica está dirigida para significados, ou seja, para expressões claras sobre percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as percebe [...] ele não está interessado apenas nos dados coletados, mas nos significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados/observados (p. 97).

Nesse sentido, é válido acrescentar que, na coleta de dados, de acordo com os autores acima citados, para a análise do fenômeno situado é necessário que o pesquisador coloque diante dos seus olhos o fenômeno que está investigando a fim de alcançar a descrição da experiência e do mundo vivido dos sujeitos que são seus objetos veiculadores de pesquisa, de modo que consiga “penetrar até a evidência das experiências do mundo vivido, primordialmente dado ao sujeito, inicia com o seu campo perceptual que se lhe oferece a todo momento” (Martins e Bicudo, 1989, p. 97).

Esse autor enuncia que na relação face-a-face aprende-se diretamente o outro e, com o passar do tempo, permite-se que se conheçam os conjuntos típicos dos motivos que levam à ação de alguém. Essa relação face-a-face é a mais propícia para isto; ela confere ao mundo que está à disposição do sujeito um caráter intersubjetivo e social (Martins e Bicudo, p. 40).

Frente ao exposto, em concordância com Guarnica (1997), a redução fenomenológica tem um grande trabalho a desempenhar. Entre as tarefas para as quais ela é chamada estão as seguintes:

Primeiro, ela deve nos deixar aptos a escapar do naturalismo, ligando-nos a um ponto de vista transcendental. Segundo, ela será, ao menos em parte, a garantia do rigor, o que nos colocará em posição de fazer afirmações absolutamente fundadas. Finalmente, e talvez o mais importante para Husserl, a redução tornará acessível à *região* cujos componentes deverão ser explorados pela filosofia (Guarnica, 1997, p. 118).

### **3.5 Procedimentos para a Análise dos Dados**

Frente à proposta metodológica, após recolher as descrições do fenômeno a partir da experiência vivida por seus sujeitos, iniciamos a análise dos dados. Tal processo, de acordo com Guarnica (1997), subdivide-se em duas etapas: a análise Ideográfica e a análise Nomotética.

Para o autor, a análise Ideográfica busca tornar visível a ideologia presente na descrição ingênua dos sujeitos, podendo para tanto lançar mão de ideogramas ou símbolos expressando ideias. Nessa etapa, o pesquisador procura por unidades de significado, o que faz após várias leituras de cada uma das descrições. As leituras prévias fazem parte de uma primeira aproximação do pesquisador em relação ao fenômeno, em uma atitude de familiarização com o que a descrição aponta.

As unidades de significado, segundo Guarnica (1997), são recortes julgados significativos pelo pesquisador entre os vários pontos aos quais a descrição pode levá-lo. “Para que as unidades significativas possam ser recortadas, o pesquisador lê os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno, que é olhado de uma dentre as várias perspectivas possíveis”. (p. 117).

Todavia, salientamos, citando Martins e Bicudo (1989), que as unidades de significado não estão prontas no texto, essas só existem em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador.

Para Garnica (1997), a análise dos dados deve ancorar-se nessas unidades de significado, que depois de recolhidas serão transcritas para a linguagem do pesquisador, “num discurso mais próprio da área na qual a pesquisa se insere” (p.117). A partir das compreensões que resultaram dessa seleção das unidades de significado e das próprias unidades, o pesquisador deve agrupá-las em categorias abertas, por meio de reduções. Tais agrupamentos, na visão do autor, formam uma síntese dos julgamentos consistentes, obtidos através das descrições ingênuas dos sujeitos.

Feitos os agrupamentos tal como proposto, o autor sugere que o pesquisador inicie a segunda fase da análise, a Nomotética, que é quando a investigação dos individuais, feita pelo estudo e seleção das unidades de significado e posterior formação das categorias abertas, é ultrapassada pela esfera do geral.

Segundo Martins e Bicudo (1989), "A ciência empírica despreza a análise ideográfica, dando preferência, indiscutivelmente, à análise Nomotética" (p.106). Enquanto que na análise qualitativa “a abordagem Nomotética, apenas, é praticamente impossível, pois os dados com que vai lidar provêm da análise ideográfica ou estrutura psicológica individual" (p.106).

A análise nomotética é feita com base na análise das divergências e convergências expressas pelas unidades de significado, estando vinculada, ainda, a interpretações que o pesquisador faz para obter cada uma dessas convergências ou divergências. Disso, novos grupos são formados e, em um processo contínuo de convergências e interpretações, sempre explicitadas, novas categorias abertas, mais gerais, vão-se formando. “As generalidades resultantes dessa análise iluminam uma perspectiva do fenômeno, dado seu caráter perspectival” (Garnica, 1997, p.117).

Dessa forma, a análise deve caminhar em direção a uma articulação desses eixos em um texto unificado e consistente, texto este que corresponde ao resultado da pesquisa ou à síntese do material concreto, visto que com esse resultado diante de si o pesquisador inicia a construção de uma interpretação mais abrangente do fenômeno, de forma a elaborar uma possibilidade de compreensão que supere as situações individuais ou particulares de onde partiu a pesquisa, alcançando assim o seu objetivo: compreender o fenômeno.

Subsidiados, então pela orientação metodológica do pensamento fenomenológico, realizamos a análise e discussão dos dados a partir da definição de 10 unidades de significado que, a nosso ver, melhor descreveram a vivência de trabalho dos agentes de saúde em relação à pessoa com transtorno mental. A partir disso, elaboramos uma compreensão a respeito, a qual será apresentada nos dois próximos capítulos.

## **4 O QUE DIZEM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O SEU TRABALHO JUNTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL**

Neste capítulo, pretendemos iniciar a apresentação dos resultados da pesquisa: a sistematização dos dados recolhidos a partir do relato dos ACS acerca de sua experiência no trabalho com pessoas com transtorno mental. Iniciamos com a análise ideográfica, conforme anunciamos no capítulo 3, quando descrevemos a metodologia. Nesta análise, o objetivo é tornar visível a ideologia presente nas descrições ingênuas dos sujeitos, ou seja, revelar aquilo que faz sentido para os sujeitos, conforme seus próprios relatos.

Lembramos que na perspectiva fenomenológica, por princípio, aceita-se que esse revelar de sentidos se dá por meio da compreensão e interpretação que o pesquisador tem da experiência dos sujeitos. Como vimos, a coleta de dados, mediada pelas entrevistas, foi um momento de encontro entre pesquisado e pesquisador, em que ambos, intersubjetivamente, convergiram, intencionaram o mesmo objeto que preenchia, naquele momento, o campo experiencial de ambos, qual seja, a vivência daquele sujeito, colaborador da pesquisa, no seu trabalho com a pessoa acometida por transtorno mental. No momento da análise ideográfica, o pesquisador busca realizar a redução eidética (*epoché*), ou seja, procura livrar-se de pré-conceitos, de suas próprias teorias sobre o objeto pesquisado a fim de impregnar-se o mais possível da experiência do sujeito entrevistado, atendo-se a sua própria experiência com os sujeitos da pesquisa. Somente em um segundo momento é que essa experiência será analisada e comparada ao conhecimento produzido na área previamente levantado e sistematizado nos primeiros capítulos do relato desta pesquisa.

Assim, a partir das várias leituras das entrevistas que foram realizadas para que o pesquisador se imbuísse da experiência dos sujeitos, esta foi expressa em termos de unidades de significado, pelas quais se procurou anunciar aquilo que de mais revelador apareceu no relato dos sujeitos acerca de seu trabalho com pessoas com transtornos mentais.

Nossa análise resultou em dez unidades de significados, assim denominadas: 1) O transtorno mental é uma doença que precisa de tratamento, 2) A Experiência Pessoal Transforma o entendimento acerca do transtorno mental, 3) Os usuários com transtorno mental necessitam de cuidados diferenciados, 4) A confiança é um vínculo fundamental, 5) A ausência de um Trabalho em Rede, 6) As dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho, 7) A falta de adesão dos usuários ao tratamento, 8) Dificuldades e desafios da profissão, 9) Formação e capacitação profissional e 10) A falta de recursos humanos.

#### 4.1 O Transtorno Mental é uma doença que precisa de tratamento

O que é o Transtorno Mental? Esta é uma questão que permeia o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Nas falas dos Agentes, identificamos as seguintes definições ou entendimentos a respeito do que seja o transtorno mental:

- É uma doença como qualquer outra;
- É um problema de cabeça, do cérebro (alguma coisa para de funcionar, falta de neurônio, desequilíbrio);
- É uma doença da alma; uma doença emocional;
- É um modo de ser para se fugir dos problemas;
- É uma doença que não se pode controlar (no sentido que dá para se prevenir);
- É uma doença que precisa ser tratada, quanto antes, melhor.
- É uma doença cujo tratamento é medicamentoso (controle);
- É uma doença que não leva à morte, nesse sentido há doenças piores;
- É uma doença difícil para a família, que também precisa ser tratada;
- É uma doença que tem várias causas: externas, relacionadas à violência, a perdas; internas (tristeza, dificuldade de se adaptar a situações, fixação nos sofrimentos, hormonais); congênitas (desde a “barriga da mãe”);
- É uma doença que tem sintomas (ver coisas que os “normais” não veem, viver em uma realidade “irreal”, enxergar as coisas distorcidas);
- É uma doença variada; há vários tipos de transtornos mentais: mais leves e mais graves – depressão, falar demais, dificuldades de comunicação, falta de juízo, bipolar, mudança repentina de humor);
- É uma doença difícil de lidar (com a pessoa com transtorno mental).

Em vários momentos, os Agentes revelaram como entendem o transtorno mental, conforme podemos observar pelos excertos que escolhemos apresentar como os mais representativos.

Para alguns, o transtorno mental aparece na ordem natural das coisas, como qualquer outra doença a que o homem está sujeito, e em certos casos são menos graves que determinadas doenças, como o câncer. Julgam que o transtorno mental não é uma doença pela qual a pessoa acometida chega a morrer. Contudo, uma dificuldade é que não é possível prevenir/controlar o aparecimento do transtorno mental, não se tem como impedi-lo de

aparecer, até porque suas causas podem ser variadas. Porém, é uma doença que tem controle dos sintomas, que pode ser controlada por medicamentos.

[...] eu entendo como uma doença, assim, uma doença qualquer, que não se pode controlar e que muitas vezes elas tem um fundo, um porquê [...] maus tratos, violência. [...] não acho nada assim de outro mundo, é uma doença como outra qualquer. (Cristina)

Nossa, é uma doença, e tem que ser tratada. Eu vejo que transtorno mental sempre tem um medicamento para controlar um pouco, então tem um tratamento que funciona, que controla a doença, eu acho que a pessoa sofre mais com câncer, por que aí não tem cura, é muito pior. Tem doença que é triste, mas é menos, doença mental, diabetes, essas coisas têm controle, a pessoa sabe que não tem como evitar ficar pior, câncer não, a pessoa às vezes pode fazer o que for, que não tem jeito (Kely)

Os Agentes consideram que são sintomas do transtorno mental alucinações visuais, distorção da realidade, falar muito, ficar muito quieto, tristeza, dificuldade na comunicação interpessoal.

[...] é uma doença que precisa ser tratada o quanto antes. E a família também precisa ser tratada, senão eles não aguentam. [...] eles veem assim bichos subindo nas paredes, nas pessoas, acham que os bichos querem pegar eles, coisas assim que não existem, que ninguém vê, só eles [...] eles “viajam”, mesmo que não tenham bebido e nem nada. E aí, às vezes eles pega e mente, contam mentira. Mas para eles, aquilo é verdade, mas na verdade é mentira. Tem umas coisas assim, que eles fazem e a gente acha que não é normal, mas para ele é. Entende? (Márcia)

Eu acho que vai desde as coisas mais simples, até chegar naquelas mais complicadas. Por exemplo, falar demais, a pessoa começa a falar, e a explicar, explicar, e não para mais, pode ser um transtorno, e também se ficar quieto demais, calado, a depressão é um transtorno, a tristeza é um transtorno, a falta de comunicação com os colegas né, hoje você chegar no seu trabalho e cumprimentar todo mundo e amanhã chegar e nem olhar para a cara, é um transtorno também, eu acho. Não conseguir chegar aqui e deixar teus problemas no portão, ou não conseguir deixar aqui os problemas do

trabalho e levar isso para dentro de casa também é um transtorno, e isso acontece, hein, muitas vezes, muitas. (Fátima)

[...] no meu ver, ela tem um probleminha desde quando ela nasce, desde da barriga da mãe, ela não consegue ligar, daí ela transforma num... num... nossa ... numa tempestade, que as vezes para gente é fácil, mas para ela, ela tem uma visão diferente, é um problemão, que não tem solução, ela não consegue enxergar que é fácil, ela enxerga as coisas destorcidas, e tem outros casos que eu acho que é mais grave, que eles começam a ter visões, começa a achar que tem uma coisa ali que não tem, tem esses casos mais graves, que a pessoa chega a correr risco, por que perde assim o juízo mesmo, mas o resto é menos grave, é assim mesmo, eles distorcem tudo, então se você vai falar alguma coisa, você tem que ver como fala, por que senão já entendem errado, cria uma história, e dá a maior confusão. (Maria)

Alguns concebem o transtorno mental como um sofrimento que aparece de diversos modos, tais como depressão, bipolar, doente da alma.

[...] pessoa que tem problema de cabeça, qualquer transtorno, depressão. Porque na vida, o sofrimento vem e ele vai, mas a pessoa com depressão, ela continua sofrendo por aquilo pelo resto da vida. Uma pessoa também com bipolar né, é muito complexo também, difícil de lidar, a gente não sabe como agir. (Júlia)

[...] ela não está só doente, ela está doente da alma também, por que se só o corpo adocece, mas a alma está bem, você consegue superar mais rápido, ela fica assim uma pessoa totalmente desestruturada. (Célia)

Acreditam que não haja dor física, pois o transtorno mental seria a falta de algo, a falta ou suspensão do funcionamento em parte do cérebro, o que pode desequilibrar as substâncias neuroquímicas. O tratamento, nesse sentido, serve para reparar a falta e/ou restabelecer o equilíbrio das substâncias hormonais/cerebrais.

Eu imagino que não tenha dor, eu acho né, que não tem dor, mas sei lá, uma falta de alguma coisa no cérebro, alguma coisa que parou lá na cabeça, sei lá, eu acredito que é alguma coisa que está funcionando errado dentro da cabeça, mas que

eles não têm muita dor assim, por que eles não reclamam para mim de dor, entendeu? Eu acredito que é só essa falta de, sei lá, um parafuso a menos, eu acho que alguma hora, alguma coisa para lá na cabeça e ele fica daquela forma, e depois passa, acaba tomando remédio, e, sei lá, volta ao normal, sei lá, para mim, eu acredito que não tenha dor. (Jaqueline)

[...] o transtorno mental é quando dificulta, quando atrapalha a vida da pessoa, o dia a dia da pessoa, a rotina, as coisas do dia a dia, isso aí já pode ser considerado, eu considero, um pouco o transtorno mental, [...] tem pessoas assim, que às vezes estão feliz da vida e outro dia está muito, muito nervosa, e sem motivo nenhum, pode ser um transtorno não sei, aí teria que conviver com a pessoa ali, com a família né, para poder identificar, tem vários casos assim também. A causa pode ser várias, pode ser do organismo, é uma doença com certeza, eu acho que pode ser o cérebro, alguma coisa lá dentro que deixa de funcionar direito, os hormônios da alegria fabricam demais ou de menos, aquela coisa toda lá da dopamina, que passa a produzir mais o lado ruim, a coisa ruim. (Ivone)

[...] eu acho assim que teve algum desequilíbrio no cérebro, a falta de algum neurônio que causou isso, não sei, pode ser, [...] sei lá acho que às vezes a pessoa sofre uma decepção que causou isso, não sei, acho que o sofrimento é muito grande, aí a pessoa fica assim [...]. (Beatriz)

Os fatores emocionais, envolvido em situações como decepção, perda de pessoas queridas, dificuldade de lidar com os problemas da vida são tidos como importantes na configuração do transtorno mental, sejam como causas ou como modo de ser; de um ou de outro modo, as pessoas sofrem com isso e o transtorno mental pode aparecer como um escudo que a protege ou a faz fugir de sua realidade.

[...] você vai juntando tanta coisa, tanta coisa, que uma hora você sai do seu mundo, e aí você cria um mundo que não é real, onde ninguém entra, é super limitado, e nem tudo você aceita, por que você não aceita o mundo dos outros, por que aí você acaba vendo o mundo dos outros de outra maneira, [...] o transtorno começa por causa da perda, e quando é de uma pessoa que você é muito ligado, você acaba ficando sem chão, perdido no tempo. (Deise)

[...] é uma doença, por que nem sempre a pessoa já nasce assim, né, na maioria das vezes não nasce, né, sempre tem uma situação que acontece com eles assim, que desencadeia né, então eu acho uma doença, acho uma situação, um processo de vida, uma coisa que não deu certo, que assim, do pouco que eu entendo. (Paula)

[...] acho que é o emocional né, eu acho que é um transtorno emocional, eu acho que são situações, pelo que eu entendo, situações da vida de cada um de nós, situações difíceis que nós passamos e que a gente não consegue resolver, então de uma certa forma a gente procura fugas, né, fugas para tentar resolver o problema, às vezes de vícios, então dependências, e aí eu penso mais ou menos assim, é como se fosse uma saída para aquele sofrimento que a pessoa está vivendo, então é mais assim o interior mesmo, são situações emocionais do nosso interior, que a gente precisava conseguir resolver, tem fugas, então nós não conseguimos encontrar assim, no caso, a ajuda, e a gente fica se escondendo através de fugas, dessas situações, através de vícios. (Fernanda)

#### **4.2 A Experiência Pessoal Transforma o entendimento acerca do transtorno mental**

A fala dos Agentes Comunitários indica que o entendimento que eles têm de transtorno mental é permeado pelas suas próprias vivências; muitos deles relataram que a experiência pessoal com o transtorno permitiu que eles ressignificassem esse conceito. Depois de terem uma experiência pessoal ou a de um familiar com o transtorno mental, as ACSs revelam terem alteradas suas concepções e crenças acerca do transtorno mental. A partir dessas experiências:

- Aprenderam a aceitar;
- Passaram a acreditar no sofrimento da pessoa com transtorno mental (antes não acreditava, pensava que era “frescura”);
- Entenderam que estas pessoas precisam de ajuda;
- O transtorno mental é algo que foge do controle da pessoa;
- Pode acontecer com qualquer pessoa;
- Ficaram mais compadecidas com o sofrimento do outro;
- Sabem das dificuldades enfrentadas;

- Percebem que a doença mental pode ser pior do que a doença física;
- A doença mental é uma luta interna muito grande;
- Só quem passa pela situação é capaz de compreender.

Alguns dos Agentes relataram ter passado por episódios de depressão, e que essa experiência possibilitou que tivessem uma nova compreensão sobre o sofrimento psíquico, que até então acreditavam ser um exagero das pessoas que os relatavam.

[...] eu já passei por isso, eu tive depressão pós-parto [...] é uma coisa muito ruim [...] teve uma época da minha vida que eu não tinha vontade nem de levantar da cama [...] eu não pensava em mim, sabe, eu queria morrer, eu entendo assim que a pessoa que está com esse problema, ela não está nem aí com a vida dela mais, ela acha que a vida dela não tem mais sentido para nada, que a vida dela acabou, que o mundo acabou. (Joana)

[...] tinha uma pessoa depressiva, às vezes até eu achava que essa pessoa tava falando até mais do que ela estava sentindo, que não era daquele jeito que ela falava, mas aí depois de um tempo eu passei por um problema também, não sei se foi uma depressão [...] deu para perceber que a doença da mente, ela é pior do que a doença do corpo, e que realmente quem tá de fora, vê você perfeito assim não vai saber que você está com uma luta muito grande ali dentro, então realmente só quem passa mesmo, para compreender (Júlia)

A experiência dos Agentes com o transtorno mental possibilitou que se identificassem com os usuários e com as famílias, e, assim, se colocam de maneira mais sensível ante o sofrimento destes.

Ah, eu aprendi a aceitar mais a condição das pessoas [...] eu não acreditava nesse negócio de doença mental [...] eu pensava assim: “é nego que não tem o que fazer, quer se aparecer, chamar atenção”, aí, com o meu trabalho eu acabei entendendo e vendo que é uma doença mesmo, e que tem ser tratada, que tem que ajudar mesmo, que foge do controle da pessoa [...]. (Jaqueline)

[...] a gente também fica mais compadecido com o sofrimento das pessoas, por que sabe como é duro, por que quem nunca passou acha que é mais fácil do que é na verdade [...] tem uma moça que ela tem a mesma esquizofrenia catatônica, muito parecida com a da minha irmã, porque os sinais e sintomas são os mesmos dela, tem alucinação, enxerga bichos, escuta o tempo inteiro alguém falar no ouvido. (Ana)

Esse tipo de contato com o transtorno mental permitiu que os agentes pensassem sobre esse assunto, entrassem em contato com esse fenômeno humano. Alguns relataram que esse contato mobilizou sentimentos de medo, pois acreditam que qualquer pessoa está vulnerável e isso é algo assustador, conforme os dizeres que seguem:

[...] uma coisa que antes eu não pensava, que isso pode acontecer com qualquer um [...] amanhã ou depois eu posso começar andar pela rua sem rumo, ficar assim também [...] eu fico com dó da família, é lógico né, com dó da pessoa, com pena, mas eu me preocupo sempre que qualquer um pode ficar daquele jeito, do nada, assim, isso assusta um pouco. (Ivone)

[...] eu morria de medo, até hoje assim, eu tenho [...] eu não sabia que existia né, que assim, eu vivia naquele mundo meu lá, e eu vi que não era assim simples as coisas na vida. (Beatriz)

#### **4.3 Os usuários com transtorno mental necessitam de cuidados diferenciados**

Os ACSs entendem que cada tipo de usuário atendido pela Estratégia Saúde da Família tem as suas especificidades e requer cuidados específicos, o que exigem da equipe um intercâmbio com outros setores da rede prestadora de serviços. O usuário com transtorno mental é um desses, e essa especificidade aparece nas falas dos agentes, os quais citaram aspectos em relação à concepção e ao cuidado com os filhos:

- Cuidados em relação aos métodos contraceptivos
- Cuidados com os filhos em situação de risco

Um dos cuidados que os ACSs tem tido com os usuários com transtorno mental é ficar alerta em relação à contracepção. Preocupam-se com o número de filhos que usuária têm:

Mas a gente auxilia mais no sentido de prevenção mesmo, do controle de doenças. Por exemplo, a gente teve o cuidado para que elas não tivessem mais filhos, por que uma delas já tem sete filhos e é muito jovem ainda, então a gente acelerou o processo de ligadura de trompas, né. Então tudo isso a gente está vendo. E nas visitas a gente consegue perceber se elas estão alteradas, a gente já chega, já liga, já entra em contato. Assim, a gente tem bastante cuidado mesmo, elas não ficam desamparadas nem abandonadas. São famílias que requerem bastante cuidado, a gente fica mais alerta. (Cristina)

Esses profissionais também se atentam para a questão do cuidado com os filhos, que muitas vezes exige uma intervenção mais incisiva, como contato com órgãos de proteção da criança do adolescente, e, em alguns casos, o abrigamento destes, como aconteceu com uma das usuárias de seu território.

Os filhos também são uma grande preocupação para gente, ano passado a gente teve que acionar o Conselho e os filhos foram retirados dela. Agora, os dois menorzinhos já voltaram, vão para creche, mas os maiores ainda estão abrigados, vão voltar agora, quando terminar o ano letivo, aí eles retornam para casa. Aí já vai ser uma nova história. Vamos ter que observar de perto e ver como que vai ser. (Joana)

#### **4.4 A confiança é um vínculo fundamental**

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde requer que estes adentrem em seu território e desvendem as necessidades e potencialidades da população a eles delegada. E nesse caminho, especialmente no que se refere aos casos de saúde mental, os Agentes revelam que é crucial estabelecer um vínculo com as famílias para a efetivação do trabalho. Foi possível verificar que os participantes sustentam as seguintes premissas:

- Para ajudar, é necessário ganhar a confiança da família, e
- Não se deve desistir, nem levar para o lado pessoal, tem que continuar tentando.

Alguns Agentes colocam na relação com o usuário um caráter fundamental para efetivação do trabalho e afirmam que só é possível ajudar a família à medida que esta confia no profissional.

[...] elas [as usuárias com transtorno mental] confiam, tem em mim uma amiga, alguém que está ali para ajudá-las, então elas me respeitam muito. Você vai notar quando falar com as outras (ACs), que nem todo mundo consegue isso. Por que depende do caso, mas depende muito mais da sua postura com eles, com a família, você tem que ganhar a confiança da família, só assim você pode ajudar, eu penso assim. (Cristina)

Entretanto, os Agentes sabem que construir essa relação de confiança com a família não é simples, exige dedicação e perseverança.

[...] a gente chega lá e falam de longe que está tudo bem, e não deixam a gente entrar, e daí, às vezes a gente volta num outro dia e já é diferente, então tem que saber lidar com isso, não desistir, não levar para o lado pessoal e continuar tentando. Porque temos que ganhar a confiança deles, só assim para conseguir alguma coisa. O usuário tem que confiar na agente de saúde, se não, não adianta. Ainda mais esses pacientes, que já são desconfiados por natureza. (Fátima)

#### **4.5 A ausência de um Trabalho em Rede**

Para atender à demanda de saúde mental em nível de atenção básica, é necessário ter suporte dos demais pontos da rede de apoio à saúde mental para que o trabalho seja coerente e efetivo, tendo em vista que a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente os ACSs, não possui formação, nem preparação suficiente para essa demanda. Na fala dos Agentes, há uma falta de entrosamento entre os pontos dessa rede:

- Falta entrosamento entre a UBS e o CAPS e demais pontos de atenção;
- Não existem trabalhos em parceria entre os profissionais do CAPS e da UBS/ESF;
- O CAPS nunca foi até a UBS.

Os participantes sentem falta de uma relação mais estreita entre a UBS e a rede de apoio à saúde mental, o que poderia contribuir para diminuir a angústia dos Agentes, que se sentem despreparados para atuar nessa área.

[...] eu acho que falta entrosamento, sabe, com o CAPS, o Hospital Psiquiátrico, o Municipal, estes lugares. Principalmente o CAPS, fazer trabalho conjunto, em

parceria com a gente. [...] E ajudaria muito se eles participassem mais, se entrosassem mais com a gente. (Cristina)

Eu acho que eles mesmos deviam estar chamando a gente para mostrar como que faz, os cuidados que o paciente precisa, a melhor forma de proceder com ele, essas coisas. O CAPS devia fazer isso. Porque quanto mais a gente souber sobre eles e como agir, melhor. (Maria)

A maioria das entrevistadas afirma não ter contato com o CAPS, não ter a possibilidade de trabalhar em parceria nos casos atendidos, dizem não saber nem mesmo a localização no município.

A gente tem informação, existe, existe, existe, existe o CAPS, mas eu mesmo não sei nem onde ele fica, não sei nem onde que é, eles nunca vieram aqui para discutir algum caso com a gente, pelo menos nos três anos que eu estou aqui, eu nunca vi isso [...] (Jaqueline)

#### **4.6 As dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho**

Os Agentes relataram ter dificuldades em trabalhar com usuários com transtorno mental e que em muitos momentos não sabem como proceder, seja pelas peculiaridades de cada caso, pelo não conhecimento sobre esse tipo de quadro ou por questões de âmbito político-institucional. Revelam que:

- Não sabem lidar com a situação por ser diferente daquelas mais habituais (hipertensão, diabetes, doenças renais, entre outras);
- Muitas famílias, por vergonha, tentam esconder os casos de transtorno mental da equipe;
- O mais difícil é a abordagem, para que possam estabelecer uma relação de confiança com a família;
- Têm medo de sofrer agressões;
- Sentem-se frustrados por convidar os usuários a participar das atividades desenvolvidas e estes não comparecerem;
- Muitas vezes, a família é negligente em relação a consultas e medicação.

O usuário com transtorno mental aparece com uma exceção, como um tipo de quadro que foge da rotina dos agentes, que difere daqueles casos que eles estão acostumados a acompanhar.

Bom, acho que muitas vezes, a gente não sabe lidar com este tipo de situação, por não ser um diabético, por não ser um hipertenso, por não ser um renal crônico, por não ser uma gestante, que é o que a gente está mais acostumado no dia-a-dia, então às vezes até por a gente não ter psicologia, a gente não consegue lidar com esta situação [...] (Júlia)

A abordagem da família é umas principais dificuldades apontadas pelas entrevistadas, uma vez que esta nem sempre é receptiva a esses profissionais, e muitas vezes omitem informações relacionadas a casos de transtorno mental. É necessário um processo gradativo de aproximação até que a família confie no agente.

Então, tem algumas famílias que até aceitam, mas tem muitas que querem esconder, sabe. Às vezes a gente passa, visita a família faz um tempão, e nem sabemos que tem um problema deste tipo na família. Igual na minha área mesmo, pode até ter ainda casos que até hoje eu não sei, né, vai saber, porque não é todo mundo que se abre. Porque tem família que eles não contam mesmo, acho que eles têm vergonha, sei lá. Eles pensam que isso é culpa deles, que é uma coisa errada, sei lá o que eles pensam. (Márcia)

No começo, o mais difícil é você chegar e ir falar com a pessoa, como que a gente vai abordar para ela se abrir, para ela falar o que está acontecendo de verdade, contar que tomam medicamento, para que tomam, para gente poder orientar, para ver se eles estão seguindo tudo certinho, porque é difícil de tomar, mas muitas vezes eles não abrem para gente, tem que ir devagarinho, chegar aos poucos, ir assim, pelas beiradas, até que eles criem vínculo, aí depois que eles criam vínculo aí fica mais fácil, aí eles se abrem, falam que tem crises, falam que desmaiam, que tem assim visões, essas coisas, que tem problema de relacionamento, daí eles ficam mais à vontade e a gente também, então a maior dificuldade é estabelecer o vínculo, depois fica mais fácil, agora eles já

chegam, já falam com a gente, às vezes até demais, mas a maioria no começo é bem difícil. (Maria)

[...] quando você começa a fazer amizade com eles, a gente consegue entrar, conversar, mas eu acho que a dificuldade mesmo é o medo de agressão, para mim é isso, sem dúvida, e também assim, a gente convidar e eles não participar, essas coisas. Assim alguns até vem, mas não são muitos, porque tem bastante, menina, mas eles não vêm. (Beatriz)

Outra dificuldade relatada é a negligência de algumas famílias que priorizam outros interesses em detrimento do tratamento do usuário.

[...] eu acho que muitas vezes a família assim é negligente, que às vezes tem consulta marcada com o psiquiatra, mas às vezes tem um passeio, alguma coisa mais interessante, e aí não vai nesse dia, a gente sabe que pela rede pública, consulta assim especializada é muito difícil, demorada, aí perde, aí vem encher nosso saco: ah, mas o fulano está sem remédio, está surtado, teve não sei o que, mas olha, a gente não pode fazer nada, a gente tinha marcado, a família não levou essa pessoa. (Fernanda)

#### **4.7 A falta de adesão dos usuários ao tratamento**

Os relatos dos Agentes mostram que, na concepção desses profissionais, uma das dificuldades de implantação de serviços diferenciados em nível de atenção básica está na adesão dos usuários com transtorno mental às terapêuticas propostas. Na fala das agentes:

- Os usuários não aderem às atividades terapêuticas;
- O usuário não colabora com ele próprio;
- Os ACSs incentivam, buscam nas casas e ainda assim não tem sucesso;
- É importante que este tipo de usuário participe de alguma atividade, para não ficar ocioso.

Algumas agentes nos afirmaram que não existe nenhum tipo de trabalho coletivo com os usuários com transtorno mental em sua UBS e afirmam que muitos usuários não aderem ao tratamento, especialmente este tipo de terapêutica.

[...] não existe nenhum trabalho específico assim, se você está pensando que é feito algum tipo de trabalho manual, algum tipo de atividade terapêutica, alguma coisa assim, não têm, elas não aderem, nenhum das duas [usuárias com transtorno mental sob a responsabilidade da ACS] aderiram a nada, não adianta, elas não participam. (Cristina)

Olha, tem algumas das meninas [ACSs] que sofrem na área delas, porque tem alguns pacientes assim, que são muito resistentes, não aceita elas, não aceita as visitas, não aceitam tratamento, e aí é difícil. Tem uns casos que eles se recusam a receber o agente. (Márcia)

Muitos dos participantes da pesquisa demonstraram-se frustrados por não conseguir trazer os usuários para participar dos grupos de convivência.

Assim, eu acho assim, que o próprio doente não colabora com si mesmo, igual assim uns tempos atrás, as meninas tinham montado um grupo de saúde mental, toda quarta feira à tarde, e a gente incentivava as pessoas, a gente até passava nas casas para ir acompanhar essas pessoas, para ir junto, faltava pegar na mão e ir, e não ia não, as pessoas não procuram assim, por que é bom as pessoas que tem problema assim participar de alguma atividade, não ficar ocioso o tempo, o dia todo, então pelo menos uma vez na semana, então a gente tinha esse encontro, o doutor dava palestra, tinha psicóloga, tinha nutricionista, tinha educador físico, médico, enfermeiro, mas as pessoas não iam, e acabou por isso, por falta de participante, é triste isso. (Fernanda)

#### **4.8 Dificuldades e Desafios da Profissão**

Um ponto significativo na fala desses profissionais se refere aos desafios e dificuldades da profissão, tendo em vista que essa categoria tem grande responsabilidade dentro da Estratégia de Saúde da Família, sendo o profissional que possui o maior contato com os usuários. Entretanto, em alguns momentos, eles não sabem como lidar com esse vínculo, com os afetos por ele mobilizados, além das dificuldades de ordem estrutural para a efetivação do trabalho, que serão apresentadas em unidades seguintes. As dificuldades elencadas foram:

- Não passar por cima da autoridade de outros profissionais de saúde;
- O usuário acredita que o ACS pode resolver tudo;
- Os usuários vão até a porta da casa do ACS, por qualquer motivo, a qualquer dia e qualquer hora;
- O ACS não possui uma formação específica;
- O ACS tem que dar conta de tudo e não é capacitado para nada;
- O trabalho fica limitado porque depende de outros profissionais;
- O vínculo é colocado em risco quando eles não solucionam o problema do usuário;
- O ACS leva problemas do trabalho para casa;
- O serviço depende de muitas questões burocráticas que atrasam o processo.

Esses profissionais declaram que não possuem formação específica e que muitas vezes são chamados a dar respostas para as quais não estão preparados, pois os usuários imaginam que eles detêm conhecimento sobre tudo o que se refere à área da saúde, por isso eles tentam tomar cuidado com as orientações que realizam, de forma a respeitar a hierarquia em relação aos profissionais especializados.

[...] eu faço o máximo para não passar por cima do médico, do enfermeiro, sei lá, do profissional que está cuidando ali, por que senão o paciente vai abandonar o tratamento, e achar que a gente pode resolver tudo. (Fátima)

[...] o agente de saúde, ele não tem uma formação, não tem uma especialização, ele tem que dar conta de tudo e ao mesmo não é capacitado para dar conta de nada [...] por que a gente não tem assim uma formação igual os outros profissionais de saúde, então é complicado. (Fátima)

Todavia, em alguns momentos, o Agente vê-se limitado diante da ausência de outros profissionais e da burocracia do serviço, que configuram-se como entrave ao seu trabalho.

[...] a gente fica de mãos atadas, vai fazer o que [...] a culpa não é do profissional sabe, às vezes ele quer fazer, mas não tem as condições para fazer o trabalho dele [...] (Fátima)

Por que a gente vai até um limite, dali para frente, a gente já não pode ir [...] O nosso trabalho fica limitado, por que a gente depende de outros profissionais, e às vezes a gente não tem esse apoio que a gente precisa [...] A gente precisa dar uma resposta para o paciente, mas sozinha a gente não pode [...] temos que explicar tudo para que eles entendam sem deixar de confiar na gente. (Maria)

[...] acontece muito isso no sistema público, entendeu, dá o primeiro passo, mas depois a continuidade se esbarra lá, e lá já não dá continuidade, e aí demora muito tempo, e a situação vai só se agravando, é muita burocracia e o serviço demora muito, e o paciente vai piorando, e aí a família desiste, daí só o paciente que fica prejudicado mesmo. (Paula)

Outro aspecto que se revela nas falas refere-se às implicações que esses entraves do serviço podem ter na relação do Agente com o usuário, tendo em vista que quando não atende prontamente à demanda do usuário, o vínculo fica ameaçado.

É difícil isso, por que demora um tempão para gente conseguir o vínculo, aí quando eles precisam de ajuda a gente fala que não pode ajudar, que não depende da gente, isso coloca em risco a confiança que eles tem na gente, por que eles não entendem que a gente é limitado, que tem outros profissionais acima da gente, até eles entenderem é duro. Eles acham que por que a gente trabalha na saúde a gente tem que dar conta de tudo, que a gente é um pouco psicóloga, um pouco médica, um pouco nutricionista, um pouco enfermeira, um pouco tudo [...] ficamos impotentes diante da situação, é uma sensação muito ruim essa. (Maria)

Porque você tem o vínculo com a pessoa [...] é até você que ele vem, é com você que ele conversa, que ele conta, que ele desabafa, é você que ele vem procurar, e muitas vezes você vai ajudar e é podado [...] tem muita coisa que não depende de você, e isso é o mais difícil. (Deise)

Os Agentes expõem as dificuldades encontradas para lidar com as situações que os mobilizam afetivamente e sentem falta de um apoio especializado nesse sentido.

Por que mesmo que a gente não quer [...] a gente acaba levando um pouco para gente, não tem como, e isso afeta na nossa vida também, por que você vai embora preocupada com aquela situação, você não conseguiu resolver, você não sabe o que fazer, aí você acaba levando isso para sua casa [...] (Célia)

[...] às vezes a gente conversa entre a gente, para tentar se ajudar, por que senão a gente enlouquece sabe, já que não tem um outro profissional para nos ajudar nisso, nós vamos tentando uma ajudar a outra [...] tendo alguém para te ouvir já ajuda. (Maria)

As famílias delegam muita responsabilidade aos Agentes e exigem intervenções que extrapolam a âmbito profissional.

para acabar, tem gente que se você não cortar, não tiver pulso firme, eles vão na porta da sua casa, onze horas da noite, qualquer coisa eles procuram a gente, não tem dia nem hora, e isso é o mais difícil viu [...] a gente tem que incluir a família, até por que é a família que tem que se responsabilizar, e não a gente. (Fátima)

[...] tem algumas famílias que, não é assim abandona, eles acha assim que o pessoal da saúde né tem que tomar conta da saúde dessas pessoas, eles colocam toda a responsabilidade na gente, mas é deles também. (Fernanda)

#### **4.9 Formação e Capacitação Profissional**

Entre as dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários na prática do cuidado ao usuário com transtorno mental está a questão da formação e capacitação profissional, visto que em suas falas elas se sobressai a necessidade de obter mais conhecimento sobre esse assunto, cercado de dúvidas, medos e angústias. Destacam que:

- Falta de informações, treinamentos e capacitações para responder a questões como: Como agir? O que fazer? Qual o primeiro passo? Qual a sequência dos procedimentos?

As entrevistadas relatam ter poucas informações acerca das questões referentes ao cuidado do usuário com transtorno mental, e que quando tem algum tipo de informação, estas não são claras, de forma que não respondem às suas dúvidas.

[...] talvez mais informação, um curso com mais informações, com exemplos, com histórias de pessoas que passaram por isso, ou médicos que tratam justamente disso, para ensinar para gente, a gente não tem isso, tem sempre um papelzinho ali para você ler, ou, as pessoas falando não claramente, os médicos falando não claramente. (Jaqueline)

Os agentes ressaltam a importância desse tipo de capacitação, especialmente para poderem orientar as famílias de forma adequada e fazer os encaminhamentos necessários.

[...] eu acho que a gente deveria ter assim, treinamentos de capacitação para ajudar as famílias, ajudando os familiares a muitas vezes identificar, através de sinais e sintomas, se tem um transtorno ou não, por que muitas vezes os próprios familiares não sabem como lidar com pacientes assim [...] para onde ela vai direcionar? que caminho que ela tem que ir? Procurar UBS? Ou procurar tal lugar? O CAPS ou algum lugar assim, já de referência? Para pessoa não ficar perdida. (Ana)

[...] falta assim, capacitação e treinamento sobre os transtornos [...] de como agir nestas situações, o que fazer, qual é o primeiro passo para gente, que a gente tem que fazer, qual a continuação [...] (Ana)

#### **4.10 A falta de Recursos Humanos**

O Agente se sente impotente diante de situações que demandam a intervenção de outros profissionais que muitas vezes não estão disponíveis na unidade. Além disso, salientam a necessidade de suporte dos profissionais da área Psi para auxiliá-los nos desafios objetivos e subjetivos dessa difícil tarefa de cuidar do usuário com transtorno mental, afirmando que:

- Faltam profissionais
- A demanda é muita para os recursos do serviço;
- O serviço de psicologia da UBS é insuficiente – são muitos casos;
- Não tem psicólogo para a equipe – para acompanhar visitas, participar das reuniões, orientá-las, etc.;
- Falta suporte psicológico e psiquiátrico para o trabalho dos agentes;

- Faltam médicos;
- São muitos os encaminhamentos e os atendimentos demoram muito.

A ausência de recursos humanos suficientes para a demanda da UBS aparece como um dos principais motivos da demora nos atendimentos, fato que pode contribuir para o agravamento de alguns casos.

[...] a pessoa chega aqui “eu tô com um problema hoje” e vai ser atendido daqui a dois meses [...] pode ser que se algo que não era, se torne uma coisa bem grave até chegar lá, imagina então uma pessoa que está em crise emocional, com um distúrbio, um problema, pior ainda, é por isso que eu falo: falta profissional. Eu acho que é visível na saúde que a demanda é muita e o serviço é pouco, a gente chama uma ambulância, demora de quatro a cinco horas às vezes. (Fátima)

Eu acho que precisava ter mais médicos conveniados com o SUS, psiquiatra, psicólogo, essas coisas, por que os que tem não dão conta. Ai a gente fica encaminhando, demora [...] (Kely)

Entre os profissionais insuficientes na UBS está o psicólogo, que é apenas um na UBS e que não consegue atender toda a demanda, especialmente no que tange aos trabalhos coletivos junto a ESF.

A maior dificuldade é a psicóloga, a psicóloga não é suficiente [...] por que uma, que ela não é do PSF [...] é da unidade, só que são muitos casos, eu acho que a gente tinha que ter um psicólogo para equipe [...] que tivesse uma disponível para gente, para sair da unidade, fazer visita, para participar das nossas reuniões, para conversar, para ir com a gente nas casas, para esclarecer as nossas dúvidas, para orientar a gente, por que a gente tem que descobrir as coisas sozinhos, e é duro. (Ivone)

[...] mas é um fato: falta serviço psicológico e psiquiátrico para dar suporte para gente [...] tem situações que até para as psicólogas é difícil não se envolver, que não tem jeito, é impossível, a não ser que seja uma pessoa muito fria, mas também, se for uma pessoa muito fria, também não serve para este trabalho, não pode ser muito ligada, se

não também acaba doente [...] é difícil assim achar esse equilíbrio, principalmente para nós, que não tem assim uma preparação, é complicado. (Ivone)

O que nossas entrevistas nos trouxeram parece nos dizer que o Agente comunitário de saúde se vê desamparado diante do desafio de Cuidar da pessoa com transtorno mental, e nesse processo ele se defronta, entre outras mazelas humanas, com o sofrimento psíquico, que o mobiliza, o afeta, e exige dele ações para as quais ele não acredita estar preparado.

Deparar-se com a fragilidade psíquica do outro é muitas vezes deparar-se com a própria fragilidade, e para lidar com essas mobilizações o Agente lança mão de seus recursos internos. Ao mesmo tempo, ele busca uma resolutividade objetiva dos casos a ele delegados, e não encontra na estrutura da rede de suporte necessário para fazer seu trabalho como almeja.

Esse universo do sofrimento psíquico é para o Agente Comunitário um terreno desconhecido, cercado por crenças, mitos, dúvidas, angústias, medo, mas também pela sensibilidade, empatia, solidariedade, curiosidade e vontade de aprender para melhor atender.

No próximo capítulo trataremos de discutir os resultados que aqui foram apresentados, buscando uma reflexão crítica a respeito das vivências que nos foram relatadas.

## **5 O CUIDADO DISPENSADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: COMPREENDENDO AS VIVÊNCIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Nesta fase do trabalho, faremos a discussão dos resultados por meio de uma análise nomotética, conforme mencionado na apresentação metodológica, pela qual trataremos da confluência das visões perspectivais dos sujeitos da pesquisa e, ao mostrar as convergências e divergências, procuraremos desvelar o fenômeno estudado.

Neste momento, buscamos interpretar as convergências e divergências trazidas nas unidades de significado, a fim de elaborar uma compreensão dos dados obtidos a respeito do tema, de forma a ampliar a discussão e a compreensão de seus significados no universo do conhecimento científico.

Não devemos esquecer que nosso objetivo com este estudo foi investigar como os ACSs vivenciam seu trabalho de agentes de saúde em relação às pessoas com transtorno mental, e como visto no capítulo anterior, levantamos alguns sentidos expressos nos relatos dos ACSs acerca de suas experiências.

O primeiro dos sentidos anunciados diz respeito ao que se entende por transtorno mental, entendimento esse que perpassa a atuação dos trabalhadores em saúde mental. Os entendimentos, as percepções, os conceitos que temos sobre as coisas são dinâmicos e não são restritos aos indivíduos, mas passam por processos de mediação e construção social.

Como visto no resgate histórico que fizemos, a mudança na assistência à pessoa com transtorno mental, preconizada na atual política de saúde mental, é também uma mudança de conceitos, um processo de desconstrução e de resignificação. A maneira como as pessoas, entre elas os ACSs, entendem o transtorno mental está relacionada com as experiências singulares de cada sujeito e também com as ideologias que permeiam esse fenômeno em seu processo de construção histórica e social. Nos discursos aqui apreendidos sobre o conceito de transtorno mental, estão presente esses dois elementos constituintes.

O imaginário construído acerca do que seja, da natureza dos transtornos mentais é muitas vezes constituído de representações pautadas pelo distanciamento, exclusão, periculosidade e determinismo, que vêm a influenciar posturas, delinear percursos e determinar a assistência prestada nessa área (Pereira et al., 2007).

Se até recentemente o doente mental era excluído da sociedade, asilado, muitas vezes por anos à fio em instituições psiquiátricas, não tivemos oportunidade de convivência com ele, o que resulta em desconhecimento do que seja conviver com pessoas que estão nessa

condição e um certo apego a concepções mais antiquadas que vêem o transtorno mental somente pelo viés biológico.

Algumas das Agentes Comunitárias de Saúde entrevistadas nesta pesquisa descreveram o transtorno mental por meio de uma perspectiva organicista, concebendo-o enquanto uma doença congênita, disfunção cerebral ou hormonal que precisa ser tratada, destacando o papel da medicação no tratamento, como aparece nas falas: “[...] no meu ver, ela tem um probleminha desde quando ela nasce, desde a barriga da mãe [...]”; “[...] uma falta de alguma coisa no cérebro, alguma coisa que parou lá na cabeça, sei lá, eu acredito que é alguma coisa que esta funcionando errado dentro da cabeça” e “Nossa, ah é uma doença, e tem que ser tratada. Eu vejo que transtorno mental sempre tem um medicamento para controlar um pouco, então tem um tratamento, que funciona [...]”.

Tal concepção tem um impacto direto sobre as formas de cuidar, uma vez que enquanto se entende o transtorno como uma doença orgânica, instalada, pensa-se num tratamento de ordem curativa, por meio da medicação. E nesse panorama o ACS tende a acreditar que sua principal função é o monitoramento e controle da medicação,

Ao adotarem uma perspectiva organicista para olhar para o transtorno mental, os ACSs acabam por entendê-lo como algo inato ao sujeito, desconsiderando todo o contexto histórico e social no qual ele está inserido e a sua importância para o surgimento e desenvolvimento do sofrimento psíquico. Dessa forma, o espaço de intervenção do profissional fica restrito, visto que ao entender o transtorno mental como algo orgânico, congênito, tem-se a ideia de algo imutável, situação em que não há muito que se possa fazer. Em decorrência disso, o agente de saúde também fica muito preso e dependente de uma “hierarquia profissional”, em que o papel do médico e do enfermeiro aparece como mais importante ou determinante no processo de tratamento, como salientou uma das entrevistadas.

[...] eu faço o máximo para não passar por cima do médico, do enfermeiro, sei lá, do profissional que está cuidando ali, por que senão o paciente vai abandonar o tratamento [...]

Todavia, essa visão mais organicista não foi a única que as agentes entrevistadas nos mostraram; foram apontadas outras dimensões do transtorno mental, entendendo-o transtorno a partir de um olhar mais psicológico, acreditando que a doença mental tem uma dimensão que vai além da esfera corporal. Algumas ACS apontaram causas internas não biológicas, como origem dos transtornos mentais, como dificuldade de se adaptar a determinadas

situações, grandes perdas ou separações, excesso de pressão ou auto-cobrança, entre outros. Outras assinalaram causas sociais, entendendo que essas também compõem a subjetividade humana, e que a forma como se organizam na vida do sujeito podem levá-lo ao adoecimento psíquico.

[...] ela não está só doente, ela está doente da alma também[...]

[...] porque nem sempre a pessoa já nasce assim [...] né, na maioria das vezes não nasce né, sempre tem uma situação que acontece com eles assim, que desencadeia [...] acho uma situação, um processo de vida, uma coisa que não deu certo [...]

[...] situações difíceis que nós passamos e que a gente não consegue resolver, então de uma certa forma a gente procura fugas né, fugas para tentar resolver o problema[...]

Podemos dizer que no grupo entrevistado, algumas agentes entendem o transtorno mental como algo ligado às relações sociais do sujeito, seja com o meio ou com seus pares, inserindo-os dentro de uma realidade singular, marcada por um cenário social, material e ideológico que delinea sua forma de interagir com o mundo, seja ela considerada saudável ou não.

Os conceitos de transtorno mental e a forma de ver quem dele padece divergem em alguns aspectos de agente para agente, fato que se deve às experiências de cada sujeito, experiências esta que além de compor os conhecimentos do sujeito sobre o transtorno mental, revela-se como um elemento que pode contribuir de maneira positiva na abordagem à pessoa, fazendo com que o ACS ofereça um cuidado baseado na empatia. A partir de um contato pessoal com o sofrimento psíquico, algumas ACS puderam olhá-lo sob um novo prisma, sensibilizar-se e ao mesmo tempo compreender as dificuldades encontradas: “[...] a gente também fica mais compadecido com o sofrimento das pessoas, por que sabe como é duro [...]”.

As Agentes também revelaram que não tinham noção do sofrimento desses usuários, acreditavam que podia ser uma simulação ou uma estratégia para ter algum tipo de ganho secundário: “[...] eu pensava assim: é nego que não tem o que fazer, quer se aparecer, chamar atenção [...]”. Todavia, elas puderam, a partir da experiência individual com o transtorno mental, mudar as concepções a esse respeito: “[...] eu acabei entendendo [...] que tem ser tratada, que tem que ajudar mesmo, que foge do controle da pessoa [...]”. Tais experiências facilitaram que as ACSs se identificassem com os usuários e suas famílias, facilitando assim o

estabelecimento do vínculo entre eles. Podemos afirmar, pelas experiências relatadas, que a concepção que as ACS possuem acerca do transtorno mental está fundamentada predominantemente em suas experiências e reflexões pessoais, no sentido de que as mesmas não relataram possuir qualquer preparo mais crítico em relação à questão, como bem salientou uma das entrevistadas: “[...] o agente de saúde, ele não tem uma formação, não tem uma especialização, ele tem que dar conta de tudo e ao mesmo não é capacitado para dar conta de nada.”

Vivências como essas, nos levam a crer que os conhecimentos das ACS são de senso comum; não houve em seus relatos algo que nos levasse a pensar que elas tiveram a oportunidade de entrar em contato, minimamente, com o conhecimento científico produzido em relação à saúde/doença mental. Por serem profissionais de saúde, é de supor a importância de um conhecimento que supere o senso comum, de forma que possam desenvolver um posicionamento mais crítico em relação à questão.

Nesta perspectiva é possível ressaltar que as falas das ACS apontam para a necessidade que elas sentem de conhecer melhor este fenômeno humano, que para elas compõe um universo cercado de dúvidas, medos e angústias: “[...] falta assim, capacitação e treinamento sobre os transtornos [...] de como agir nestas situações, o que fazer, qual é o primeiro passo para gente, que a gente tem que fazer, qual a continuação [...]”. O conteúdo dessas falas remete não só ao que mencionamos sobre a concepção do que seja o transtorno mental, mas também sobre o cuidado e seu fluxo.

O despreparo e sentimento de desamparo ficam claros quando as entrevistadas sublinharam que o usuário que sofre com o transtorno mental é diferente dos usuários habituais, daqueles que elas estão acostumadas a cuidar em suas rotinas de visitas, como disse uma das ACS: “[...] por não ser um diabético, por não ser um hipertenso, por não ser um renal crônico, por não ser uma gestante [...] a gente não consegue lidar com esta situação[...]”. Tal relato indica que eles se sentem mais preparados para trabalhar com os demais usuários, e que o usuário com transtorno mental representa uma exceção, um mistério.

O que queremos trazer para a discussão e que julgamos ser de suma importância é que as ACS entendem que seus recursos pessoais não estão bastando para que elas ofereçam um cuidado adequado às necessidades dos usuários com transtorno mental. Inclusive, algo, que não apareceu no relato das agentes foi referências à Reforma Psiquiátrica, que leva em conta uma determinada concepção de doença mental, bem como de formas e possibilidades de cuidado.

O desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF foram apontados por Nunes e Valentin (2007) como um das principais razões para a não implementação da saúde mental enquanto campo de atuação das equipes.

Para as autoras, nesse momento de transformação das formas de cuidado em saúde mental, caracterizado por importantes conquistas legais e pela crescente ampliação do debate em torno da saúde mental, estimulado, sobretudo, pela descentralização e municipalização do seu cuidado, faz-se necessário multiplicar os esforços na direção de uma real transformação cultural da mentalidade e das práticas profissionais nesse campo do saber, começando pelos profissionais da atenção básica, que como aponta a literatura e confirma a presente pesquisa, ainda carecem de formação e capacitação para um trabalho em saúde mental que privilegia o cuidado no território e em rede.

A capacitação é um instrumento importante não apenas para aquisição de conhecimento técnico-prático, mas também se configura como uma forma de sensibilizar a equipe, especialmente os agentes comunitários, para a dimensão histórica e social do transtorno mental e compreendê-lo como um estado de sofrimento psíquico.

O conhecimento sobre o sofrimento psíquico e sua história podem também ser fundamentais para enfrentamento de estigmas e preconceitos ligados a concepções ainda vigentes, que o ligam à periculosidade e à impossibilidade de convivência social.

Estes preconceitos também apareceram na fala das ACSs no que diz respeito às famílias dos usuários, tendo em vista que muitas delas tentam esconder os casos de transtorno mental, privando o usuário de cuidados e de convívio social e comunitário. Este fato aparece em falas como: “[...] eles não contam mesmo, acho que eles têm vergonha, sei lá. Eles pensam que isso é culpa deles, que é uma coisa errada, sei lá o que eles pensam”.

Retomando a proposta do PACS e da ESF, que colocam o ACS como um agente mediador entre a UBS e a família, o mesmo precisa estar preparado para este papel tão importante e desafiador. Neste sentido, os conhecimentos sobre saúde mental são indispensáveis para que ele possa ser um auxiliar, um facilitador da família no processo de enfrentamento das adversidades provenientes da situação de sofrimento psíquico.

A construção e consolidação desse novo modelo de assistência solicita dos profissionais, neste caso, dos Agentes Comunitários de Saúde, uma disponibilidade para rever os próprios conceitos, isso por que os desafios advindos das ações de cuidado para com as pessoas com transtornos mentais demandam uma reflexão consciente e sistematizada, que

permita a ressignificação dos conceitos relacionados à doença mental e a transformação nas formas de cuidar.

Desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil vem adotando o modelo de assistência domiciliar, considerado uma estratégia importante para o cuidado em saúde, uma vez que as pessoas passam a ser atendidas em suas singulares necessidades e não por demanda. Conforme destaca Pereira (2007): essa forma de cuidado exige um olhar multidimensional frente à complexidade dos cotidianos nos diferentes contextos e solicita um pensamento ampliado, já que o foco de cuidado é pautado pela especificidade de cada família, pois a forma como esta se organiza e se relaciona é um conhecimento imprescindível nessa proposta de atendimento.

As participantes de nossa pesquisa pontuaram que os cuidados ao usuário com transtorno mental precisam ser diferenciados, exigindo muitas vezes conhecimentos e ações que vão além da esfera da UBS. Esse fato reafirma a necessidade do trabalho em uma rede psicossocial de atendimento para uma efetiva integralidade no cuidado. Considerando, como Mattos (2004), que a integralidade se constrói na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços e nas diferentes formas de encontro desses profissionais *com e no* serviço.

Entre as ações diferenciadas citadas pelas entrevistadas, algumas extrapolam o campo dos serviços de saúde, adentrando na esfera da assistência social e da justiça, como nos casos em que os usuários colocam os filhos em situação de risco, conforme nos relatou uma das ACS ao se referir sobre a ação que fizeram com o Conselho Tutelar para que os filhos de uma usuária fossem abrigados. Isso exemplifica que a gestão e o fluxo do cuidado ganha maior alcance com a intersetorialidade.

Para Rabelo (2011), a intersetorialidade pode ser entendida como a articulação de saberes e experiências visando à superação de problemas complexos, bem como à elaboração de políticas que ultrapassem a fragmentação das ações governamentais e contribuam para garantir a eficiência e a eficácia quanto à participação do cidadão na gestão pública na perspectiva da promoção do desenvolvimento social.

De acordo com este autor, a intersetorialidade a partir da construção das redes intersetoriais, constitui-se em estratégia para a implantação de políticas públicas capazes de responder às demandas sociais em uma perspectiva de garantia dos direitos e da cidadania, sobretudo referentes às ações de saúde mental no município.

De acordo com Yasui (2006), a desinstitucionalização, como pressuposto fundamental da Reforma Psiquiátrica, requer a criação de uma rede que estabeleça articulações e laços com outros setores das políticas públicas.

Nesse aspecto, a figura do ACS é de extrema importância, visto que esse profissional conhece de forma mais profunda as famílias, suas singularidades e suas necessidades específicas.

Entretanto, no que tange à saúde mental, revelou-se nas entrevistas a ausência de um trabalho em rede que possibilite uma efetiva troca de informações e conhecimentos e garanta que os cuidados ao usuário sejam realizados de forma integral na atenção básica. As entrevistadas relataram que falta entrosamento entre a UBS e o CAPS, e que não é realizado nenhum tipo de trabalho em parceria entre esses dispositivos.

As Agentes ressaltam a necessidade do estabelecimento de uma relação de intercâmbio entre o CAPS e a UBS: “[...] E ajudaria muito se eles participassem mais, se entrosassem mais com a gente”, tendo em vista que elas muitas vezes não sabem como proceder frente a situações envolvendo usuários com transtorno mental, e acreditam que o CAPS poderia ser um importante aliado neste desafio: “para mostrar como que faz, os cuidados que o paciente precisa, a melhor forma de proceder com ele, essas coisas[...]”.

Conforme Souza (2004), a Estratégia de Saúde da Família se coloca atualmente como um dos caminhos possíveis para o exercício de uma clínica solidária e integral do sujeito. Os CAPS, como aponta a legislação, são os organizadores da rede de atenção psicossocial e como tal deveriam buscar o estreitamento de laços entre os vários pontos de atenção em saúde mental e a ESF.

A fala das agentes mostra um distanciamento entre a ESF e o CAPS, traduzido na expressão: “[...] existe o CAPS, mas eu mesmo não sei nem onde ele fica [...] eles nunca vieram aqui para discutir algum caso com a gente [...] eu nunca vi isso [...]”.

Para Souza (2004), esse movimento de intercâmbio, que deveria existir entre ESF e CAPS, impulsiona a elaboração de novas atitudes diante dos problemas referentes ao processo de adoecimento psíquico, o que ajudaria a redimensionar a práxis cotidiana das unidades de saúde e melhor qualificar a abordagem dos fenômenos de saúde e de doença. Dessa forma, a atenção básica poderia ampliar sua capacidade de resolução de problemas de saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre a atenção básica e a saúde mental. Entretanto, é urgente colocar em prática um modelo de relação de continuidade e não de fragmentação, pois trabalhando em rede é possível potencializar a capacidade de produzir mudanças.

Fica claro e palpável que a ausência de um efetivo apoio matricial interfere na assistência à saúde mental na atenção básica, especialmente no que tange à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, visto que esses profissionais não possuem formação

específica e se veem despreparados e desamparados nessa tarefa de cuidar dos usuários com transtorno mental, conforme já assinalado anteriormente.

Neste cenário, emerge outra questão fundamental para o trabalho dos ACS com os usuários com transtorno mental e suas famílias: o vínculo. Percebemos que as ACS entrevistadas se apoiam no laço de confiança com o usuário e a família para conseguir realizar um cuidado minimamente satisfatório. Para elas, essa relação é essencial para que o cuidado possa ser oferecido e recebido. Conforme Franco (2004), a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

As entrevistadas reforçaram essa afirmação e colocaram o vínculo com a família como pressuposto fundamental para o desenvolvimento de qualquer tipo de ação: “[...] então a maior dificuldade é estabelecer o vínculo, depois fica mais fácil, agora eles já chegam, já falam com a gente, às vezes até demais, mas a maioria no começo é bem difícil.” Elas afirmam que depois que a família passa a confiar nelas, elas conseguem ter informações mais significativas sobre a mesma, realizar orientações mais efetivas e realizar as intervenções necessárias: “[...] quando você começa a fazer amizade com eles, a gente consegue entrar, conversar [...]”.

Essa realidade é apontada por Campos (1997), quando diz que o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde, assim como favorece a participação do usuário neste processo. O autor afirma que essa relação possibilita a construção de sujeitos autônomos, tanto em relação aos profissionais quanto aos usuários, e ressalta que não existe construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

É possível observar que a partir da própria experiência, as ACSs puderam compreender a importância do vínculo entre profissional e usuário, entendendo-o como ponto de partida para a efetivação do cuidado, entretanto apareceu na fala das mesmas uma dificuldade para o estabelecimento do vínculo com os usuários com transtornos mentais: o medo de sofrer agressões:

[...] mas eu acho que a dificuldade mesmo é o medo de agressão, para mim é isso.

[...] eu nem passo muito perto, por que a gente tem medo né.

[...] esses casos assim mais graves, mais agressivos, a gente fica meio insegura né, com um pouco de medo

[...] às vezes, na crise, eles ficam agressivos, e a gente não sabe se corre, ou se fica lá para ajudar;

[...] por que tem pacientes que tem aqueles surtos, ficam agressivos, é até perigoso

O medo ronda os profissionais da atenção básica, especialmente os agentes comunitários, tendo em vista que seu trabalho tem por base a visita domiciliar e o contato mais direto com o usuário. Não é fácil lidar com o que ainda lhe parece estranho e assustador. Contudo, tal sentimento justifica-se, em parte, pela crença histórica e cultural de que o transtorno mental está associado à violência, que pode ser reforçada e, depois, generalizada pela observação de algum momento de crise. Isso pode comprometer o cuidado dispensado ao usuário, uma vez que o estigma de “perigoso” é um grande obstáculo para o estabelecimento do vínculo qualitativamente positivo, e conseqüentemente para a reintegração social deste usuário. Salientamos que desse estigma compartilha grande parte da população. Considerando que o ACS está na ponta do serviço de saúde, reforçamos a ideia de que se a concepção do ACS se modifica em relação ao doente mental, ele acaba funcionando como um educador para a família e a comunidade, sendo, assim, um importante agente de mudanças.

Ao lado do medo, também foi possível observar na fala destoante de algumas agentes a superação deste estigma, e uma concepção mais ampla do transtorno mental e de seus sinais e sintomas, apontando para um movimento mais acolhedor e menos ansiógeno por parte delas.

[...] ah, mas ele é agressivo, mas e daí? A gente também fica agressivo às vezes, e nem por isso ficamos trancados, tem tanta gente que não tem transtorno nenhum e é agressivo, e nem por isso prendem eles, então não é por que ele é doente mental, é por que é gente, é ser humano, e o ser humano as vezes é agressivo mesmo.

Esta fala, segundo entendemos, dá mostras de um novo olhar sobre a pessoa com transtorno mental, mais coerente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, porque coloca aquele sofre de transtorno mental em pé de igualdade com os considerados “normais”, questionando ainda, a institucionalização do doente mental. Neste sentido, podemos observar que o fato de a ACS ter tido a oportunidade

de se relacionar com essas pessoas possibilitou uma experiência positiva, em que o preconceito não prevaleceu. Felizmente, falas como essa nos dão esperança que as propostas da Reforma Psiquiátrica possam ser cada vez mais assumidas pelos profissionais, fortalecendo o novo paradigma de atenção em saúde mental.

Como já apontado em alguns momentos deste estudo o paradigma de saúde mental, baseia-se em uma rede substitutiva de serviços que supere a lógica médico-clínica e ofereça terapêuticas de base comunitária, com atividades variadas, visando oferecer ao usuário um horizonte de possibilidades para uma reintegração social o mais plena possível. Entretanto, as agentes apontaram que, em seus serviços, há uma dificuldade neste sentido, pois as tentativas de implantação de serviços diferenciados em nível de atenção básica foram frustradas em função da não participação dos usuários.

Foi possível verificar a frustração das ACS em relação a esse aspecto em falas como: “elas [usuárias] não aderem [...] não adianta, elas não participam” ; “[...] alguns pacientes [...] são muito resistentes, não aceita elas [*a presença das ACSs*], não aceita as visitas, não aceitam tratamento, e aí é difícil. Tem uns casos que eles se recusam a receber o agente”.

As agentes entrevistadas mostraram-se desmotivadas para realização de grupos de convivência ou outros tipos de trabalhos terapêuticos com estes usuários, algumas contaram sobre a tentativa de montar um grupo de saúde mental com uma equipe multiprofissional. Relataram que foram realizadas visitas domiciliares para convidar os usuários e que, inclusive, elas iam até às casas buscar os usuários para participar do grupo e que, ainda assim, o grupo não foi em frente, foi encerrado por falta de participantes. Tal experiência nos faz pensar sobre a adesão ao tratamento, às atividades propostas. O que seria importante observar para que o usuário com transtorno mental participe mais daquilo que é oferecido pela sua UBS?

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive.

Nossa pesquisa trouxe que as ACS entendem a importância disso, várias das que foram entrevistadas enfatizam a necessidade de um vínculo de confiança, como visto anteriormente.

Há outro aspecto a ser assinalado. Albuquerque e Deveza (2009) apontam que um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e empenho da pessoa em

cuidar de si própria. E esse cuidado se faz presente quando a pessoa pode se perceber como alguém que merece cuidado, alguém que tem valor e tem importância. Além disso, querer cuidar de si pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida, ter sonhos para o futuro. A autoestima diminuída e uma atitude geral de insatisfação ou desânimo frente à vida, que podem se expressar também no pessimismo em relação à eficácia do tratamento, podem favorecer a baixa adesão, na medida em que a pessoa não vê sentido em investir na própria vida.

Sendo assim, para a adesão dos usuários, é necessário, antes de mais nada, que eles se sintam cuidados, que eles sejam olhados como sujeitos, como pessoas que passam por sofrimentos, mas que são pessoas antes de ser um diagnóstico. Precisam se sentir respeitados em suas singularidades, tanto pela equipe de saúde, quanto pela família e sociedade. Mais uma vez, tanto a Política Nacional de Saúde Mental quanto os princípios da Estratégia da Saúde da Família consideram essa necessidade no horizonte do cuidado. Salientamos ainda, neste aspecto da adesão do tratamento, que essa falta de adesão também é presente em outros tipos de usuários. Assim, não cremos que seja uma especificidade do usuário com transtorno mental e de sua família. Há que se encontrar formas pelas quais essas pessoas se sintam mais sintonizadas com o serviço.

Já que mencionamos a família neste processo de cuidado, ela surge, algumas vezes no discurso das entrevistadas sob o aspecto da negligência. As ACS relataram que já presenciaram modos de ser negligente da família em relação ao tratamento, não dando aos procedimentos a prioridade necessária: “tem consulta marcada com o psiquiatra, mas às vezes tem um passeio, alguma coisa mais interessante, e aí não vai nesse dia [...]”. Este tipo de situação se apresenta como uma das dificuldades para o trabalho das agentes, pois, segundo elas, acabam tendo que intervir novamente tentando reverter as consequências deste tipo de falha:

“[...] a gente sabe que pela rede pública, consulta assim especializada é muito difícil, demorada, aí perde, aí vem ‘encher nosso saco’ [*sic*]: ah, mas o fulano está sem remédio, está surtado, teve não sei o que [...]”.

Em relação a esta questão, Waidman (2010) diz que nesse novo contexto da atenção à saúde mental, a família é considerada essencial para o tratamento. Todavia, também é inegável a sobrecarga nela imposta ao ter que assumir uma função ativa no tratamento de seu familiar em sofrimento psíquico. Ela acrescenta ainda que a rede de serviços substitutivos e a equipe que nela se insere precisa compreender as famílias como usuárias em potencial. Para tanto, é imprescindível um serviço que apoie a família, esclareça dúvidas e oriente-as em suas

dificuldades, de modo que ambos, o paciente e a família, possam conduzir suas vidas sem comprometimento da saúde mental do grupo familiar.

Sendo assim, de acordo com a autora, é papel dos profissionais de saúde mental de saúde, informar e orientar, detalhadamente, os familiares e os pacientes sobre a doença e suas possíveis manifestações e, sobre a importância da adesão e perseverança no tratamento. Certamente, nesta tarefa o ACS tem o seu papel e sua atribuição. Contudo, é preciso que ele saiba disso, tenha o conhecimento correspondente à sua alçada e possa contar com apoio de profissionais especializados para tanto.

Entretanto esta não é uma tarefa fácil, aliás, ser um Agente comunitário de saúde está longe de ser uma tarefa simples, como à primeira vista pode aparecer. Como vimos até aqui, as ACS de nosso estudo não trilham um caminho fácil. Em vários momentos elas mencionaram as dificuldades e desafios da profissão: marcada pela ação comunitária, coletiva e dinâmica.

As ACSs revelaram que a sua profissão possui entraves no que diz respeito à relação com outros profissionais da equipe, uma vez que elas precisam respeitar determinadas hierarquias, mas ao mesmo tempo não contam com o suporte necessário por parte dos profissionais especializados, especialmente os profissionais da área Psi, no cuidado específico ao usuário com transtorno mental. Elas explicam que se esforçam para “não passar por cima [...] do profissional que está cuidando ali, por que senão o paciente vai abandonar o tratamento, e achar que a gente pode resolver tudo [...]” e que neste processo, elas correm o risco de ter prejudicada sua relação com o usuário, pois eles esperam do Agente uma postura resolutiva, e que muitas vezes não depende só dele, uma vez que esta relacionada a toda uma rede de serviços:

Por que a gente vai até um limite, dali para frente, a gente já não pode ir [...] O nosso trabalho fica limitado, por que a gente depende de outros profissionais [...] A gente precisa dar uma resposta para o paciente, mas sozinha a gente não pode.

É difícil isso, por que demora um tempão pra gente conseguir o vínculo, aí quando eles precisam de ajuda a gente fala que não pode ajudar, que não depende da gente, isso coloca em risco a confiança que eles têm na gente [...] Eles acham que por que a gente trabalha na saúde a gente tem que dar conta de tudo.

Emerge nas falas a angústia das agentes por não poderem, em alguns casos, atender imediatamente as demandas dos usuários. Elas estão ali representando os serviços de saúde, e nem sempre eles funcionam com a resolutividade necessária, e isso causa nessas profissionais um sentimento de impotência.

Entre os fatores que corroboram para esta situação, está a falta de recursos humanos adequados e suficientes para o serviço, que aparece nos trechos das entrevistas, quando se referem as suas limitações no trabalho, especialmente no cuidado ao usuário com transtorno mental. Elas relacionam a demora do atendimento a situações de agravamentos nos casos, e no entender delas isso se deve a escassez de profissionais disponíveis nos serviços de saúde:

[...] a pessoa chega aqui “eu tô com um problema hoje” e vai ser atendido daqui a dois meses [...];

[...] é visível, na saúde, que a demanda é muita e o serviço é pouco, a gente chama uma ambulância, demora de quatro a cinco horas às vezes;

[...] precisava ter mais médicos conveniados com o SUS, psiquiatra, psicólogo, essas coisas, por que os que tem não dão conta. Aí a gente fica encaminhando, demora [...]

Pode-se notar que as falas acima citadas que os recursos humanos constituem-se em questão crucial para o êxito da política de saúde, entre elas a assistência na atenção básica. O processo de consolidação do SUS e implantação da ESF está estritamente ligado a questão dos recursos humanos. Tendo em vista que a lógica da ESF é justamente pessoas cuidando de pessoas, e como dito anteriormente as mudanças nas políticas de nada valem, sem uma transformação nas formas de pensar dos sujeitos que as colocam em prática.

As agentes também apontam como entrave no trabalho a ausência de um profissional de psicologia na equipe da ESF, visto que a psicóloga que elas têm acesso é da UBS e concentra suas atividades em atendimentos clínicos individuais. Houve uma fala que nos soou como uma proposta para uma melhor eficiência do cuidado:

[...] a gente tinha que ter um psicólogo para equipe [...] que tivesse uma disponível para gente, para sair da unidade, fazer visita, para participar das nossas reuniões, para conversar, para ir com a gente nas casas, para esclarecer as nossas dúvidas, para orientar a gente, por que a gente tem que descobrir as coisas sozinhas, e é duro.

No que se refere a esta questão, Paulin e Luzio (2009), dizem que os psicólogos ainda são formados, em sua maioria, por meio de uma proposta de clínica tradicional, dentro de uma formação clássica, que não proporciona ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuarem no SUS.

As autoras ressaltam que este fato se evidencia ainda mais nas UBSs, pois a grande maioria dos profissionais que trabalha nestes locais priorizam ações individuais em detrimento das coletivas. Desta forma, muitas vezes, a prática clínica nos modelos tradicionais psicoterápicos, acaba tomando o lugar das ações integradas às equipes junto aos programas já implementados pela instituição.

Essas ações são importantes, porque os serviços oferecidos na Saúde Pública, principalmente na ESF, não são realizados por apenas um profissional, mas pela equipe, e o foco de atenção não é somente o indivíduo, mas a família e seu contexto. Além disso, o atendimento em grupo é mais adequado às altas demandas de atendimento encontradas nas instituições e permite a intervenção direta na relação e a experiência com o coletivo. (Paulin & Luzio, 2009)

As entrevistas realizadas e a literatura abordada permitem-nos afirmar que é urgente uma nova postura da psicologia dentro do Sistema Único de Saúde, especialmente na UBS, no contato com a ESF, de forma a superar o modelo clínico-biomédico, ainda predominante nas práticas psicológicas.

As agentes entrevistadas destacaram em vários momentos, que elas não possuem suporte adequado para as ações de saúde mental, e apontam esse aspecto como uma lacuna, que ao ser preenchida poderá imprimir uma grande melhoria no serviço.

Outras dificuldades, de acordo com as ACSs, estão para além da UBS, estão na forma como elas próprias lidam com as características do trabalho e com o vínculo com os usuários. Elas dizem, por exemplo, que tem dificuldade para separar o aspecto profissional do pessoal, e que muitas vezes sofrem por não conseguir se “desligar” das histórias dos usuários, mesmo fora do trabalho: “[...] isso afeta na nossa vida também [...] você vai embora preocupada com aquela situação, você não conseguiu resolver, você não sabe o que fazer, aí você acaba levando isso para sua casa [...]”.

Assim como o agente, o usuário também tem dificuldades de estabelecer o limite entre o sujeito ACS e o sujeito morador do bairro, e este fato também implica uma dificuldade da

profissão de Agente comunitário de saúde: “[...] tem gente que se você não cortar, não tiver pulso firme, eles vão na porta da sua casa, onze horas da noite, qualquer coisa eles procuram a gente, não tem dia nem hora [...]. Temos a observar que se de um lado isso incomoda, realmente é inapropriado, pois o ACS tem sua vida fora do trabalho, por outro, mostra o quanto é acertada a proposta de alguém da comunidade atuar como agente de saúde, o quão próximo estão o ACS e os usuários do sistema.

Todas estas questões compõem o universo do ACS, e ele precisa lidar com as angústias, frustrações e expectativas que essa profissão envolve. E também para isso, elas sentem-se desassistidas:

[...] às vezes a gente conversa entre a gente, para tentar se ajudar, por que senão a gente enlouquece sabe, já que não tem outro profissional para nos ajudar nisso, nós vamos tentando uma ajudar a outra [...] tendo alguém para te ouvir já ajuda.

Nota-se aqui a ausência de um trabalho de apoio com as agentes, um espaço para que elas possam discutir suas angústias, falta um espaço para serem acolhidas e ouvidas. Este tipo de trabalho seria fundamental para atuação delas, especialmente no âmbito da saúde mental.

Frente a tais situações, Coriolano (2010), diz que essa multiplicidade de papéis e a convivência com os mais variados problemas da população tendem a gerar desgaste nestes atores sociais, o que pode ser reforçado pela nossa pesquisa.

O autor explica que por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido, o que culmina em uma sobrecarga de trabalho. Esclarece ainda que qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao agente comunitário e que isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica, o que para nós acaba sendo um pouco de tudo, que termina sendo nada.

Nesta perspectiva, Dalmaso (2002) afirma que no trabalho do agente, caracterizado por realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania.

Não gostaríamos de encerrar essa discussão sem sublinhar que o trabalho do agente é fundamental para consolidação do SUS, em seus princípios e diretrizes. Entretanto esse profissional precisa ser olhado com mais cuidado pela gestão dos serviços de saúde, pois encontra-se perdido nesta identidade profissional polivalente, que busca uma ação coletiva, mas vivencia suas angústias e dificuldades de forma solitária.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, faz-se necessário apresentarmos algumas considerações que possam servir de finalização para este estudo e, ao mesmo tempo, sintetizar alguns pontos que nos parecem os mais importantes para a continuidade das reflexões aqui trazidas, seja por nós mesmos em futuros trabalhos, seja por outros interessados na temática abordada.

Iniciamos nossa investigação a partir de uma inquietação pessoal acerca do cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Estávamos, na verdade, interessados em saber mais do que a nossa experiência nos falava sobre a possibilidade de cuidados à pessoa com transtorno mental, conforme a proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica.

Elaboramos e desenvolvemos nossa pesquisa com o objetivo de investigar como os agentes comunitários de saúde vivenciam o seu trabalho com a pessoa com transtorno mental, pressupondo que este profissional tem um contato mais próximo e mais contínuo com os usuários do sistema de saúde, sendo assim, importantes agentes da atenção básica. Intuíamos que esses profissionais pudessem, por meio de suas experiências, nos falar de como está sendo o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico no seu próprio território. E ficamos sabendo de muita coisa. Entretanto, não significa que todas as questões pertinentes ao tema proposto e enriquecidas com o que foi trazido pelos nossos colaboradores da pesquisa, tenham sido plenamente exploradas. Ainda assim, esperamos que a discussão aqui realizada possa contribuir com subsídios para o enfrentamento da intolerância à diferença no âmbito social e no cuidado efetivo à pessoa com transtorno mental, e que possa ser útil também para se pensar estratégias que melhorem as condições de trabalhos dos ACS. Pelos princípios aqui trazidos, realizar um cuidado efetivo que atenda as singularidades e necessidades dos envolvidos nesse processo, seja olhando para a pessoa com transtorno mental, seja olhando para o ACS, significa contribuir na construção e consolidação do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dez anos depois da aprovação da Lei 10.216, deparamo-nos com entraves importantes para implantação da Política Nacional de Saúde Mental, isso por que as transformações que a Reforma Psiquiátrica requer estão para além das normatizações e legislações, elas dizem respeito à visão de homem, às relações humanas, a formação do profissional e a forma como este olha para o fenômeno do sofrimento humano.

Para Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica:

[...] refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, através da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por

princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco, o que implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos que são intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (p. 142)

As vivências em relação ao cuidado que trouxemos por meio de nossa pesquisa e sobre as quais refletimos, podem muito bem reiterar reiterar as palavras de Yasui, pois observamos a dificuldade dos Agentes Comunitários de Saúde em superar o paradigma biomédico e as suas implicações para as práticas de cuidado em saúde, especialmente no que se refere à saúde mental.

É importante destacar que muitos esforços foram despendidos para fazer acontecer a transformação dos modos de atenção em saúde mental, o que também é revelado na pesquisa, mas é preciso também reconhecer que ainda há muito para avançar. Podemos destacar a partir desta pesquisa, dois aspectos importantes que devem ser levados a sério: o fortalecimento e a integração da rede de apoio à saúde mental e a formação e capacitação profissional dos trabalhadores da saúde.

Com relação ao fortalecimento e integração da rede de atenção psicossocial, podemos pontuar que o CAPS tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica, entretanto, isolado ele não é capaz de substituir a lógica manicomial, é preciso ampliar as redes e recorrer aos aparelhos sociais da comunidade, entre os quais está a Estratégia de Saúde da Família, o que permitiria a ampliação do campo de ação tanto na saúde mental, quanto na atenção básica.

A ESF tem potencial para desenvolver relações consistentes com a comunidade, intervindo de maneira inovadora e transformadora. Seu trabalho adentra o seio da comunidade, e assim, é capaz de produzir transformações neste território, construindo novas representações, novos significados, um novo espaço para se pensar o transtorno mental. É necessário que o CAPS e a ESF estabeleçam uma relação de intercâmbio, articulando informações, recursos, pessoas, instituições, idéias, a fim de contribuir efetivamente com a reforma das práticas psiquiátricas.

Tanto o CAPS, quanto a ESF são dispositivos que possuem um caráter inovador e surgem para transformar as práticas em saúde. Todavia, essa articulação entre eles ainda parece ser incipiente. No caso da Unidade de Saúde onde foi realizada a presente pesquisa, esta relação mostra-se praticamente inexistente.

Quanto à formação dos profissionais, especialmente dos agentes comunitários, foco deste estudo, a pesquisa revelou que a falta de conhecimento sobre as questões relacionadas

ao transtorno mental limitam a atuação dos agentes e contribui para que eles alimentem concepções equivocadas e estereotipadas sobre o fenômeno do sofrimento psíquico.

Nestes termos, o desafio é desenvolver condições, promover estratégias pelas quais os agentes tenham acesso e possam compartilhar dos conhecimentos dos princípios que impulsionam o movimento da Reforma Psiquiátrica, de forma que eles possam compreender o avanço que os cuidados de saúde mental em nível de atenção básica representam e para que possam sensibilizar-se a situação de sofrimento que estes usuários e suas famílias vivenciam. Acreditamos que nesse processo de conhecimento, de forma crítica e consistente, é possível que o ACS possa se reconhecer como protagonista nesse processo de mudança.

Estes profissionais, que tem por atribuição o cuidado com a comunidade, nos disseram que se sentem desamparados diante do desafio de ser participante do processo de cuidado do doente mental na ESF. Mas, ao mesmo tempo, mostraram-se solidários com essa tarefa que requer envolvimento com o outro, exige co-responsabilizar-se pelo outro, envolver-se com o sofrimento do outro, solidarizar-se com o outro. Ser um Agente comunitário de saúde pressupõe vincular-se a alguém e para isso é necessário ter disponibilidade para o outro, para o inusitado, para a relação. Contudo, como envolver-se com o cuidado sem conhecimento de causa?

Noutra vertente, frente ao desafio de um “cuidado envolvente”, além de formação, faz-se necessário um suporte e apoio para acolher o ACS em suas angústias e orientá-lo nos percalços que aparecem nesse caminho trilhado com o usuário que sofre de transtorno mental. Chamou-nos a atenção os afetos mobilizados nos ACS quando estes se deparam com situações de sofrimento psíquico, e o quanto isso pode ser um fator que contribui para o desgaste deste profissional. Portanto, ao falarmos em assistência à saúde mental na atenção básica, é imprescindível falar na preparação e no suporte a esses agentes, o que, aliás, é importante para qualquer profissional que lida com situações mais críticas da vida.

É inevitável então, retomarmos a importância do CAPS neste processo, pois ele seria o dispositivo adequado para oferecer esse apoio matricial para ESF.

O CAPS, enquanto representante material maior da Reforma Psiquiátrica brasileira, deve levá-la até a comunidade, deve trabalhar não apenas como um ambulatório de saúde mental, mas ter como objetivo:

[...] transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos

sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade, e de cuidados (AMARANTE, 1997, p. 165).

Neste sentido, acreditamos que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, presente no CAPS e também na UBS, pode, nesse novo enfoque, apresentar-se como grande aliada neste processo, sendo capaz de construir pontes entre a atenção básica, aqui representada pelos Agentes Comunitários de Saúde, e o usuário que sofre com transtorno mental. A Psicologia, seja no CAPS, seja na UBS pode tanto contribuir para o processo de formação e capacitação dos agentes, quanto colaborar em estratégias de suporte e acolhimento em suas dificuldades objetivas e subjetivas de lidar com estes usuários.

O agente comunitário de saúde, em função de ser uma categoria profissional recente, sem formação específica e com uma grande responsabilidade dentro do SUS, requer da gestão um olhar atento para as diversas questões que podem dificultar a realização desse trabalho e constituir fonte de desgaste para o profissional. E no que se refere ao atendimento ao usuário com transtorno mental, exige-se ainda mais atenção, tendo em vista que como descreve a literatura e esta pesquisa confirma, os agentes estão despreparados para esta tarefa e atuam baseados em suas convicções pessoais e no senso comum.

Os resultados de nosso estudo, assim como outros que trouxemos para a discussão, nos colocam num cenário em que é urgente encontrarmos caminhos que levem os ideais da Reforma Psiquiátrica até a atenção básica. É válido ressaltar que a inclusão da saúde mental na ESF ainda é algo em construção, e por isso exige dos gestores maior investimento em recursos humanos criando condições que favoreçam a articulação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Contudo, queremos sublinhar que esse investimento por parte da gestão do serviço depende do investimento que a sociedade faz na nova lógica de assistência, numa nova concepção de doença mental e principalmente, acerca das possibilidades de viver sendo doente mental.

Quando falamos em transformações e mudanças de paradigmas, não falamos apenas das políticas públicas de saúde mental, ou das políticas públicas de saúde, ou da psicologia, ou dos profissionais da ESF; estamos nos referindo a transformações sociais profundas, que possibilitem que a sociedade ressignifique a loucura como sendo um aspecto do que é humano. E aqui cabe um trecho de uma das entrevistas que realizamos, já citado antes, que nos encantou profundamente, e que aponta a possibilidade de concretização desse novo olhar:

A gente também fica agressivo às vezes, e nem por isso ficamos trancados, tem tanta gente que não tem transtorno nenhum e é agressivo, e nem por isso prendem eles, então não é por que ele é doente mental, é por que é gente, é ser humano, e o ser humano as vezes é agressivo mesmo (Deise).

Essa fala, mais do que uma exceção, já representa um possível, e é esse olhar que a sociedade haverá de ter, do sujeito para além da sua doença, do seu rótulo, do estereótipo, o sujeito na sua humanidade, paradoxalmente simples e complexa ao mesmo tempo.

Essa idéia é reforçada por Amarante (1995), que nos diz que o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A. B.; Deveza, M. (2009) Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária a saúde In: *Programa de atualização em medicina de família e comunidade: Promef*. Porto Alegre: Artmed, v. 3, p. 41-71.
- Amarante, P.(1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante, P. (1995) *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set.
- Amarante, P. (1994) Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.1, jul. – out., p. 61-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. Vol.26, n.1, pp. 93-100. ISSN 0103-166X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010>.
- Amorim, A.K.; Dimenstein, M. (2009) Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.14, n.1, pp. 195-204.
- Ayres, J. R. C. M. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*. [online]. Vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
- Ayres, J. R. C. M. (2004) Cuidado e Reconstrução nas Práticas de Saúde, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.*, v.8,n.14, p.73-92.
- Barreto, G.B. (2004) *A Compreensão do Discurso Psicoterápico á Luz da Fenomenologia Hermenêutica*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Basaglia, F. [org.] (1985) *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bezerra, E.; Dimenstein, M.. (2008) Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.* [online]. set. 2008, vol.28, no.3 p.632-645.

Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8932008000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932008000300015&lng=pt&nrm=iso)>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Saúde mental passo a passo*. Recuperado em 30 out. 2011: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1).

Brasil. *Ministério da Saúde*. (2009) O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. (2005) *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília, DF. Recuperado em 10 de nov. 2011: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Manual do programa “De volta para casa”*. Brasília, DF. Recuperado em 15 nov. 2011: <http://pvc.datasus.gov.br/capacitacaoPVC.asp?pf=0>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1997) *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade.

Brasil. *Ministério da Saúde*. (1997) Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade.

Brasil. *Ministério da Saúde*. (1997) Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1997.

Brasil. *Ministério da Saúde*. (1991) Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1991.

Brasil. *Ministério da Saúde*. (2012). Apresentação. Brasília. Recuperado em 09 abr. 2012: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)

Boarini, M. L. [org] (2000) O psicólogo e a desinstitucionalização. In: *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, p.65-77.

Büchele F., Laurindo P. L. D., Borges V. & Coelho E. B. S. (1996) A interface da saúde mental na atenção básica. *Cogitare Enferm*.

Campos, G.W. (1997) Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, L. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 29-87

Caçapava J. R. , Colvero L. A. (2008) Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 29(4), 573-580.

Cecílio L.C.O, Merhy E.E. 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; 2003.

Cesarino, A. C. (2009) Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In Lancetti, A. et al. (Orgs.). *Saúde e Loucura*. (pp. 3-32). São Paulo: Hucitec.

Coltro, A. (2000) *A Fenomenologia: Um Enfoque Metodológico para Além da Modernidade*. 2000. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C11-ART05.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2012.

Conselho Federal de Psicologia. (2009) *A Prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. 1º Ed. Brasília: CFP. ISBN 978-85-89208-13-0

Costa-Rosa A., Luzio C.A., Yasui S. (2003) Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora; p.13-45.

Daúd Júnior, N. (2011) Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: Boarini, M. L. (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental*. (pp. 93-126). Maringá: Eduem.

Foucault, M. (1997) *A história da loucura na idade clássica*. Perspectiva: São Paulo.

Foucault, M. (1984) *Doença Mental e Psicologia*. Perspectiva: São Paulo, 1984.

Franca, A. C. P., Viana, B. A. (2006) Interface psicologia e programa saúde da família - PSF: reflexões teóricas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 246-257.

Frazatto, C.F. (2011) *O hospital psiquiátrico e o “voltar para casa”: interstícios deste caminho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Boarini, Maringá, PR.

Garnica, A.V.M. (1997) Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface (Botucatu)* [online]. 1997, vol.1, n.1, pp. 109-122. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>.

Gattaz, W. F. (1999) Violência e doença mental: fato ou ficção?. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.21, n.4, pp. 196-196. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000400005>

Justo, J.S. (2011). Saúde Mental em Trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea. In: BOARINI, M. L. (Org.), *Desafios na atenção à saúde mental*. (pp. 203-234). Maringá: Eduem.

*Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 20 junho 2009: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).

Martins, J.; Bicudo, M. A.V. (1989) *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes/ EDUC, 1989.

Mattos R.A. (2004) A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 20 (5): 1411-6.

Merhy, E.E.(2002) *A cartografia do trabalho vivo*; São Paulo, Hucitec.

Ministério da Saúde. (2012). Agentes comunitários terão reajuste de mais de R\$ 400 mi. Portal da Saúde: SUS. Recuperado em 26 fev. 2013:

[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4509/162/mais-de-r\\$-400-mi-para-reajuste-%3Cbr%3Ea-agentes-comunitarios.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4509/162/mais-de-r$-400-mi-para-reajuste-%3Cbr%3Ea-agentes-comunitarios.html).

Paulin, T., & Luzio, C. (2010). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2). Recuperado 2013-04-12, de <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/138/171>

*Portaria nº 106*, de 11 de fevereiro de 2000. (2000). Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 junho 2009: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5985.html>.

Pupin, V. M.; Cardoso, C. L. (2008) Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de "ser agente". *Revista Estudo de Psicologia*, Natal, v.13, n.2, p. 157-163, maio/ago, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2008000200008&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200008&lng=pt&nrm=isso)>. Acessado em 10 Fev. 2012.

Nunes, M.; Juca, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007) Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.

Ribeiro, P.R.M. (1996) *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU.

Rodrigues, M.P.; Lima, K.C. & Roncalli, A.G. (2008) A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.13, n.1, pp. 71-82.

Rosa W.A.G, Labarate R.C. (2005) Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. Novembro-dezembro 13(6):1027-34.

Rosa, L. (2003) *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

Sampaio, J. J. C., Barroso, C.M.C. (2001). Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências do Ceará. In: *Saúde Loucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família*. (A. Jatene & A.Lancetti, orgs.), pp.199-219, São Paulo: Hucitec, 2 ed.

Silva A.T.M.C, Silva C.C, Filha M.O.F, Nóbrega M.M.L, Barros S, Santos K.K.G. (2005) A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 58(4): 411-5.

Silva, M. L. (2009) A intencionalidade da consciência em Husserl. *In: Revista Argumentos*, ano 1, nº 1, UFC – pp. 45-53

Silva, J. A.; Dalmaso, A. S. W. (2002) *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silveira, L. C.; Braga, V. A. B. (2005) Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, jul./ago. Vol.13, no.4, p.591-595. ISSN 0104-1169.

Silveira, L. M. C.; Ribeiro, V. M. B. (2005) Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *In: Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104.

Sousa, M. F. (2003) *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*. Editora Hucitec. São Paulo.

Vecchia, M., Martins, S. T. F. (2009) Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface*, 13(28), 151-164.

Vianna A.L.A, Dal Poz MR. (2005) Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264.

Waidman M.A.P, Radovanovic C.A.T, Scardoelli M.G.C, Estevam M.C, Pini J.S, Brischiliari A. (2009) Estratégia de cuidado a família de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa [online]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9724/553712>. Scazufca

Yasui, S. (2006). *Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 167